

José Alcides Figueiredo Santos¹

INTERAÇÕES DE CLASSE SOCIAL, RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE NO BRASIL

PROBLEMA E FUNDAMENTOS DA PESQUISA

A desigualdade de saúde no Brasil é investigada neste artigo na ótica das interações entre classe social, raça e gênero. Ao abordar as divisões sociais em interação, este estudo pretende qualificar a parte dessa desigualdade explicada por renda, educação, território e recursos do domicílio e aferir a parte não explicada por esses fatores socioeconômicos. Nesse sentido, o trabalho agrega à investigação o objetivo especial de dimensionar e refletir sobre a contribuição dos efeitos puramente diretos e de atributos mais amplos dessas divisões sociais para as desigualdades de saúde socialmente organizadas existentes no país. O foco, a orientação e o desenho da investigação, amparados na decomposição de Gelbach, oferecem uma contribuição diferenciada ao campo de estudos no Brasil. Este artigo faz parte de linha de pesquisas sobre desigualdades de saúde no Brasil e se beneficia dos novos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019.

As desigualdades de saúde representam uma das mais difundidas regularidades das sociedades contemporâneas embora os seus níveis variem marcadamente entre os países. A compreensão destas desigualdades socialmente padronizadas demanda a demarcação conceitual e conhecimentos contextuais de categorias sociais bem delimitadas e significativas (Arcaya; Arcaya & Subramanian, 2015). As desigualdades de saúde oferecem evidências marcantes do papel das divisões sociais na estruturação das oportunidades de vida e do bem-estar das pessoas. A distribuição da saúde e doença mostra-se claramente como uma área em que as hierarquias de classe, ou divisões socioeconômicas, são persistentes e sem sinais robustos de arrefecimento e

suplantação por novas diferenciações sociais. As desigualdades de ordem socioeconômica ocorrem na maioria dos domínios de problemas de saúde. As desigualdades em morbidade e mortalidade, por outro lado, como fenômenos complexos demandam a consideração de grupos-chave de fatores explicativos para o seu entendimento pleno (Lahelma, 2007).

A literatura de epidemiologia social usa de modo especial a noção mais genérica de status socioeconômico em vez do conceito de classe social. Os diferentes domínios em que este status se expressa, como renda, educação e riqueza, embora relacionados, são vistos como conjuntos diferentes de recursos relevantes de saúde e seus efeitos na saúde podem ser bem diferentes. O foco em medidas socioeconômicas específicas seria relevante para desenhar intervenções e informar o julgamento dos mecanismos por meio dos quais a saúde é afetada pelo status socioeconômico. A associação entre variáveis tipicamente assumiria uma forma de dose-resposta graduada no conjunto do espectro do status socioeconômico (Glymour; Avendano & Kawachi, 2014).

A noção de status socioeconômico, no entanto, como algo distinto de indicadores específicos de insumo (educação) e resultado (renda), carece de uma base conceitual clara. O entendimento conceitual das medidas é requisito importante para a construção de narrativas plausíveis da influência da posição social na saúde. Os esquemas de classe contemporâneos que almejam um fundamento conceitual claro tendem a colocar como princípios orientadores a propriedade de ativos produtivos e as relações e condições de emprego (Bartley, 2022). A noção de classe baseada na propriedade de ativos produtivos, mensurada ao nível da estrutura do emprego, oferece uma especificação e contextualização dos recursos valiosos e flexíveis que geram benefícios materiais e de saúde. Empregos são domínios de direitos e poderes sobre recursos que afetam a prática social e as relações entre os agentes; estão associados no mundo do trabalho e em outros âmbitos da vida social aos fatores materiais, ambientais, comportamentais e psicossociais que possuem implicações para a saúde (Figueiredo Santos, 2020).

A sociologia da saúde fala de causalidade social da doença devido ao papel das condições sociais e interações sociais na emergência e distribuição do adoecimento. O processo que se forma é considerado multicausal, em uma abordagem mais ampla ou unificadora, na medida em que o desfecho de adoecimento se dá a partir de múltiplas vias causais, diretas e indiretas, próximas e distantes, envolvendo fatores de natureza material, cultural, comportamental, psicossocial, sociopolítica e longitudinal (Young, 2007). As condições de vida materiais e psicossociais, passadas e presentes, assim como os comportamentos de risco, destacam-se entre as causas mais importantes das desigualdades de classe social na saúde (Lahelma, 2007). As condições sociais são consideradas como causas fundamentais da saúde e da doença porque influenciam múltiplos resultados, se expressam por múltiplas vias, envolvem recursos flexíveis capazes de evitar riscos e minimizar as consequências das doenças e devido ao fato dos elos causais se

reproduzirem no tempo quando mudam as circunstâncias (Link & Phelan, 1995; Cockerham, 2021).

Na sociologia da saúde a circunstância socioeconômica é considerada como o fator preditor mais forte de saúde, adoecimento e longevidade. A desigualdade social existente afeta de modo muito forte as oportunidades e experiências de vida no cotidiano da maioria das pessoas. Além disso, o poder explicativo do condicionamento socioeconômico se mostra igualmente quando interage com outros fatores para produzir variações além das diferenças já produzidas. Isto significa que os efeitos dos fatores socioeconômicos não são idênticos em todas as situações, de modo que as interações que se formam com idade, gênero e raça geram resultados específicos e informações reveladoras (Cockerham, 2013). Em termos mais gerais, os grupos sociais são de interesse não somente como fatores de exposição com impacto na saúde, porém também como condicionantes para entender a relação entre outras categorizações e resultados de saúde (Arcaya; Arcaya & Subramanian, 2015). Fatores como idade, gênero e raça podem em certa medida alterar as manifestações da desigualdade de classe ou socioeconômica de saúde (Lahelma, 2007).

