

## 1)INTRODUÇÃO

Este trabalho nasceu em paralelo às atividades da bolsa de iniciação científica do professor sociólogo José Alcides Figueiredo Santos na Universidade Federal de Juiz de Fora, onde cada um dos bolsistas desenvolveria um tema específico sobre o assunto estudado: desigualdade social em saúde no Brasil. O presente tema está incluído entre estes e se deu unido ao interesse particular pelas literaturas sobre desigualdade e classe social.

Utiliza como bibliografia artigos que abordam a temática da desigualdade social em saúde nas visões sociológica, economicista e estatística e o artigo de Charles Tilly: “O acesso desigual ao conhecimento científico para melhor entendimento da desigualdade categórica.

Este trabalho é sobre a desigualdade social em saúde no Brasil com foco de análise nas classes destituídas. Considera os fatores socioeconômicos como principais determinantes do estado de saúde das pessoas com efeitos causados categoricamente, ou seja, coletivamente, em grupos. Tal união se traduz em diferentes estados de saúde e gera diferentes tendências nos diferentes grupos, grupos este se caracterizam pelo local onde moram, pelo gênero e raça a que pertencem, pela idade, classe social, renda e bens.

A situação socioeconômica define as predisposições à situações e fatores de risco à saúde, a vivência em condições desfavoráveis, limita o acesso aos serviços e define a percepção do próprio estado de saúde.

Utiliza-se dos dados nacionais coletados na PNAD – Programa Nacional por Amostra de Domicílios – do ano de 2003. Possui metodologia quantitativa. Classe social é o principal fator socioeconômico – variável independente – causador dos resultados em saúde. É feita nas classes destituídas a diferenciação por renda *per capita* com o objetivo de melhor captação e visualização dos destituídos no Brasil. Tal foco se justifica pela melhor análise das interferências de renda e das outras variáveis nas classes da base da pirâmide, onde estão os piores efeitos em saúde, onde as pessoas possuem menos recursos psicológicos e socioeconômicos para lidarem com as condições negativas da vida e por isso ficam mais vulneráveis à contração de doenças.

Também é feito o controle pelas variáveis: gênero, raça e idade, com análise diferenciada para as macrorregiões do país e para a Unidade da Federação de Minas Gerais.

## 2)REVISÃO DA LITERATURA

## **Desigualdade Social e em saúde**

Na década de 1970, iniciou-se no Reino Unido, estudos que inauguraram um novo paradigma sobre saúde e comprovaram que os fatores socioeconômicos são os principais determinantes do estado de saúde e doença da população, entendendo saúde não apenas como a ausência de doença, mas também como qualidade de vida e bem-estar físico e psíquico. “Esta posição socioeconômica afeta tanto a exposição quanto a vulnerabilidade a fatores mediadores comportamentais, psicossociais e ambientais” antes de atingir seus resultados em saúde. (FIGUEIREDO SANTOS-2008, p.6). A união de fatores como escolaridade, renda, gênero, cor de pele, região do país, gera oportunidades de acesso a planos de saúde, interferem na concepção do próprio estado de saúde e definem um ambiente hostil ou não ao bem estar físico e psíquico.

A relação entre posição socioeconômica e saúde ocorre num processo multicausal, ou seja, as experiências e a vulnerabilidade aos fatores de risco à saúde vão agravando seu estado com o tempo e gerando desiguais chances de saúde e doença. Não se trata de uma simples associação causa e efeito ou de “mecanismos próximos específicos responsáveis pela associação entre posição social e doença. Mas antes de uma noção de meta-mecanismo responsável pelo modo como os mecanismos específicos e variados são continuamente gerados na vida social e no transcurso do tempo de tal modo a ser preservada a direção da associação duradoura entre a posição socioeconômica e a saúde” (FIGUEIREDO SANTOS, 2008, p.9). São múltiplas conexões entre o que explica e o que é explicado, sendo que a maioria delas atua numa mesma direção.

Charles Tilly, em seu artigo “O acesso desigual ao conhecimento científico”<sup>1</sup>, constrói o argumento de como as desigualdades categóricas acontecem e como se reproduzem na sociedade gerando conseqüências desiguais em diversos aspectos da vida.

Sabe-se que as sociedades são divididas em grupos formados por pessoas com uma ou mais características em comum, responsável (eis) por tal união e pelo contraste com outros grupos. Para Tilly, existem redes de relações interpessoais onde se desenham fronteiras que dividem a sociedade em categorias. Quando categorias binárias interagem, como é o caso das categorias feminino e masculino, brancos e não brancos, as vantagens tendem a se acumular

---

<sup>1</sup> Cita-se este artigo não para tratar do desigual acesso ao conhecimento científico, mas usa-se de sua construção teórica sobre a desigualdade categórica como mais uma base para construção do argumento deste trabalho.

em um dos lados da fronteira. A explicação de Tilly, para isso, está, em primeiro lugar, na ação, onde a produção e a distribuição de bens produtores de valor dependem daqueles que os possuem e estas pessoas acabam reservando as vantagens para si. Em segundo lugar, a explicação estaria na identidade de grupo: os bens produtores de valor se organizam em torno das fronteiras e se acumulam em privilégio de um grupo, dividindo aqueles que tem direito dos que não tem direito a esses bens, fortalecendo a identidade de cada um dos grupos nos diferentes lados da fronteira. Em terceiro, na liberdade, onde, para se superar as barreiras do acesso, entre um grupo e outro de ambos os lados da fronteira, exige-se a ação 'heróica' de terceiros, o que significa a falta de liberdade. "A privação da capacidade é uma forma de não liberdade" (TILLY, 2006, p.48) e a desigualdade de oportunidades e chances de vida que se desenha em torno das categorias priva uma ou várias delas de atingirem certos resultados.

Pare ele, os mecanismos geradores de desigualdade seriam a exploração onde pessoas que controlam os recursos usam do trabalho dos outros para produzir valor, mas as excluem dos benefícios gerados.<sup>2</sup> E o outro, a reserva de oportunidade que "consiste em limitar a disposição de um recurso produtor de valor aos membros de um grupo" (p.51). "As desigualdades tornam-se duradouras e eficazes quando os beneficiários do excedente gerado pela exploração ou reserva de oportunidade empregam parte desse excedente para reproduzir as fronteiras e para reproduzir as relações desiguais através das fronteiras" (p.52).

Nesta lógica, este trabalho lança mão, assim como outras pesquisas feitas sobre desigualdade em saúde, de diversas categorias geradoras de desiguais chances e oportunidades e que acabam por trazer diferentes conseqüências no estado de saúde dos grupos, isso dependendo das categorias que se unem e do peso que cada uma delas, ou várias delas em conjunto, tem sobre a saúde, sobre a percepção do estado de saúde das pessoas e sobre o acesso aos serviços de cuidado com a mesma.

Classe social se insere como um tipo de categoria. Nas sociedades modernas e ocidentais, de modo de produção capitalista, como é o caso do Brasil, a estratificação social se dá por meio de classes sociais. Classes sociais são categorias ou estratos de pessoas materialmente e culturalmente diferentes. Cada classe se caracteriza por um acesso desigual aos recursos econômicos o que resulta em diferentes estilos e chances de vida.

Classe social, assim como outras variáveis que interferem no estado de saúde auto declarado das pessoas como gênero e cor de pele são categorias socialmente construídas e

---

<sup>2</sup> Relação em que Karl Marx já descrevia como sendo característica da relação de conflito de classe entre os capitalistas e o proletariado.

permanecem por um longo tempo. Sua reprodução se mantém devido ao forte poder de adesão advindo da cultura do grupo, à forma como as instituições se organizam, influenciam e são influenciadas pela estratificação social e pelas constantes interações sociais. A constituição de categorias envolve a criação de nomes, práticas, interpretações e relações típicas que demarcam os contatos entre grupos diferentes e facilita o tratamento desigual tanto pelos membros de um mesmo grupo quanto por membros de um outro.

Mudanças sociais que resultem numa reclassificação categórica são, relativamente, longas e complexas devido ao papel de produtor e reproduzidor de identidades de cada grupo, além da característica intrínseca das divisões sociais de serem inclusivas, alocando todos os membros a uma categoria sem deixar margem para surgimento de outras novas.

Em pesquisas sobre saúde, os indicadores socioeconômicos mais usados, trabalhados como variáveis independentes são renda *per capita*, escolaridade, ocupação ou índice de bens do domicílio. Já este trabalho lançará mão do fator classe social como principal determinante tendo como ferramenta para tal a tipologia de classe, construída especialmente para o caso brasileiro, pelo sociólogo José Alcides Figueiredo Santos.

Esta classificação socioeconômica, após testes feitos por este autor, mostrou-se ferramenta superior aos outros indicadores como renda, escolaridade, ocupação e bens acumulados, mostrando-se responsável por um meta-mecanismo que abrange a interferência de todos os outros fatores testados nos resultados em saúde. Ela apresentou-se válida para mensuração e análise da desigualdade do estado de saúde no país, de acordo com o artigo “Posições de classe e chances de saúde no Brasil”.

O que entra em destaque no presente trabalho é o tratamento desigual entre essas categorias de classe no que diz respeito aos resultados causados pelos fatores socioeconômicos no estado de saúde. A relação entre os fatores socioeconômicos e o estado de saúde das pessoas e o poder atenuante ou agravante das variáveis de controle como raça e gênero atuam em níveis diferentes em cada categoria de classe. Uma mulher negra de classe pobre, por exemplo, apresentará pior estado de saúde que uma mulher negra de uma classe com maiores vantagens materiais. Sendo assim, o efeito negativo gerado pela cor negra e pelo gênero feminino sobre o estado de saúde na classe dos capitalistas terá seu peso diminuído pelo efeito da renda, e o efeito negativo de raça e gênero nas classes destituídas intensificará os efeitos de renda.

Outro aspecto importante é o diferente resultado gerado pelo acréscimo de fatores

materiais<sup>3</sup> em diferentes classes. Nas classes sociais da base da hierarquia, o acréscimo material melhorará de forma crescente os resultados em saúde, com respeito a certos limites. Já nas classes mais abastadas haverá retornos decrescentes para a saúde, pois este grupo na presente situação de bens materiais e de credenciais que possui, já representa o teto máximo de chances de saúde.

A posição socioeconômica estrutura a experiência e a exposição aos principais fatores de risco, o que explica o seu impacto em outras esferas da vida. Assim, “pessoas de estrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que mediam a relação entre as condições sociais e a doença.” (HOUSE et al., 1992, 1994 e 2005; HOUSE; WILLIAMS, 2000; LAHEMA, 2001 in FIGUEIREDO SANTOS, 2008, p. 5). Ainda de acordo com House:

O principal determinante da saúde individual e da população não seria a desigualdade *per se*, quer dizer, o que ocorre no conjunto ou em qualquer nível da distribuição socioeconômica, mas particularmente a posição absoluta e relativa daqueles na base inferior em sentido amplo, ou seja, aqueles grupos que estão até o limite dos 40% a 60% em desvantagem. As pessoas que ocupam uma posição socioeconômica inferior são mais expostas a eventos e condições de vida negativas para a saúde e, em determinado grau, são mais vulneráveis ou suscetíveis às exposições, pois possuem recursos sociais e psicológicos menos efetivos para lidar com eventos e condições de vida negativas. A melhor posição socioeconômica e então de saúde deste estrato inferior configura-se como principal atributo de comunidades, regiões e sociedades mais saudáveis. O desenvolvimento de políticas socioeconômicas com este foco na base da pirâmide social coloca-se hoje como um caminho essencial para o alívio da desigualdade socioeconômica em saúde e então da melhoria da saúde individual e da população. (ROBERT; HOUSE, 2000a e 2000b; HOUSE; WILLIAMS, 2000 in FIGUEIREDO SANTOS, 2008, p. 6.)

Portanto, é apenas com o foco nas classes de base, onde se encontram as maiores desvantagens socioeconômicas e, conseqüentemente os piores resultados em saúde que se torna possível fazer uma análise da desigualdade e do resultado da decadência de recursos, assim como proporciona uma melhor visualização da interferência de cada fator socioeconômico nos resultados em saúde. O acréscimo desses fatores ao gerar resultados positivos crescente torna possível a estruturação de eficazes políticas socioeconômicas e alocação de recursos.<sup>4</sup>

O presente trabalho tem o foco de seu estudo nas classes pobres ou destituídas, formadas por indivíduos que não tem controle algum sobre os recursos produtores de valor e

---

<sup>3</sup> Renda, bens que possui no domicílio, valor do domicílio e tipo de domicílio (próprio, alugado ou cedido)

<sup>4</sup> O artigo “Desigualdade e saúde no Brasil” apresenta em seus dados que os menos privilegiados adoecem com mais ou menos 30 anos de antecedência, dado este correspondente às doenças crônicas degenerativas.

que ocupam as posições desprivilegiadas do mercado de trabalho, os espaços intersticiais da economia ou estão excluídos desse sistema.

A categorização de classes destituídas utilizada neste trabalho foi construída por Figueiredo Santos e recortada de sua tipologia mais completa apresentada no artigo: “Uma Classificação Socioeconômica Para o Brasil” publicado na Revista Brasileira de Ciências Sociais – vol. 20 nº 58. Esta tipologia foi baseada no conceito de Erik Olin Wright, onde classe corresponde a agrupamentos formados de acordo com a distribuição desigual de direitos e poderes sobre os meios de produção e com o tipo de emprego que a pessoa possui, emprego este obtido a partir da maneira como as riquezas materiais são apropriadas e geram vantagens ou desvantagens. Essas categorias são caracterizadas pela posse (ou não) de ativos produtivos e pelo tipo de trabalho (qualificação e autoridade que a pessoa possui), sendo ambas características individuais.

Foram formadas 13 categorias inicialmente, aumentadas e modificadas para 15 e apresentadas no artigo “Posições de Classe e Chances de Saúde no Brasil”, artigo este que dá sustento para diversos argumentos utilizados neste trabalho.

As categorias são denominadas: capitalistas; especialistas autônomos; gerentes; empregados especialistas; pequenos empregadores; autônomos com ativos; empregados qualificados; supervisores; trabalhadores típicos; trabalhadores elementares; autônomos precários; empregados domésticos; trabalhadores de subsistência e trabalhadores excedentes.

Para este trabalho, houve um reagrupamento destas classes em empregadores (capitalistas e pequenos empregadores), autônomos com ativos (autônomos com ativos e autônomos agrícolas), classe média (especialistas autônomos, gerentes e especialistas) e trabalhadores ampliados (supervisores, trabalhadores qualificados e trabalhadores típicos), para comparação e melhor visualização em relação às classes destituídas: 1 trabalhadores elementares; 2 autônomos precários; 3 empregados domésticos; 4 trabalhadores de subsistência e 5 trabalhadores excedentes.

As classes destituídas representam 40,33 % da população que vive nas piores condições de moradia e tem as piores condições de trabalho, portanto estão dispostas às piores situações de risco que podem causar danos à saúde, são mais vulneráveis a contração de doenças e tem as piores chances de cuidado com a saúde.