Uma adequada caracterização do papel das divisões raciais e de gênero na desigualdade de saúde deve ser formulada previamente à abordagem empírica do problema de pesquisa. As divisões raciais afetam um amplo espectro de resultados de saúde e mortalidade, como perda fetal, doenças crônicas, desenvolvimento de incapacidade e mortalidade prematura. Os fatores influentes operam em vários níveis envolvendo tanto riscos individuais quanto contextos mais amplos. O acesso diferenciado aos recursos socioeconômicos no geral joga papel fundamental nas discrepâncias de saúde entre grupos raciais (Frisbie & Hummer, 2007). Os fatores sociais e econômicos distais, compondo um complexo multidimensional, são os principais impulsionadores das diferenças raciais e étnicas na saúde. Na medida em que as relações sociais são condicionadas por processos de racialização, em que estrutura e identidade são influenciadas por raça, podem ser limitados e ilusórios os meios de ficar à parte ou transcender as implicações das categorizações raciais. As dimensões de estrutura, processo, efeito cumulativo, ciclo de vida, cultura e identidade são relevantes para compreender a complexidade das manifestações de etnia e raça em termos de saúde e doença (Bradby & Nazroo, 2021).

As divisões raciais e o racismo têm sido postulados como uma modalidade de causa fundamental das desigualdades de saúde já que afetam múltiplos resultados de saúde de várias formas cujos mecanismos subjacentes e implicações características podem ser transpostos no tempo às novas circunstâncias. Argumenta-se de forma articulada que o racismo está subjacente às diferenças raciais em recursos socioeconômicos, sendo que estes recursos por sua vez são causas fundamentais das desigualdades de saúde assim como o processo ubíquo do racismo gera efeitos na saúde independentes dos fatores socioeconômicos notadamente por meio da discriminação racial. Racismo,

status socioeconômico e saúde se tornam processos e resultados interligados (Phelan & Link, 2015; Cockerham, 2021).

As divisões de gênero como distinções de status social estão ancoradas em crenças culturais generalizadas que associam maior valor social e competência a pessoas de uma categoria em vez de outra (Ridgeway, 2011). Entretanto, existe uma interação complexa entre as relações de gênero e o corpo biológico que moldam os padrões de morbidade e mortalidade de homens e mulheres. A distância de gênero em expectativa de vida, embora em média ainda favoreça a mulher, revela trajetórias intimamente conectadas às condições gerais de cada sociedade (Annandale, 2021). As relações de gênero e o sexo biológico podem influenciar de forma isolada, não influenciar, ou ambos afetar de forma independente ou sinérgica a saúde a depender do desfecho de saúde. Além disso, as filiações de homens e mulheres a grupos desiguais, como classes sociais, podem implicar no grau de semelhança de estado de saúde dentro e entre estes grupos (Krieger, 2011). As diferenças em desigualdade de saúde entre homens e mulheres, por sua vez, podem ser afetadas por combinações dos principais tipos de desigualdades sociais relacionadas à saúde, notadamente classe social baseada em relações de emprego, status social e padrões de vida material, que por sua vez contribuem de forma diferenciada para a saúde e o adoecimento (Bartley, 2017).

No campo de estudos tem se projetado uma abordagem interseccional que parte da premissa que a experiência social é moldada conjuntamente pelas múltiplas posições sociais das pessoas em contextos interpessoais e estruturais. Postula-se que as experiências na interseção de posições sociais são co-constituídas e, nesse sentido, devem ser consideradas conjuntamente. A investigação da saúde da população poderia ser enriquecida por abordagem que dá maior atenção à heterogeneidade dos efeitos. A adoção dessa orientação em pesquisas quantitativas tem sido mais recente. A epidemiologista Greta R. Bauer tem protagonizado contribuições visando incorporar esta abordagem na metodologia de pesquisa em saúde populacional. Ela toma como referência em particular a abordagem denominada entre categorias que se concentra na heterogeneidade em uma série de interseções (Bauer, 2014; Bauer et al., 2021). Em termos metodológicos propõe uma análise de mediação interseccional que adapta um método de decomposição estabelecido na epidemiologia visando delimitar como as posições interseccionais impactam as desigualdades de saúde. A aplicação ideal da sensibilidade analítica interseccional à investigação quantitativa na área da desigualdade de saúde estaria ainda a demandar um esforço de melhor clarificação no seu desenvolvimento (Bauer & Scheim, 2019). A interseccionalidade pode ser vista como um enquadramento singular de uma abordagem mais ampla que está em curso no campo de estudos. Balanço do progresso da pesquisa de disparidades de saúde trata da emergência de uma quinta era em vigor na atualidade que se diferencia ao acrescentar um foco nas interações entre os fatores e nas variações condicionais dos efeitos. Neste

processo as questões de eras precedentes permanecem áreas ativas de pesquisa e as novas fases agregariam profundidade e complexidade ao conhecimento acumulado (Adler & Stewart, 2010).