O artigo “Posições de classe e chances de saúde no Brasil” estudou a relação entre classe social e os padrões de saúde não boa gerados por elas. Calculou-se o quanto a inserção de outros fatores na relação poderiam aumentar ou atenuar os efeitos de classe na saúde. O

objetivo deste artigo foi não só tentar mensurar a influência de cada variável em percentual, mas também validar o fator classe social como o principal determinante do estado de saúde da população. Foram utilizadas nove variáveis de controle que, isoladas ou em conjunto, mostraram interferir em 50%, em média, do efeito de classe em saúde.

Com base neste e em outros estudos sobre a desigualdade em saúde, verificou-se a importância crucial das variáveis que mais interferem na relação entre posição socioeconômica e estado de saúde.

Neste artigo, Figueiredo Santos insere outras variáveis indicadoras de riqueza material ou educacional, mostrando o quanto cada uma delas, ou o conjunto delas, diminui o efeito de classe. Todas elas mostraram reduzir o efeito de classe sobre a saúde em percentuais que obedeciam a certo limite, o que comprovou que sua tipologia de classe pode ser usada como um fator principal determinante das chances de saúde no Brasil.

Como indicadores de riqueza material foram usadas as variáveis renda, valor do domicílio e bens presentes nele. Renda relativa isolada foi o fator que mais diminuiu os efeitos de classe sobre a saúde. Valor e bens do domicílio também mostraram intervenção relevante, sendo que valor do domicílio diminui 30,86 % do efeito original de classe e bens do domicílio reduziu em 30,9%. Esses valores próximos mostram que nenhum deles gera efeitos que sobressaiam o efeito do outro.

Quando as variáveis foram analisadas em conjunto, foram unidas, tanto variáveis materiais, quanto materiais e educacionais. A maior redução do efeito original foi apresentada por renda e valor do domicílio juntos, em segundo lugar, renda e bens, mostrando que diferentes bens materiais juntos geram maior influência sobre a relação entre classe e saúde. A combinação de renda e credencial, por exemplo, mostrou que o acréscimo de renda na educação produziu um efeito de 17,6 %, enquanto que o contrário produziu um efeito de 3,58, mostrando o poder maior de renda sobre as credenciais. Já quando a variável bens do domicílio foi acrescida a credencial gerou aumento de 7,9%, enquanto o contrário gerou efeito de 11,4%, demonstrando que credenciais educacionais completou mais o efeito interventor de bens. Daí a importância de escolaridade nas classes destituídas como geradores de efeitos que substituem a falta de bens materiais.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Importante salientar, aqui, que este trabalho baseia-se apenas nas variáveis socioeconômicas classe social e renda, caracterizadas pelos bens produtores de valor que a pessoa possui e sua ocupação, no caso da primeira, e por ser um indicador puramente material, no caso da segunda.

Neste estudo de Figueiredo Santos, analisa-se o quanto as variáveis individuais ou em pares intervêm no efeito de classe sobre saúde. Porém, parte-se de uma situação onde classe social já está controlada pelas situações de idade, gênero, informantes, raça e região.

Idade tem papel decisivo em tal relação, pois na medida em que os indivíduos ficam mais velhos, aumentam-se as chances de se declarar pior o estado de saúde. Independente das riquezas que o indivíduo ou a família possui, a saúde, incluindo as incapacidades psico motoras, estarão sempre piorando com o passar do tempo. Toda a literatura sobre o tema mostra que o percentual de auto avaliação do estado de saúde não bom cresce conforme aumenta a idade, tanto para homens quanto para mulheres. Baseado nisso, a presente pesquisa faz um recorte, ou seja, considera pessoas entre 18 e 64 anos, em idade de trabalhar, para não haver desvio na amostra de pessoas que estão na classe dos trabalhadores excedentes, ou desempregados, e para eliminar aqueles menores de 14 anos, que geralmente não respondem pelo próprio estado de saúde e tendem a ter um melhor estado de saúde devido a pouca idade. Já as pessoas com 65 anos ou mais são eliminadas por tenderem a apresentar um pior estado de saúde, doenças crônicas e algum tipo de dificuldade com locomoção ou para praticar tarefas cotidianas, também devido à idade. A taxa é padronizada por idade, onde são consideradas as respectivas influências da idade de acordo com grupos.

A variável usada para indicar o estado de saúde na PNAD é a auto-declaração do estado de saúde. A variável apresenta diferenças de acordo com a pessoa que declara, existindo três possibilidades: a própria pessoa, outro morador do domicílio e um não morador. O artigo “Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998” de Norberto W. Dachs, apresenta que quando o declarante é um não morador, é maior a probabilidade de a resposta ser mais próxima daquela respondida pela própria pessoa, ou seja mais próxima da realidade. Já num outro artigo do mesmo autor “Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD 2003”, após feitos alguns ajustes, é dito que, quando o declarante é um outro morador, é maior a probabilidade de a saúde ser declarado como ruim ou muito ruim. Neste trabalho não é feita a distinção sobre quem é o declarante, porém é importante esclarecer as diferenças e a importância da variável nos estudos sobre desigualdade em saúde.

Como nos foi apresentado pelas economistas Kenya Noronha e Monica Andrade a variável estado de saúde auto-declarado é o indicador mais completo do estado de saúde, isso



por indicar os problemas de saúde até mesmo de pessoas que não tem acesso a médicos, hospitais, postos de saúde, farmácia ou planos de saúde e por considerar o grau de instrução e meio onde a pessoa vive. Por exemplo, pessoas com menor nível de instrução tendem a procurar menos um serviço de atendimento à saúde e por isso desconhecem uma possível doença crônica que possam ter. Pessoas que vivem em meios rurais tem menor acesso aos serviços de cuidado com a saúde, tem menor nível de instrução e pelas características do seu meio, estão mais suscetíveis às condições negativas de vida e de saúde, além das falta de bens materiais advindos de uma possível subsistência.

Marcelo Neri e Wagner Soares em “Desigualdade e saúde no Brasil” (2002) destacam que o foco em atuais pesquisas sobre saúde está na qualidade de vida das pessoas e que o principal objetivo das ações as saúde está em melhorar o bem-estar e a capacidade funcional para aumentar a expectativa de vida saudável. Para isso, ele monitoram a qualidade de vida e seus correlatos para que surjam novos indicadores para alocação de recursos além das taxas de morbi mortalidade<sup>6</sup>. Com isso, citam que a auto-avaliação de saúde “não boa” apresentou efeito mais importante para a percepção da doença de longa duração, sugerindo que as medidas subjetivas do estado de saúde possam ser mais sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo. Medidas subjetivas do estado de saúde são mais sensíveis para aferir o bem estar de saúde dos indivíduos, conseqüentemente para que se possa mostrar possibilidades de alocação de recursos. Sendo assim, neste como outros trabalhos citados, utiliza-se do indicador do estado de saúde auto-declarado e não do estado de saúde já diagnosticado.

Sobre gênero, faz-se necessário considerar, a princípio, o papel que a desigualdade de gênero tem como atenuador ou intensificador dos efeitos de classe. Sabe-se que a mulher está, contextualmente, em desvantagem em relação ao homem. Elas tem renda menor e, no que tange a saúde, a mulher vive mais, porém apresenta mais doenças. Apesar de mais escolarizadas, ainda possuem remuneração menor.

O autor José Alcides Figueiredo Santos, em artigo publicado pela revista Dados, sobre classe social e desigualdade de gênero no Brasil, estuda a influência do contexto de classe social na desigualdade de gênero de renda, entendendo por isso a desigual distribuição de

---

<sup>6</sup> “Morbi” refere-se à morbidade, ou seja, doenças.

renda entre homens e mulheres de acordo com a classe social. É importante destacar as especificidades da desigualdade de gênero de renda nos diferentes contextos de classe.