ESTUDOS PRECEDENTES DE INTERAÇÕES CLASSE-RAÇA E CLASSE-GÊNERO NA SAÚDE NO BRASIL

O artigo atual representa a extensão, com nova abordagem metodológica, de estudos de desigualdade de saúde no Brasil que modelam interações entre classe social e categorias de status social. As evidências, as generalizações e as interpretações alcançadas dão suporte à abordagem dos novos objetivos. O artigo trata das interações entre três divisões sociais e, dado o foco nas interações e a limitação de espaço, seria menos factível ou imprescindível rever de forma abrangente a literatura focada nos efeitos puramente aditivos destes fatores em separado. Como registro especial são feitas referências a quatro estudos recentes que cobrem aspectos críticos da desigualdade racial de saúde no Brasil. Estudo transversal com temática inédita no país confirma a ocorrência de iniquidade racial de autoavaliação de saúde ruim do grupo pardo e preto que se mostra fortemente mediada por processos de mobilidade intergeracional educacional e ocupacional (Camelo et al., 2022). Estudo de coorte prospectiva demonstra que se formam disparidades raciais significativas no risco de condições crônicas e multimorbidade (Oliveira et al., 2024). Além disso, entre os que possuem comorbidade, a desigualdade racial se mostra mais forte quando a carga de doenças é mais pesada (Oliveira et al., 2022). Por fim, estudo de coorte retrospectiva de base populacional do período de 2012 a 2018, abrangendo 19 milhões de bebês recém-nascidos, constatou discrepâncias significativas por cor preta e parda no risco de morte entre crianças de todas as faixas etárias menores de cinco anos, sendo que as desigualdades raciais foram mais acentuadas em causas relacionadas com a pobreza, como a subnutrição e a diarreia (Rebouças et al., 2022).

Trabalho original desta iniciativa mobilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 para investigar os fatores mediadores e os processos interativos associados à desigualdade racial de saúde no Brasil. Foi constatado que a mediação socioeconômica responde por 84% do efeito total da desigualdade racial de saúde que favorece o grupo branco. As divisões raciais, por outro lado, geram um ponderável efeito específico (16%) independente do amplo leque de fatores controlados. Foram abordados os efeitos interativos entre classe social e raça que se manifestam sob a forma de variação condicional à classe social da desigualdade racial de saúde. Em contextos de vantagens de classe, os recursos controlados não são convertidos no mesmo patamar em benefícios de saúde para o grupo pardo e preto. Além disso, mesmo na categoria de trabalhador típico, de elevada densidade social, a desvantagem racial se mostra apreciável. Os resultados revelam que no âmbito da saúde as divisões raciais afetam as oportunidades efetivas dos

atores de realizar fins mobilizando os meios de que dispõem (Figueiredo Santos, 2011).

Estudo de fôlego utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 em uma investigação detalhada dos fatores mediadores e processos interativos envolvidos na desigualdade racial de saúde no Brasil. São explorados os papéis específicos de classe social, renda, educação e região. Constatou-se que a afetação entre os fatores faz os resultados variarem em termos de retornos desiguais de saúde que são proporcionados para brancos e negros. Os efeitos dos contextos combinados em que as pessoas estão inseridas mudam conforme e fazem mudar os efeitos de raça. Além disso, com a finalidade de mostrar que os impactos da estratificação racial na saúde se dão através de múltiplos desfechos, são abordadas diferenças em comportamentos de risco e nos efeitos das doenças no comprometimento do estado geral de saúde da pessoa. As análises interativas permitem demonstrar que raça opera como elemento distintivo, capaz de provocar resultados muito diferentes, ainda que os grupos estejam em condições bastante parecidas. O estudo ao final dialoga com a proposição de que o “racismo sistêmico” seria uma causa fundamental da saúde que se agrega ao papel especial dos fatores tipicamente socioeconômicos (Coimbra, 2023).

A associação entre gênero e saúde foi analisada com dados do período de 2003 a 2013. O estudo caracterizou o papel dos fatores socioeconômicos na discrepância de gênero em saúde e estimou as suas variações a depender da posição socioeconômica. Na constituição da desigualdade geral ou média de gênero de saúde a renda joga papel mediador e a educação age como fator supressor, cujo controle projeta o efeito direto de gênero. O papel da variável educação mostra imperfeições ao retratar de modo menos equiparável ou mais heterogêneo no âmbito de gênero a conexão entre posição socioeconômica e saúde. O estudo constata que a desigualdade de gênero de saúde não está presente em todas as categorias. Gênero gera desvantagens de saúde em particular entre os grupos que estão situados em circunstâncias não vantajosas de emprego e renda. Em posições privilegiadas de classe e renda a desigualdade de gênero se mostra reduzida e sem significância estatística. Em termos agregados, no entanto, as desvantagens de emprego e renda das mulheres possuem importantes implicações para a desigualdade geral ou média de gênero de saúde (Figueiredo Santos, 2019).

MÉTODOS: VARIÁVEIS, MENSURAÇÃO E DECOMPOSIÇÃO DE GELBACH

Este estudo está particularmente interessado nos efeitos interativos simultâneos entre classe social, raça e gênero. O trabalho estima efeitos da combinação das três variáveis, em vez de agregar ao modelo as variáveis específicas e os respectivos termos interativos, como seria a solução padrão, com a finalidade de tornar mais manejável a aplicação e a apresentação dos resultados da decomposição de Gelbach. A solução escolhida visa igualmente

apresentar resultados equivalentes de modo mais intuitivo (Cummings & Jackson, 2008). Embora tenham sido parametrizados de forma diferente, os resultados se mostram equivalentes ao uso de termos interativos. Uma limitação desta combinação de variáveis, no entanto, seria a fusão ou perda de distinção do efeito diferenciado de cada fator (Williams, 2017).

A variável independente classe social usada neste estudo inclui em cinco grandes agrupamentos um esquema de classe mais amplo, ajustado às especificidades da estrutura social do país (Figueiredo Santos, 2005a, 2023). O topo social combina as vantagens de ativos de capital, conhecimento perito e autoridade das categorias de capitalista, especialista autônomo, empregado especialista e gerente. Os empregados qualificados e os supervisores formam um segmento diferenciado com níveis parciais de qualificação escassa e autoridade. A categoria de detentores de ativos de menor valor é formada pelo pequeno empregador, autônomo com ativos e autônomo agrícola. O trabalhador típico representa o assalariado submetido estruturalmente aos processos conjugados de controle e apropriação dos resultados do trabalho. Por fim, diferencia-se um agrupamento destituído por processos de exclusão, insuficiência e depreciação de ativos de valor. Este é composto pelas categorias de trabalhador elementar, autônomo precário, agrícola precário, empregado doméstico e trabalhador excedente (desempregado) (Figueiredo Santos, 2020).

O estudo atual se baseia nos novos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 que segue o desenho amostral de conglomerados da Amostra Mestra das Pesquisas Domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A amostra analítica é formada de 126818 casos com informações válidas para todas as variáveis e idade no intervalo de 18 a 74 anos. A variável educação foi mensurada em sete categorias educacionais a partir do sem estudo formal ao superior completo. A variável raça ou cor considerou o grupo branco e a agregação de pardo e preto com a finalidade de focalizar o divisor racial fundamental do país (Figueiredo Santos, 2005b). A categoria de gênero é baseada no sexo da pessoa. A variável renda corresponde aos décimos da renda domiciliar. O território agrega as cinco grandes regiões além de binárias de capital versus demais municípios e área urbana versus rural. Foi criado um indicador de recursos do domicílio a partir da construção de dez variáveis binárias baseadas na presença ou ausência no domicílio de automóvel, máquina de lavar, computador, forno micro-ondas, sete cômodos ou mais, três cômodos ou mais servindo de dormitório, dois banheiros ou mais, paredes externas revestidas, ligação à rede geral de distribuição de água e esgoto conectado à rede geral de esgoto ou pluvial. A cada item foi atribuído um peso baseado no complemento da sua frequência relativa na amostra analítica, de modo a aumentar o peso dos itens mais escassos (Szwarcwald et al., 2005: 55-56). A variável de recursos do domicílio foi usada sob a forma de décimos do indicador.

A variável dependente do estudo é a autoavaliação do estado de saúde da pessoa. Foi utilizada a questão J001, do Módulo J - Utilização de serviços

de saúde, formulada pela PNS a todos os moradores nestes termos: “De um modo geral, como é o estado de saúde de ___?” As opções de resposta conformam cinco níveis: 1, Muito bom; 2, Bom; 3, Regular; 4, Ruim; 5, Muito ruim. Quando discrepante a variável foi retificada pela declaração do próprio morador selecionado em variável similar que integra a parte principal do questionário (variável N001). Na literatura está bem estabelecida a confiabilidade e validade, em termos metodológicos, da autoavaliação da saúde como indicador do estado geral de saúde da pessoa (Snead, 2007). O indicador se revela altamente correlacionado com manifestações e medidas de capacidade funcional, morbidade e mortalidade (Farmer & Ferraro, 1997; Idler & Benyamini, 1997; Borrell et al. 2004). Representa a medida mais acessível, abrangente e informativa do estado médio de saúde para uso em levantamentos de dados populacionais. O indicador capta diferentes dimensões da saúde e riscos à saúde em diferentes estágios da vida (Jylha, 2009, 2011). Embora a medida implique questões de subjetividade e diferenças de interpretação no processo de mensuração, ela revela excelente poder de previsão da saúde futura (Snead, 2014).

Neste estudo, a autoavaliação da saúde foi tratada como uma variável dependente contínua em que o pior estado de saúde corresponde aos valores mais altos. Embora seja mais comum tratar a autoavaliação da saúde, mensurada originalmente em escala ordinal, como uma variável binária a forma contínua tem sido usada e obtido respaldo relevante na literatura. Além disso, a opção feita neste artigo decorre do uso do método de decomposição de Gelbach que foi elaborado para a regressão linear padrão (OLS). Uma avaliação meticulosa e abrangente do tratamento dado à variável autoavaliação do estado de saúde concluiu de modo enfático que não existe uma forma de mensuração que seja incontestavelmente preferível a qualquer outra, ou seja, a forma ordinal, binária ou contínua. Embora o estudo indique a existência de relação monotônica entre as categorias de autoavaliação da saúde, dando forma a um contínuo, foi encontrada similaridade de resultados entre as soluções alternativas quanto ao tamanho e significância dos efeitos, o tipo de associação e os efeitos interativos. Na avaliação da variável como preditora de mortalidade, por outro lado, o trabalho constatou uma graduação paulatina na associação entre os fatores (Manor; Matthews & Power, 2000). O resultado obtido está em sintonia com estudo anterior que revelou a formação de um contínuo na autoavaliação da saúde quando são considerados fatores de risco e problemas de saúde e uma ausência de diferenças dignas de menção na continuidade entre os universos masculino e feminino (Manderbacka; Lahelma & Martikainen. 1998). Na literatura existem vários estudos, inclusive de validade da autoavaliação da saúde, realizados em contextos diferentes, em que a medida é tratada como variável contínua em um modelo de regressão padrão (Hamplová; Klusáček & Mráček, 2022). Um amplo estudo recente de validação do indicador, publicado nos relatórios científicos da revista *Nature*, demonstrou com o uso de regressão linear que existem associações fortes e lógicas da autoavaliação da saúde com numerosos biomarcadores representando

múltiplos domínios biológicos. A conclusão do trabalho de validação destaca o carácter robusto, abrangente e de sólida base biológica do indicador (Kananen et al., 2021). Estudos relevantes na sociologia da saúde que adotaram esta solução contínua tratam de efeitos na saúde do fator socioeconómico em combinação com categorias de status de raça e género (Schnittker, 2007; Cummings & Jackson, 2008). Por fim, na literatura de saúde são encontrados vários artigos que registram a obtenção de resultados comparáveis ou similares ao fazer estimativas com variável contínua, binária ou ordinal.