Neste artigo de Figueiredo Santos, “Classe Social e Desigualdade de Gênero no Brasil”, o resultado sobre os contextos que mais exacerbam a distância de gênero de renda estava entre os conta própria precários (75,6%), onde a presença feminina ocorre em elevada proporção (43,9%). A inserção das mulheres nesta categoria destituída, que representa 10,8 % do conjunto da estrutura social, intensifica fortemente a sua penalidade de gênero. Uma distância ainda maior ocorre entre os conta própria agrícolas (107%), porém ocorre aí uma incidência muito reduzida de mulheres como titulares deste tipo de empreendimento (11,9%). Entre os empregadores, a diferença de gênero aparece mais alta para os capitalistas, porém bem menor para os pequenos empregadores, onde existe menos capitalização e mais personalização do empreendimento. Entre os empregados, a diferença mostra-se particularmente elevada entre os assalariados de classe média, ou seja, empregados especialistas e gerentes. Já nas situações ambíguas de classe de empregados qualificados e supervisores existe um contraste entre a numericamente importante categoria de empregados qualificados, com elevada distância de gênero que existe nela de 43,75% e a situação da pequena categoria de supervisores que apresenta uma distância de gênero de 9,62%. Entre os trabalhadores sem exercício de autoridade, e sem qualificação diferenciada, cabe contrastar a distância significativa registrada entre os trabalhadores (27,75%), porém abaixo da diferença média (45,55%). E a diferença ínfima entre os trabalhadores elementares (3,40%), formam um pólo fortemente destituído no interior do trabalho assalariado. A distância parece com força entre os empregados domésticos (34,27%), onde existem pouquíssimos homens (6,7%), mostrando uma elevada diferença de gênero neste terreno francamente feminino. (FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

As mulheres estão em minoria entre os controladores de ativos de capital, inserem-se nas posições privilegiadas através do controle de ativos de qualificação e perícia e tem presença expressiva (38,2%) em categorias de exercício de autoridade, como a dos gerentes, resultado da ascensão no mundo das organizações. Porém, como gerentes tem salários bem menores que os homens, penalidade esta que seria ainda maior se não fosse sua alta escolaridade. Possui baixa representação entre os supervisores. Entre os trabalhadores típicos, há maior destaque feminino, porém mais perto do equilíbrio. Baixa presença entre as categorias agrícolas. Entre as classes destituídas apresentam-se em maior número entre os

conta própria precários e os empregados domésticos. Pelo modelo de regressão, sem nenhuma variável independente de controle, há uma diferença de gênero de renda de 39,01% a favor dos homens. Introduzindo o controle da diferença das horas trabalhadas, há redução da distância de gênero. Já com controle por raça, há aumento na diferença de gênero. Há grande aumento na distância de gênero de 52,54%, introduzindo a diferença em educação, isso porque por essa metodologia, as vantagens da escolaridade pelas mulheres são eliminadas pelo contexto de classe. Por fim, “embora as mulheres estejam inseridas de modo significativo particularmente em posições que controlam ativos de qualificação e exercem autoridade, ainda assim, elas estão mais concentradas em posições de classe que ofereçam menores recompensas, o que mostra a persistência de desvantagens de acesso. Gênero revelou-se uma divisão social mais autônoma em relação à classe social, quando confrontada à raça. Existe no Brasil uma elevada desigualdade de tratamento de gênero, que parece suplantar a desigualdade de acesso a contextos e recursos valiosos, e representa um ônus comum compartilhado pela mulher, como uma decorrência direta do poder causal de gênero.

Em relação a desigualdade de gênero e saúde, os artigos mostram que as mulheres brasileiras tem vivido mais que os homens, porém apresentam pior estado de saúde auto-declarado e procuram mais atendimento médico.

O artigo “Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio” mostra em seus resultados que em todos os estados brasileiros as mulheres apresentam maior prevalência de problemas que os homens, respeitando as diferenças entre regiões e de acordo com a idade. As mulheres também mostraram maior procura e utilização dos serviços de saúde, sendo que as diferenças maiores estiveram nas regiões norte e nordeste. Estas regiões apresentaram também menor índice de demanda e utilização de serviços para ambos os sexos.

A variável raça ou cor de pele, como preferido por alguns autores, está fortemente ligada aos níveis de renda e escolaridade. Se levar em conta raça como fator determinante de resultados sociais, ao introduzirem os fatores renda e escolaridade, os resultados diretos de raça perderão estatisticamente sua significância. Porém, raça como uma variável de controle, como é usada neste trabalho, atuará como atenuadora ou intensificadora dos resultados de classe a depender do contexto. A cor branca, por exemplo, tende a atenuar os resultados de

classe ou de renda, assim como as cores não brancas, entendendo por estas as cores parda e negra, intensificam os resultados de renda e classe, principalmente no caso das mulheres.

O fator região apresenta as discrepâncias que foram se formando entre as regiões do Brasil no decorrer do desenvolvimento econômico, político e social do país.

Sobre o perfil das macrorregiões do Brasil em relação à classe social, aquelas mais presentes em quase todas as regiões são representadas, em primeiro lugar, pelos trabalhadores elementares e, em segundo, pelos autônomos precários, com exceção apenas da região norte, onde a ordem é invertida. Estas deixam a região nordeste como a que mais concentra posições destituídas no país, em segundo lugar está a região norte e em terceiro, a região sudeste. O sudeste é o mais rico e o que possui maior densidade populacional, o que poderia fazer com que este apresentasse a maior desigualdade social em saúde, assim como a região nordeste por ser aquela que possui maior número de destituídos. Porém, dados coletados neste trabalho mostrarão mais adiante diferentes resultados.

De acordo com a pesquisa de José Alcides Figueiredo, o sudeste apresenta comparativamente menos posições destituídas. Já a região nordeste é a segunda em densidade populacional, mais carente de recursos e a que apresenta comparativamente maior número de destituídos. Fatores estes que justificaram a intenção inicial do trabalho de analisar as classes dos destituídos apenas nas macro regiões sudeste e nordeste, plano que mudou após a coleta dos dados.

"Travassos et al (2000), utilizando estimativas da razão de chance para as regiões nordeste e sudeste, verificaram que a desigualdade social em saúde era mais elevada no nordeste que no sudeste. A chance de um indivíduo pobre reportar estado de saúde ruim no nordeste foi três vezes maior do que um rico nesta mesma região e, no sudeste, duas vezes mais elevada."(in NORONHA; ANDRADE, 2001. Nota de roda pé,p.889)

Em contraste com José Alcides Figueiredo Santos e Travassos et al, o artigo das economistas Kenya Noronha e Monica Andrade apresenta o nordeste como a única região em que a desigualdade em saúde se revela a favor dos pobres, quando utilizado o indicador socioeconômico renda per capita e apresentou os menores índices de concentração quando o indicador foi a escolaridade. Isso pode ser explicado por seus estados terem apresentado desigualdade de renda mais baixa e menores diferenças nas oportunidades de acesso aos serviços de saúde e pelo fato de as medidas de saúde que foram utilizadas poderem não ter sido sensíveis às morbidades da região, uma vez que algumas doenças de lá levam direto à

morte. Porém, diferentes metodologias de análise tornam difíceis as comparações, deixando esta citação mais como um dado para a construção do argumento de análise que faz a importante diferenciação por macrorregiões.

Outro foco de análise é a Unidade da Federação de Minas Gerais. O que mais chama a atenção é que Minas é o estado da região sudeste que apresenta maior quantidade de destituídos. Minas possui 38,71% de destituídos, contra 35,30% no Espírito Santo, 30,82 % no Rio de Janeiro e 26,30% em São Paulo. Destes 38,71%, 14,43% correspondem a trabalhadores elementares e 7,39% a autônomos precários, primeira e segunda principais categorias, respectivamente, o que não foge do padrão nacional. (FIGUEIREDO)

O artigo das economistas citadas anteriormente estimou um índice de desigualdade, para o Brasil e para cada Unidade da Federação, o que é pouco encontrado nas literaturas nacionais. Entre os seus resultados, Minas Gerais se apresentou como um dos estados de maior desigualdade

social em saúde a favor das camadas de alta renda e dos grupos com maior escolaridade, ao lado do Distrito Federal, em ambos os casos, e do Rio Grande do Sul, no caso da renda, ressaltando mais uma vez as dificuldades de comparação devido às diferentes metodologias.

### **3) METODOLOGIA**

O presente trabalho utiliza os dados amostrais da Pnad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - do ano de 2003, que possui um questionário suplementar sobre as características de saúde dos moradores dos domicílios pesquisados. "O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados da amostra para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas. A amostra possui informações sobre mais de 400 mil casos, abrangendo todos os moradores dos domicílios brasileiros, de crianças a adultos" (trecho tirado do projeto de pesquisa desenvolvido por José Alcides Figueiredo Santos), porém este trabalho abará apenas as pessoas na fase adulta e em idade de trabalhar, entre os 18 e 64 anos.

Serão feitas análises de dados tabulares. Classe social do indivíduo será a variável independente, representando o fator causal mais significativo para análise da relação entre fator socioeconômico e estado de saúde. Estado de saúde auto declarado será a variável dependente, por se tratar da variável mais utilizada na literatura empírica e ser “a mais importante por proporcionar uma medida mais ampla do estado de saúde por considerar todos os tipos de morbidade” (KENIA NORONHA; MONICA ANDRADE, 2001).

Renda será a co-variável independente complementar, utilizada por se tratar de uma das variáveis mais usadas para mensurar posições sociais e por ter se mostrado o mediador mais relevante na relação classe e saúde. Enquanto idade, raça, gênero e região do país, irão intervir como variáveis independentes de controle.

Após análise e entendimento da relação entre classe e saúde e do papel de cada uma das variáveis será feita uma análise especial na categoria das classes destituídas, pois de acordo com James House e diversos estudos sobre o tema, fica claro que é olhando para as classes da base que encontramos os efeitos da condição socioeconômica e de outras variáveis que intervêm nesse processo. Nas classes da base, a falta de qualquer elemento que indique riqueza, podendo este ser material ou educacional, resultará em piores estados de saúde, enquanto nas classes mais abastadas, encontram-se os níveis máximos de riqueza e de bons estados de saúde. Nas classes do topo da pirâmide e nas classes intermediárias, com exceção dos destituídos, a falta de riqueza material, por exemplo, gera pioras na saúde bem menos acentuadas que entre os destituídos, pois a falta de um determinado recurso pode ser compensada pela presença de outros que minimizem os efeitos negativos na saúde.

No presente trabalho, será evidenciado o papel desempenhado por raça, gênero e região na relação entre classe e saúde. Posteriormente, ainda incluindo a presença dessas variáveis, serão separadas as pessoas que, de acordo com a renda per capita, estão entre os 50% das pessoas mais ricas do país e 50% mais pobres, mesmo que a renda individual ou ocupacional as enquadre em uma classe destituída. Feita essa divisão serão separadas pessoas classificadas erroneamente como destituídas, para então analisarmos a relação classe e saúde nas classes destituídas comparando com a relação nas outras classes.

Cada uma das classes, destituídas e não destituídas a título de análise, serão divididos em duas partes, tomando como divisor a mediana da renda familiar per capita. Uma parte será formada pelos 50% mais ricos do país e a outra pelos 50% mais pobres do país. Para então comparar a situação dos destituídos com a classe dos trabalhadores ampliados - que embora não possuam bens, autoridade ou qualificação, estão enquadrados no setor trabalhista formal e

protegidos institucionalmente - e por mais três conjuntos de classes agrupadas formadas pela classe média, autônomos com ativos e empregadores. A finalidade será um melhor conhecimento de como se dá a influência de renda no papel de classe sobre a saúde na comparação dos destituídos com outros conjuntos de classe antes e após a distinção entre 50% mais ricos e mais pobres do país.

#### **4)ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS**

##### **4.1)Análise das variáveis**

Olhando verticalmente para a tabela 1, vê-se a desigualdade em saúde resultante da desigualdade de classe social. Para eliminar o efeito de gênero, faz-se a distinção entre homens e mulheres. Primeiramente, no grupo feminino, é apresentado um percentual de 4,08% de mulheres que se auto-declaram possuidoras de uma saúde não boa na classe dos capitalistas. Entre os especialistas autônomos, o percentual também é baixo (6,46%), mantendo-se assim também na classe dos pequenos empregadores (15,01%), gerentes (10,20%), especialistas (9,8), trabalhadores qualificados (14,96%) e supervisores (13,48). Aumento considerável é percebido entre os autônomos com ativos (22,36%), autônomos

agrícolas (36,42%) e trabalhadores típicos (21,13%). Entre os primeiros, isto pode ser explicado por um problema de enquadramento de classe que acaba por abranger autônomos de baixa renda como manicures, vendedoras ambulantes, entre outros. Já os autônomos agrícolas incluem os próprios problemas inerentes à zona rural, mulheres que, mesmo possuidoras de pedaços de terra, de alguma produção agrícola e/ou criação, possuem baixa instrução, baixa renda e tendem a vender sua produção no comércio local influenciado pela região.

Porém, ao olhar para as classes destituídas, comparando-as às outras tidas como privilegiadas, encontra-se um padrão percentual ainda mais alto de saúde declarada não boa entre as mulheres, com destaque para os destituídos agrícolas (34,69%) e para os trabalhadores de subsistência (38,01%), repetindo aí a tendência desfavorável de saúde característica do meio rural. O padrão maior está entre as outras classes destituídas, entre elas as mais presentes no Brasil como os trabalhadores elementares (27,22%) e os autônomos precários (29,14%). Os excedentes, população excluída do mercado de trabalho, apesar de poder constar em si desvios causados pela presença de pessoas privilegiadas pela situação familiar, apresentou percentual próximo das duas últimas classes citadas (29,16%).

Entre os efeitos de classe, há também entre os homens um percentual de saúde não boa maior entre os destituídos agrícolas (26,17%) e os trabalhadores de subsistência (34,58%) em relação às outras classes destituídas. Porém, ao olhar horizontalmente para a tabela 1, nota-se a desigualdade de gênero em saúde, onde as mulheres apresentam o percentual de saúde não boa maior que os homens em todas as classes destituídas, o que reforça os efeitos desiguais de gênero na saúde.

**Tabela 1 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CLASSE – TIPOLOGIA DE CLASSE COMPLETA, SEM AGRAGAÇÃO – E CONFORME GÊNERO.**

<b>GÊNERO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>CLASSE</b>		
<b>CAPITALISTA</b>	04,08	08,38
<b>PEQUENO EMPREGADOR</b>	15,01	14,76
<b>AUTÔNOMO COM ATIVOS</b>	22,36	18,62
<b>AUTÔNOMO AGRÍCOLA</b>	36,42	26,53
<b>ESPECIALISTA AUTÔNOMO</b>	06,46	08,16



GERENTE	10,20	10,48
ESPECIALISTA	09,80	08,17
TRAB. QUALIFICADO	14,96	11,94
SUPERVISOR	13,48	14,07
TRABALHADOR TÍPICO	21,13	17,76
TRABALHADOR ELEMENTAR	27,22	25,07
AUTÔNOMO PRECÁRIO	29,14	23,98
DOMÉSTICO	28,11	20,54
DESTITUÍDO AGRÍCOLA	34,69	26,17
TRAB. DE SUBSISTÊNCIA	38,01	34,58
TRABALHADOR EXCEDENTE	29,16	24,38

Fonte: IBGE. PNAD 2003 (microdados). Tabulações especiais.

Nota: Percentagens padronizadas por idade com o comando *proportion* do stata.