A variável dependente contínua capta a “graduação” na avaliação e não implica em perda de informação de uma solução binária. Uma solução contínua para um ordenamento tende a ter um bom desempenho quando a variável envolve mais de quatro categorias (Rhemtulla; Brosseau-Liard & Savalei, 2012). Os resultados contínuos em coeficientes do modelo de regressão padrão foram comparados aos resultados em probabilidades de ter saúde boa versus não boa com modelo *logit* binário, modelo de odds proporcionais parciais e modelo logístico ordenado generalizado (Liu, 2016). As comparações se mostraram no geral bastante convergentes nos contrastes entre as divisões sociais, com variações admissíveis de intensidade ou grau, em boa parte associadas às diferenças em métricas (coeficientes e probabilidades).

A investigação se inicia pela caracterização da distribuição da variável independente na amostra analítica e da distribuição condicional da variável dependente conforme categorias da variável independente. A distribuição do grupo combinado de classe social, raça e género serve para situar a dimensão real da sua influência no resultado agregado no âmbito da população. O uso de tabulação cruzada entre os grupos e o estado de saúde revela de modo inicial os padrões de associação entre estes fatores. Os resultados dos cruzamentos foram padronizados por idade visando remover o viés de confusão deste fator que é básico em qualquer medida de saúde. A distribuição do estado de saúde foi categorizada em três níveis de saúde cujas percentagens podem ser vistas como probabilidades condicionais. Como a variável dependente será usada sob a forma contínua na modelagem estatística é apresentada a média do estado de saúde.

As estimativas estatísticas ajustadas foram feitas pelo modelo de regressão linear padrão (OLS) incorporado ao método de decomposição de Gelbach (2016). Na aplicação da decomposição foi usado um procedimento especial criado pelo próprio autor da técnica para o ambiente do programa estatístico Stata (Gelbach, 2014). Os modelos de decomposição no geral estimam a diferença média entre grupos que é dividida em um componente explicado por fatores observáveis e outro que não pode ser explicado por condições mensuráveis. O método de decomposição de Gelbach estima e compara as diferenças médias incondicionais ou iniciais nos resultados (modelo base) com as diferenças médias condicionais ou ajustadas (modelo completo). O procedimento estima a contribuição de determinadas covariáveis observadas para a geração destas diferenças. Isto significa que a parte explicada

identifica os elos indiretos que se dão por meio da variação de grupo das covariáveis (Gelbach, 2016; Brown & Mitchell, 2023). O método serve para estimar um tipo de contrafactual que é a diferença nos resultados que ocorreria se um grupo fosse igual ao outro, exceto no atributo focal. A diferença não explicada da decomposição representa a diferença residual nas médias das categorias após o ajuste dos fatores observáveis. Essa diferença representa o efeito direto ou puro da variável independente focal que se mostra totalmente dissociada dos fatores controlados. O resíduo aferido pode também expressar diferenças não observadas entre os grupos na forma de categorização e mensuração adotada (Gelbach, 2016; Donnelly, 2019).

A decomposição de Gelbach tem como característica singular de especial importância o fato de ser baseada na fórmula de viés de variáveis omitidas. Trata cada fator como uma “variável omitida” na relação de interesse e mede o viés que resultaria se o fator fosse excluído. As diferenças entre os coeficientes do modelo base e completo equivalem algebricamente à fórmula de viés de variáveis omitidas. Um dos conhecimentos mais importantes sobre regressão, a fórmula de viés de variáveis omitidas caracteriza a relação de estimativas com diferentes conjuntos de variáveis de controle. A ausência de viés de variáveis omitidas favorece uma interpretação causal de estimativas de uma regressão com mais controles (Angrist & Pischke, 2009: 59-63). A decomposição fornece uma medida inequívoca da contribuição de cada variável omitida para a mudança nos coeficientes originais. Além disso, a decomposição de Gelbach supera o método de decomposição de Blinder-Oaxaca ao fornecer estimativas de erros padrão derivadas da fórmula de variância assintótica de Gelbach (Gelbach, 2016; Donnelly, 2019).

Uma propriedade útil da decomposição é que as mudanças nos coeficientes associados a cada efeito fixo somam exatamente a diferença entre as estimativas do modelo base e do modelo completo. A decomposição de Gelbach oferece uma interpretação exata da contribuição de cada covariável incluída no modelo completo em relação à mudança geral atribuída a todas as covariáveis. Isto significa que o método de Gelbach é robusto e não é afetado pela ordem sequencial de inclusão das covariáveis no modelo, o que é de particular importância quando as variáveis estão correlacionadas. Entretanto, os resultados do método de Gelbach ou de qualquer outro método de decomposição dependerão de quais covariáveis estão sendo incluídas no modelo para efeito de decomposição (Gelbach, 2016; Cook et al., 2021: 2232).