Foram feitas duas formas de agrupamento de classe nas tabelas 2 e 3 a título de melhor visualização dos efeitos de classe na saúde controlados por gênero nas classes destituídas para comparação com outras classes. Na tabela 2, os capitalistas e os pequenos empregadores compõem os empregadores; os autônomos com ativos e agrícolas são reconhecidos apenas como autônomos com ativos; especialistas autônomos, gerentes e especialistas compõem a classe média; trabalhadores qualificados, supervisores e trabalhadores típicos são renomeados como trabalhadores ampliados. Nela percebe-se as mesmas relações que na primeira tabela.

**Tabela 2 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE AGRUPADAS E GÊNERO.**

GÊNERO	FEMININO	MASCULINO
CLASSE		
EMPREGADOR	13,78	13,76
AUTÔNOMO COM ATIVOS	23,99	21,39
CLASSE MÉDIA	09,27	09,21
TRABALHADOR AMPLIADO	19,37	16,86
TRABALHADOR ELEMENTAR	27,22	25,07
AUTÔNOMO PRECÁRIO	29,14	23,98

DOMÉSTICO	28,11	20,54
DESTITUÍDO AGRÍCOLA	34,69	26,17
TRABALHADOR DE SUBSISTÊNCIA	38,01	34,58
TRABALHADOR EXCEDENTE	29,16	24,38

A tabela 3, que demonstra os dados em cinco grupos de classe, permite perceber um aumento de 5,77% de saúde não boa dos autônomos com ativos para os destituídos entre as mulheres. Essa comparação é feita entre os destituídos e a classe que apresenta pior estado de saúde entre os não destituídos. Já entre os destituídos e a classe média, que apresenta o menor percentual de saúde não boa entre as mulheres, a diferença é de 20,49%. A diferença em comparação com os empregadores (15,98%) é menor que em comparação com a classe média, pois a primeira tem a presença dos pequenos empregadores, o que aumenta o percentual de saúde não boa.

**Tabela 3 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE AGRUPADAS E GÊNERO.**

GÊNERO	FEMININO	MASCULINO
CLASSES AGRUPADAS		
EMPREGADOR	13,78	13,76
AUTÔNOMO COM ATIVOS	23,99	21,39
CLASSE MÉDIA	09,27	09,21
TRABALHADOR AMPLIADO	19,37	16,86
DESTITUÍDOS	29,76	24,72

A tabela 4 apresenta o efeito de classe na saúde controlado por gênero e raça. Vê-se verticalmente o efeito de classe, com o percentual de estado de saúde não bom maior nas classes destituídas. Porém ao inserir raça na análise, pode-se perceber o quanto esta variável

interfere nos resultados em saúde comparando mulheres de cores diferentes e homens de cores diferentes. Nas classes não destituídas vê-se a interferência de raça como um fator gerador de efeitos negativos sobre os efeitos de classe no estado de saúde de mulheres e homens. Na classe média, por exemplo, o percentual de saúde não boa entre as mulheres brancas é de 7,54% e sobe para 18,85% entre as mulheres pretas e para 15,53% entre as mulheres pardas. Nas classes destituídas, a inserção de raça na análise também representa piora nos estado de saúde de mulheres e homens, a exemplo disso está o grupo feminino da classe dos autônomos precários, onde o estado de saúde declarado não bom sobe de 25,16% entre as brancas para 33,46% entre as pretas e para 33,02 entre as pardas. O mesmo ocorre entre os trabalhadores elementares onde o estado de saúde não bom das mulheres brancas sobe de 24,81% para 30,26% entre as pardas. Porém, o que se pode notar em alguns casos entre as classes destituídas são pequenas ou nenhuma diferença no estado de saúde não bom entre brancos e não brancos (pretos e pardos). Ainda entre os trabalhadores elementares o estado de saúde não bom da mulher branca é de 24,81% e desce para 22,63% entre as pretas. Entre os trabalhadores de subsistência a diferença de percentuais se mantém pequena: 38,11% entre as brancas, 37,97% entre as pretas e 38,22% entre as pardas, o que mostra a predominância do efeito de classe sobre o efeito de raça na saúde da população.

**Tabela 4 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE E GÊNERO E COR.**

RAÇA ->	BRANCO		PRETO		PARDO	
	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
GÊNERO						
CLASSE						
EMPREGADOR	11,35	12,65	22,31	11,5	24,33	17,94
AUTÔNOMO COM ATIVOS	20,83	18,53	29,63	20,82	29,94	25,72
CLASSE MÉDIA	07,54	08,04	18,85	12,04	15,53	14,11
TRABALHADOR AMPLIADO	16,53	13,95	19,74	17,59	24,87	21,29
TRABALHADOR ELEMENTAR	24,81	23,45	22,63	24,30	30,26	26,22
AUTÔNOMO PRECÁRIO	25,16	21,24	33,46	23,27	33,02	26,77
DOMÉSTICO	26,14	16,52	25,29	27,99	30,64	22,47

<b>DESTITUÍDO AGRÍCOLA</b>	36,48	25,30	29,26	30,96	35,38	26,23
<b>SUBSISTÊNCIA</b>	38,11	33,93	37,97	29,01	38,22	36,54
<b>EXCEDENTE</b>	24,55	21,43	31,33	25,76	34,75	27,28

Na tabela 5 é feita a distinção do estado de saúde declarado não bom entre mulheres e homens nas diferentes regiões do Brasil. A literatura sobre o tema a partir de Figueiredo Santos apontou para a possibilidade de maior desigualdade em saúde nas regiões norte, nordeste e sudeste, com destaque para as duas últimas devido ao nordeste ser o que apresenta maior número de destituídos e o sudeste ser aquele que apresenta maior densidade populacional e ser o mais rico. Travassos et al apontou as regiões sudeste e nordeste como as que apresentavam a mais elevada desigualdade social em saúde em contraste com as economistas Kenya Noronha e Monica Andrade que apresentaram o nordeste como a única região em que a desigualdade social em saúde se revelava a favor dos pobres. Na tabela 5, olhando apenas para o grupo feminino, nota-se que o percentual de saúde declarada não boa é maior na região norte, em segundo estaria o nordeste, seguindo para as regiões centro-oeste, sudeste e sul, nesta ordem, ou seja, os piores estados de saúde entre as mulheres estão nas regiões norte e nordeste ficando o sudeste em quarto lugar. Porém, ao comparar o estado de saúde não bom das classes destituídas com as não destituídas, notou-se que a maior diferença está na região norte, seguida das regiões sudeste, sul, centro-oeste e nordeste, nesta ordem. O último caso acontece, possivelmente, como reflexo das condições econômicas da região nordeste e dos serviços oferecidos na área da saúde que faz com que não haja muitas diferenças entre ricos e pobres e que ambos apresentem altos índices percentuais de saúde não boa.

A tabela 6 apresenta o estado de saúde auto declarado não bom no estado de Minas Gerais, com distinção para homens e mulheres. Para tal análise faz-se a comparação entre os índices apresentados neste estado com os índices nacionais presentes na tabela 2. Em todos os agrupamentos de classes não destituídas e nas classes destituídas não houve grandes diferenças entre os índices nacionais e os de Minas Gerais. Este estado apresentou índices pouco menores que os nacionais, quando não iguais. Apenas a classe dos destituídos agrícolas

apresentou maiores discrepâncias. Enquanto o percentual de saúde não boa para as mulheres foi de 34,69% no Brasil, em Minas Gerais foi de 45,32%, já para os homens foi de 26,17% no Brasil e 16,15% em Minas, aumento e redução consideráveis explicado pelas condições específicas da classe que pode incluir questões também culturais: pode enquadrar as mulheres nas piores condições e abrir aos homens possibilidades de migração, mesmo que para a venda de sua produção, e com isso aumenta seu leque de oportunidades. Aqui, os homens podem estar também enquadrados nessas classes erroneamente, pois poderiam estar entre os autônomos com ativos se feitas as devidas correções.