ANÁLISE DE RESULTADOS: DISTRIBUIÇÃO DAS DIVISÕES E TABULAÇÃO CRUZADA DA RELAÇÃO FOCAL

A distribuição dos grupos na população retrata de modo combinado o perfil da estrutura social e a alocação diferenciada das categorias de status de raça e gênero nas posições desigualmente recompensadas. O ordenamento socioeconômico entre as categorias e o seu peso impactam no resultado de saúde

ao nível agregado. Parte importante da desigualdade de status, notadamente quando associada à raça ou cor, é mediada pela dimensão socioeconômica em termos de distribuição ou acesso desigual a posições. A estrutura social dada ou preexistente e as distâncias entre as posições constituídas em que os grupos se distribuem colocam limites e possibilidades em termos de oportunidades de vida e saúde.

Tabela 1. Divisões de classe, raça e gênero segundo a distribuição geral, os percentuais dos níveis de saúde e a média de saúde ambos padronizados por idade. Brasil, 2019.

Divisões Sociais	Peso %	Saúde Boa	Saúde Regular	Saúde Ruim	Saúde Média
Topo social, pardo & preto, mulher	1,58	84,01	14,61	01,36	1,924
Topo social, pardo & preto, homem	1,60	86,42	12,51	01,06	1,880
Topo social, branco, mulher	3,63	90,23	08,95	00,81	1,749
Topo social, branco, homem	3,51	92,14	07,37	00,48	1,723
Qualificado, pardo & preto, mulher	2,12	76,84	20,64	02,51	2,071
Qualificado, pardo & preto, homem	1,60	85,27	14,10	00,62	1,932
Qualificado, branco, mulher	2,25	86,31	12,49	01,19	1,905
Qualificado, branco, homem	1,70	89,38	10,10	00,51	1,802
Peq. Ativos, pardo & preto, mulher	1,39	74,95	22,59	02,44	2,094
Peq. Ativos, pardo & preto, homem	4,30	77,74	19,88	02,27	2,028
Peq. Ativos, branco, mulher	2,18	83,68	14,58	01,73	1,883
Peq. Ativos, branco, homem	5,17	83,35	15,50	01,13	1,939
Trabalhador, pardo & preto, mulher	6,30	72,28	24,93	02,78	2,162
Trabalhador, pardo & preto, homem	11,00	77,38	20,96	01,64	2,073
Trabalhador, branco, mulher	5,76	80,85	17,88	01,52	2,015
Trabalhador, branco, homem	7,97	82,25	16,02	01,72	2,002
Destituído, pardo & preto, mulher	13,08	61,67	32,94	05,38	2,343
Destituído, pardo & preto, homem	12,07	66,11	29,27	04,61	2,277
Destituído, branco, mulher	7,37	70,06	26,13	03,79	2,192
Destituído, branco, homem	5,42	73,74	22,76	03,48	2,148
Total	100,00	75,30	21,54	02,72	2,090

Fonte: Estimativas do autor com base na PNS 2019.

A consideração descritiva da distribuição dos grupos (Tabela 1) é uma forma apropriada de introduzir a análise dos seus efeitos na saúde. A soma dos subgrupos registra que o topo social corresponde a 10,32% da estrutura social, com claro predomínio do grupo branco e certo equilíbrio de gênero em cada universo racial. O agrupamento composto por empregado qualificado e supervisor totaliza 7,67% com predomínio da mulher em ambos os grupos raciais. Os detentores de ativos de menor montante e valor atingem 13,4%. Note que no estudo de saúde o pequeno empregador foi agrupado entre detentores de ativos de menor valor como foi feito em trabalho precedente (Figueiredo Santos, 2020). No critério de status social predomina o branco (7,35%) e o homem (9,47%) o que faz do homem branco a principal categoria

(5,17%). O trabalhador típico totaliza 31,03% da estrutura social com claro predomínio do homem pardo e preto seguido pelo homem branco. Nesta categoria a discrepância na distribuição de gênero é menor no grupo branco. O agrupamento destituído de ativos representa 37,94% do conjunto de posições. O grupo pardo e preto perfaz 25,15% e a mulher 20,45%. A mulher parda e preta é a principal categoria. No agregado é reduzido o desequilíbrio da distribuição de gênero no grupo pardo e preto talvez devido à ampla predominância no agrupamento destituído.

As tabulações cruzadas contidas na Tabela 1 representam uma forma de introduzir os padrões de associação entre as divisões sociais e o estado de saúde. Obtém-se uma percentagem ou probabilidade condicional à posição social em que o resultado de saúde foi padronizado ou ajustado pela idade. Além disso, é apresentada a média do indicador original de cinco níveis, pois a modelagem estatística vai usar a autoavaliação do estado de saúde como variável contínua. Foram usados na padronização direta por idade com intervalos de cinco anos os comandos *proportion* e *mean* do programa Stata. Na mensuração usada uma média maior significa pior saúde. O método adotado na modelagem estatística vai justamente decompor as diferenças médias do indicador entre as divisões sociais, ajustadas por idade em um modelo base e ajustadas por várias covariáveis em um modelo completo. As médias especificadas por categorias sociais correspondem aos resultados que serão decompostos em uma parte explicada e outra não explicada pelos fatores mensurados.