**Tabela 5 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE E GÊNERO E REGIÃO DO PAÍS.**

REGIÃO	NORTE		CENTRO-OESTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL	
GÊNERO	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
CLASSE										
EMPREGADOR	19,81	27,77	14,39	16,47	27,09	20,53	08,68	09,50	12,11	14,05
AUTÔNOMO COM ATIVOS	35,45	28,84	28,27	24,93	33,10	26,82	17,03	15,11	23,21	20,62
CLASSE MÉDIA	15,95	17,31	10,44	10,80	14,56	13,45	07,79	07,40	07,06	08,59
TRAB. AMPLIADO	27,49	23,77	24,99	21,68	27,08	21,95	15,34	14,01	18,17	15,89
TRAB. ELEMENTAR	40,40	29,63	36,27	26,31	32,95	28,00	24,91	21,34	18,29	26,45
AUTÔNOMO PRECÁRIO	39,82	27,60	28,53	26,45	36,52	28,28	22,53	19,94	23,04	24,75
DOMÉSTICO	33,10	24,29	34,53	26,79	33,72	25,66	24,55	17,10	27,03	15,17
DESTITUÍDO AGRÍCOLA	52,19	34,40	24,25	32,74	33,09	25,25	42,26	20,32	40,10	30,61
SUBSISTÊNCIA	52,22	40,16	34,34	27,39	36,23	34,97	38,20	32,75	39,49	34,42
EXCEDENTE	37,00	25,85	32,77	31,74	37,31	29,49	25,00	21,69	25,96	23,19

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Tabela 6 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE E GÊNERO NO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	MINAS GERAIS	
GÊNERO	FEMININO	MASCULINO
CLASSE		
EMPREGADOR	11,12	10,96
AUTÔNOMO COM ATIVOS	20,04	18,06
CLASSE MÉDIA	09,91	07,05
TRABALHADOR AMPLIADO	16,05	14,61
TRABALHADOR ELEMENTAR	29,83	23,66
AUTÔNOMO PRECÁRIO	26,64	20,97
EMPREGADO DOMÉSTICO	26,78	19,91
DESTITUÍDO AGRÍCOLA	45,32	16,15
TRABALHADOR DE SUBSISTÊNCIA	39,29	34,20
TRABALHADOR EXCEDENTE	29,08	22,90

#### **4.2) Inserção de renda per capita como co-variável independente complementar**

Nas tabelas 7, 8 e 9, insere-se renda per capita como co-variável independente complementar, ou seja, além das distinções de estado de saúde declarado não bom entre mulheres e homens, entre brancos, pretos e pardos, e entre as principais regiões do país e o estado de Minas Gerais, há a distinção de renda, separando em cada uma das classes destituídas e agrupamentos não destituídos, as pessoas que estão entre os 50% mais ricos do Brasil e as pessoas que estão entre os 50% mais pobres. Para tal análise comparam-se os índices nacionais das tabelas anteriores com os 50% mais pobres do país, apresentados nas próximas tabelas, para verificar se antes ocorriam grandes discrepâncias causadas por problemas de enquadramento nas classes, tentando eliminar, por exemplo, jovens desempregados na classe dos excedentes que são de famílias ricas e pessoas de classe baixa cujos cônjuges são das classes mais abastadas.

Na tabela 7, verifica-se que o percentual de saúde declarada não boa entre homens e mulheres não crescem tão expansivamente, como o esperado, quando comparadas aos 50% mais pobres do país. Entre os trabalhadores elementares, grupo feminino, há aumento de 27,22% para 30,75%, e entre os homens de 25,07% para 26,44. Entre os autônomos precários, sobre de 29,14% para 34,27% entre as mulheres e de 23,98% para 27,40% entre os homens. Entre as mulheres da classe dos excedentes, há aumento de 29,16% para 33,53%, e de 24,38% para 27,26% entre os homens. A classe dos destituídos agrícolas é a que apresenta menores

diferenças: 34,69% para 35,84% entre as mulheres e de 26,17% para 26,98% entre os homens.

Ao comparar a tabela 8, com distinção de raça, com a tabela 4, também não foram apresentadas grandes diferenças, quando foram maiores, não passaram de 5%. O único aumento mais considerável foi na classe dos domésticos entre os homens pretos que, de 27,99%, passou para 40,5% entre os 50% mais pobres desta categoria: homem e negro.

Por fim, foram feitas comparações entre os percentuais de saúde declarada não boa entre homens e mulheres nas regiões norte, nordeste e sudeste e o estado de Minas Gerais, nas tabelas 5 e 6, com a tabela 9, onde há distinção entre os 50% mais pobres do país. Nestas últimas comparações também não houve diferenças consideráveis, não acima de 5%, em algumas delas.

**Tabela 7 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE, GÊNERO E RENDA PER CAPITA – 50% MAIS RICOS E 50% MAIS POBRES.**

CLASSE	GÊNERO	FEMININO	MASCULINO
	RENDA FAMILIAR		
EMPREGADOR	50-	29,61	24,70
	50+	12,67	12,19
AUTÔNOMO C/ ATIVOS	50-	34,35	27,19
	50+	18,71	15,35
CLASSE MÉDIA	50-	21,29	18,70
	50+	08,89	08,50
TRABALHADOR AMPLIADO	50-	28,72	22,15
	50+	15,84	13,12
TRAB. ELEMENTAR	50-	30,75	26,44
	50+	20,45	20,22
AUTÔNOMO PRECÁRIO	50-	34,27	27,40
	50+	22,50	18,39
DOMÉSTICO	50-	31,06	22,79
	50+	24,02	16,88



DESTITUÍDOS AGRÍCOLAS	50-	35,84	26,98
	50+	22,89	22,43
SUBSISTÊNCIA	50-	39,14	36,07
	50+	30,21	31,66
EXCEDENTE	50-	33,53	27,26
	50+	19,16	15,65

**Tabela 8 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE, GÊNERO, COR E RENDA PER CAPITA – 50% MAIS RICOS E 50% MAIS POBRES.**

GÊNERO CLASSE	RAÇA ->	BRANCO		PRETO		PARDO	
	RENDA FAM.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
EMPREGADOR	50-	32,48	25,31	1	26,03	20,99	23,65
	50+	10,60	11,53	04,65	08,18	24,28	15,83
AUTÔNOMO COM ATIVOS	50-	33,32	25,51	33,20	24,97	35,16	28,93
	50+	17,08	13,88	28,06	16,14	23,63	18,92
CLASSE MÉDIA	50-	17,46	18,47	29,11	31,89	24,01	19,27
	50+	07,34	07,62	17,84	10,69	14,56	12,76
TRABALHADOR AMPLIADO	50-	25,39	19,02	27,51	20,98	31,99	25,09
	50+	14,30	11,51	14,21	14,30	20,21	16,63
TRABALHADOR ELEMENTAR	50-	30,21	25,25	23,17	25,54	32,13	27,31
	50+	18,69	18,78	23,08	18,59	24,95	22,12
AUTÔNOMO PRECÁRIO	50-	30,94	24,88	38,98	28,49	35,73	29,18
	50+	21,08	16,99	21,17	14,73	26,22	21,32
DOMÉSTICO	50-	29,26	16,92	27,85	40,50	33,03	24,62
	50+	23,74	20,08	21,04	03,08	25,54	15,03