Na consideração dos três níveis de saúde estampados na Tabela 1 vai ser focalizada a categoria da saúde boa, que agrega o julgamento “muito bom” e “bom”, de modo que o complemento da porcentagem representa a saúde que não é boa (regular e ruim). A saúde ruim agrega os níveis “ruim” e “muito ruim” da variável original. A média dos cinco níveis gera um valor típico equiparável, embora invertido, pois o valor mais alto significa pior saúde. Como pode ser constatado na Tabela 1, o topo social ostenta o melhor nível de saúde boa, porém o resultado registra uma clara defasagem interna na vantagem do grupo pardo e preto e uma leve diferença da mulher em relação homem no grupo branco. Na categoria de empregado qualificado que abarca os técnicos e professores de nível superior do ensino fundamental se destaca a distância entre o homem branco e a mulher parda e preta. Entre os detentores de ativos menos valiosos ambos os gêneros têm situação melhor e equivalente no grupo branco e a mulher parda e preta está em pior situação. Todos os grupos do trabalhador típico têm níveis de saúde inferiores ao topo social. Na categoria existe um ordenamento da saúde que vai do homem branco à pior saúde da mulher parda e preta. No agrupamento destituído estão os menores níveis de saúde boa e existe um ordenamento geral de status que desfavorece o grupo pardo e preto assim como a mulher o que agrava em particular a situação da mulher parda e preta. Estão aí igualmente os maiores níveis de saúde ruim. No conjunto da estrutura de classes, 13,08% e 12,07%

dos indivíduos representam, respectivamente, mulheres e homens pardos e pretos no agrupamento destituído, com os piores níveis de saúde, o que impacta na distribuição da saúde ao nível agregado no grupo de status e na população em geral. Além disso, no geral, posições de classe semelhantes tendem a promover menos ou comprometer mais o estado de saúde do grupo de status depreciado, notadamente no critério de cor, em decorrência da conjunção e interação entre os atributos de classe, cor e gênero.

ANÁLISE DE RESULTADOS: DECOMPOSIÇÃO DE GELBACH

Na modelagem estatística com o método de decomposição de Gelbach não são focalizados em primeiro lugar os resultados e diferenças entre o modelo base e o modelo completo. Todas as estimativas representam as diferenças entre a categoria de referência (omitida) do topo social, branco e homem e a categoria designada na autoavaliação do estado de saúde. Todos os contrastes estão sendo feitos com a categoria que mostra o melhor estado de saúde. Isto significa que quanto maior a diferença positiva pior é o estado de saúde da categoria contrastada. Os coeficientes estimados expressam as diferenças médias no indicador contínuo do estado de saúde. Nos modelos foram especificados erros-padrão robustos. O modelo base controla somente por idade e informante da questão original de modo que o resultado capta a diferença bruta ou integral associada ao contraste de divisões sociais. No modelo completo são introduzidos os controles de educação, renda domiciliar, território e recursos do domicílio. O método decompõe a diferença exata entre ambos os modelos. Estampa-se aqui na Tabela 2 a contribuição de todos os fatores para a diferença entre os modelos. As contribuições específicas de cada grupo de fatores não são vistas na Tabela 3. Na tabela foi priorizada a apresentação somente dos intervalos de confiança (IC) e a informação de ausência de significância estatística está marcada em nota (*).

No âmbito do topo social, o homem branco mostra uma vantagem expressiva em relação ao homem pardo e à mulher do grupo pardo e preto. No caso do homem pardo e preto, embora igualmente no topo social, os fatores socioeconômicos ainda assim respondem por 53,7% desta diferença. Em relação à mulher parda e preta a diferença é maior, porém relativamente menos associada aos fatores socioeconômicos. A vantagem do homem branco é bem menor em relação à mulher branca e ela desaparece estatisticamente com o controle das diferenças socioeconômicas remanescentes. O montante restrito da diferença se deve possivelmente à distribuição ocupacional de gênero interna no agregado do topo social. Em relação ao grupo pardo e preto a parte não explicada diz respeito aos tipos e condições dos empregos dentro do topo social, às circunstâncias não controladas de origem e trajetória social e aos atributos de raça e/ou gênero com efeitos independentes e dissociados dos fatores socioeconômicos controlados que se manifestam em julgamentos de valor e mecanismos de discriminação.

Tabela 2. Divisões sociais e discrepâncias de saúde por decomposição entre parte explicada e não explicada do coeficiente por fatores socioeconômicos mensurados. Brasil, 2019.