DESTITUÍDO AGRÍCOLA	50-	40,50	26,01	29,99	30,89	35,58	26,86
	50+	16,90	26,72	0	24,07	33,12	22,82
SUBSISTÊNCIA	50-	40,69	36,98	36,97	31,50	38,67	37,11
	50+	27,74	33,32	36,66	46,01	35,66	30,86
EXCEDENTE	50-	29,94	24,96	33,59	27,17	36,96	29,29
	50+	16,73	14,44	21,28	18,82	23,87	17,62

**Tabela 9 - ESTADO DE SAÚDE NÃO BOM AJUSTADO POR IDADE (18 A 64 ANOS), CONFORME CATEGORIAS DE CLASSE, GÊNERO E RENDA PER CAPITA – 50% MAIS RICOS E 50% MAIS POBRES – NAS REGIÕES NORDESTE E SUDESTE E ESTADO DE MINAS GERAIS.**

CLASSE	RENDA FAMILIAR	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		MINAS GERAIS	
		FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
→	→								
TRABALHADOR AMPLIADO	50 -	33,55	28,56	32,89	25,25	24,51	18,50	25,79	19,52
	50 +	23,46	17,33	21,13	16,18	13,10	11,61	11,70	11,08
TRABALHADOR ELEMENTAR	50 -	42,08	30,84	32,10	28,54	30,12	22,61	35,07	24,62
	50 +	32,76	25,75	37,41	21,19	17,54	18,60	16,58	19,25
AUTÔNOMO PRECÁRIO	50 -	43,24	28,96	38,99	30,16	26,90	23,08	29,39	23,61
	50 +	32,89	23,11	28,72	19,47	19,33	16,59	23,42	16,56
DOMÉSTICO	50 -	35,69	23,24	35,33	26,70	27,34	18,72	27,42	20,69
	50 +	21,58	20,21	31,72	09,15	21,83	17,60	26,11	09,41
DESTITUÍDOS AGRÍCOLAS	50 -	59,21	33,27	33,90	25,60	44,80	24,09	51,68	16,61
	50 +	26,22	57,01	28,29	19,75	08,37	08,24	-----	08,14
SUBSISTÊNCIA	50 -	53,04	41,08	36,25	34,49	40,20	36,59	41,68	36,56
	50 +	74,23	38,44	51,44	45,31	27,19	11,49	28,05	16,46
EXCEDENTE	50 -	40,25	26,53	39,36	31,04	29,37	24,38	31,12	26,14
	50 +	21,91	17,72	26,24	16,02	16,85	15,64	20,91	09,16

## 5) CONCLUSÃO

Na análise das primeiras tabelas, percebem-se os resultados de classe no estado de saúde auto declarado não bom ao olhar verticalmente para as mesmas e ver que os índices percentuais aumentam entre as classes destituídas.

Ao se fazer o controle por gênero é nítida a desvantagem de saúde das mulheres em relação aos homens nas classes destituídas. Exceção é encontrada no caso dos capitalistas na tabela 1, mas as explicações para o fato ocorrem na baixa presença feminina na classe e alta escolaridade das mulheres que podem ajudar no enfrentamento de problemas. No caso dos homens, doenças causadas pelo estresse intrínseco à classe faz com que haja piora no estado de saúde unido ao fato que os homens procuram menos os serviços médicos do que as mulheres. Porém estudos focados mais na desigualdade de gênero podem explicar melhor essa relação. Quando as classes são agrupadas, na segunda tabela, percebemos que essa exceção some, seguindo o padrão de desvantagem feminina

Quando feito o controle também por raça, vêem-se mais nitidamente seus efeitos negativos nas classes não destituídas. Há um efeito negativo, porém que não sobrepõe ao efeito de classe. Já nas classes destituídas os efeitos de raça são diminuídos devido ao maior poder dos efeitos de classe. Nelas, em alguns casos os efeitos de raça não aparecem devido ao poder de classe sobre os efeitos de raça, o que sustenta a literatura que diz que quando os efeitos são controlados por renda e escolaridade, os efeitos diretos de raça ficam bastante reduzidos. Aqui, isso fica nítido nas classes destituídas.

Apesar das considerações acima, ao olhar apenas para as classes destituídas, no caso do controle por raça, fica nítida a desvantagem causada por raça inclusive nessas classes de base, pois ela está presente na maioria das comparações.

Sobre as macrorregiões, o norte e nordeste apresentaram piores índices de saúde não boa. Ao comparar índices entre destituídos e não destituídos, o norte e sudeste ficaram entre os de maiores discrepâncias. No nordeste, as discrepâncias entre destituídos e não destituídos foram as menores o que apesar da diferenciação de metodologias, pode explicar os resultados do trabalho das economistas. Seria interessante fazer uma análise individualizada de cada região respeitando suas singularidades, porém esse pode ficar como tema de outros estudos.

Não se notou nenhum destaque nos dados de Minas Gerais ao ver que seus índices percentuais de saúde auto declarada não boa ficaram minimamente diferentes dos índices nacionais, apresentando, assim, as mesmas tendências que o país.

Quando concluídas as outras propostas do trabalho de comparar os índices nacionais de saúde com os índices de saúde daqueles 50 % mais pobres do Brasil nas classes destituídas, viu-se que houve aumento de saúde não boa nos 50% mais pobres, aumento considerável, porém menor que o esperado. Foi um aumento relativamente baixo que mostra a eficácia de análise desta tipologia de classe de abarcar a situação destituída. Melhores caracterizações ainda podem ser feitas nas classes não destituídas, onde a diferença entre índices nacionais e os 50% mais pobres do país foram maiores, o que mostra que ainda há destituídos nessas classes. Além disso, a classe dos autônomos com ativos também evidenciou a necessidade de estudos mais aprofundados que expliquem as discrepâncias com relação às outras classes não destituídas.

## **6) REFERÊNCIAS**

AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice M.S.; AMOEDO, Marúcia B. (1992). Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 26(3): 195-202.

DACHS, J. Norberto W. (2002), Determinantes das desigualdades na Auto-avaliação do Estado de Saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7 (4):641-657.

DACHS, J. Norberto W. e SANTOS, Ana Paula Rocha dos. (2006), Auto-avaliação do Estado de Saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (4): 887-894.

FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. (2002), **Estrutura de Posições de Classe no Brasil: As Bases Posicionais da Desigualdade Social**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Editora UFMG/Iuperj.

\_\_\_\_\_. (2008), Classe Social e Desigualdade de gênero no Brasil. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, vol.51, nº2.

\_\_\_\_\_. (2009), Posições de Classe Destituídas no Brasil.(Artigo Inédito)

\_\_\_\_\_. (2005), Uma classificação Sócio-Econômica para o Brasil, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol, 20, nº 58: 27-49.

\_\_\_\_\_. (2009), Posições de Classe e Chances de Saúde no Brasil. *Dados - Revista de Ciências Sociais*

GIDDENS, Anthony. (2004), **Sociologia do Corpo: Saúde, Doença e Envelhecimento**. *Sociologia*. 4. ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. Cap. 6, 144-171.

GIDDENS, Anthony. (2004), Classe, estratificação e desigualdade. **Sociologia**. 4. ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. Cap. 10.

IBGE. (2004), *Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar - 2003*. Microdados. Rio de Janeiro, IBGE.

NERI, Marcelo e SOARES, Wagner. (2002). Desigualdade Social e Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 18(Suplemento): 77-87.

SOUZA NORONHA, Kenya V.M.de. e ANDRADE, M.V. Desigualdades Sociais em Saúde: Evidências Empíricas Sobre o Caso Brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v.32, n. Especial p. 877-897, novembro 2001.

THEME FILHA, Mariza M., SZWARCOWALD, Celia L. e SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto B. (2008), Medidas de Morbidade Referida e Inter-Relações com Dimensões de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 42(1):73-81.

TILLY, Charles. O Acesso Desigual ao Conhecimento Científico. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 18, n. 2. pp.47-63. (Tradução de Alexandre Massela)