Divisões Sociais	Modelo Base		Modelo Completo (parte não explicada)		Modelo Completo (parte explicada)		%
	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	
Topo social, pardo & preto, mulher	0,2389	0,1884-0,2895	0,1536	0,1041-0,2032	0,0853	0,0733-0,0972	35,7
Topo social, pardo & preto, homem	0,1894	0,1372-0,2415	0,0876	0,0369-0,1382	0,1017	0,0892-0,1142	53,7
Topo social, branco, mulher	0,0555	0,0087-0,1023	0,0521	0,0066-0,0977	0,0033*	-0,0047-0,0114	6,0*
Qualificado, pardo & preto, mulher	0,3927	0,3349-0,4506	0,2146	0,1577-0,2716	0,1781	0,1630-0,1931	45,3
Qualificado, pardo & preto, homem	0,2478	0,1967-0,2989	0,0535	0,0013-0,1057	0,1942	0,1778-0,2107	78,4
Qualificado, branco, mulher	0,2239	0,1746-0,2733	0,1368	0,0878-0,1858	0,0870	0,0751-0,0990	38,9
Qualificado, branco, homem	0,1294	0,0761-0,1827	0,0236 *	-0,0298-0,0770	0,1058	0,0910-0,1205	81,8
Peq. Ativos, pardo & preto, mulher	0,4063	0,3463-0,4662	0,1947	0,1335-0,2559	0,2115	0,1934-0,2295	52,1
Peq. Ativos, pardo & preto, homem	0,3574	0,3124-0,4025	0,0747	0,0287-0,1207	0,2827	0,2640-0,3013	79,1
Peq. Ativos, branco, mulher	0,1947	0,1379-0,2515	0,0794	0,0237-0,1351	0,1153	0,1010-0,1295	59,2
Peq. Ativos, branco, homem	0,2334	0,1908-0,2760	0,0448	0,0009-0,0886	0,1886	0,1728-0,2045	80,8
Trabalhador, pardo & preto, mulher	0,4884	0,4487-0,5281	0,2225	0,1803-0,2646	0,2659	0,2484-0,2834	54,4
Trabalhador, pardo & preto, homem	0,3856	0,3494-0,4217	0,0727	0,0335-0,1120	0,3128	0,2942-0,3313	81,1
Trabalhador, branco, mulher	0,3484	0,3077-0,3892	0,1636	0,1216-0,2056	0,1848	0,1692-0,2004	53,0
Trabalhador, branco, homem	0,3155	0,2767-0,3543	0,0838	0,0427-0,1249	0,2317	0,2144-0,2490	73,4
Destituído, pardo & preto, mulher	0,6658	0,6294-0,7022	0,2934	0,2534-0,3334	0,3724	0,3527-0,3921	55,9
Destituído, pardo & preto, homem	0,5899	0,5535-0,6263	0,1588	0,1175-0,2000	0,4311	0,4101-0,4521	73,1
Destituído, branco, mulher	0,5103	0,4678-0,5527	0,2245	0,1799-0,2692	0,2857	0,2673-0,3040	56,0
Destituído, branco, homem	0,4622	0,4201-0,5042	0,1230	0,0782-0,1678	0,3391	0,2673-0,3040	73,4

Fonte: Estimativas do autor com base na PNS 2019

Nota: * Diferença estatisticamente não significativa (p >0,05).

No contraste com o empregado qualificado a vantagem de saúde da categoria de referência (topo social, branco e homem) varia muito a depender da distinção de status. A maior diferença, bem elevada em termos absolutos, se dá em relação à mulher parda e preta sendo que 45,3% desta são devidas aos fatores socioeconômicos controlados. No grupo pardo e preto o homem tem desvantagem bem menor do que a mulher e em grande parte associada aos fatores controlados, o que destaca neste caso o papel específico de gênero e sua interação com cor. A discrepância da mulher branca é apreciável e a maior parte decorre de distinções internas e de elementos dissociados dos fatores controlados. A vantagem educacional típica da mulher, especialmente branca, ao atuar como variável que comprime parte da desigualdade e projeta o efeito direto de gênero (Figueiredo Santos, 2008, 2019) pode estar diminuindo o peso dos fatores socioeconômicos na diferença estimada. A desvantagem do homem branco é menor e toda ela decorre dos fatores controlados já que não é certo que persista uma pequena diferença remanescente. Existe uma diferenciação de gênero no peso dos fatores socioeconômicos na diferença explicada.

No agrupamento de detentores de ativos de menor valor a mulher parda e preta tem a maior desvantagem e a mulher branca a menor. O ônus associado à cor afeta em intensidade próxima também o homem. O papel dos fatores controlados na diferença é majoritário na mulher, embora bem menor do que ocorre com os homens. Parte disso pode se dever a uma diferença não controlada interna ao agrupamento nas atividades econômicas em que homens e mulheres tipicamente estão engajados.

A desvantagem de saúde do trabalhador típico é pronunciada e dentro deste padrão se mostra variável por cor e gênero. A maior desvantagem é da mulher parda e preta e a menor do homem branco. Na diferença apurada o papel dos fatores controlados é majoritário para a mulher, porém bem maior para o homem, o que repete um padrão já visto que restringe o papel transmissor dos fatores socioeconômicos para a mulher. O trabalhador típico corresponde a um enorme agregado de ocupações que possivelmente envolvem diferenças não controladas nas condições de emprego assim como nas trajetórias precedentes das pessoas que afetam a saúde. Além do maior nível educacional da mulher, que comprime parte da desigualdade mediada e realça o efeito direto de gênero (Figueiredo Santos, 2008, 2019), o atributo de gênero pode estar associado a variações ocupacionais não controladas aumentando o que aparece como efeito direto em vez de efeito indireto via emprego.

No agrupamento destituído estão as discrepâncias mais elevadas tipicamente associadas à classe social quando se considera o mesmo grupo de cor e gênero. Os atributos de status de forma aditiva e interativa agregam naturalmente à classe social desvantagens adicionais. Os atributos de status operam em meio às circunstâncias de destituição para gerar maior desvantagem para a mulher parda e preta e menor para o homem branco. Na base destituída da estrutura social se repete o mesmo padrão de gênero que em certa medida relativiza entre as mulheres, em comparação aos homens, o

papel mediador dos fatores socioeconômicos na diferença de saúde. Isto significa que existe uma clara heterogeneidade e padronização de gênero em diferentes contextos de classe e cor na contribuição relativa dos fatores socioeconômicos controlados para a discrepância de saúde em relação à categoria de referência. O fato de o contraste ser com o homem (no topo social e branco) destaca a conexão e variação de gênero do fenômeno.

Na Tabela 3 são apresentadas as contribuições específicas dos grupos de covariáveis. O método de Gelbach decompõe as mudanças nos coeficientes da variável independente focal entre o modelo base ou restrito e o modelo completo ou irrestrito. A parte explicada pelo modelo completo leva em conta o impacto de todas as covariáveis na variável independente e sua conexão com o resultado. A decomposição é condicional a todas as covariáveis inseridas no modelo completo e oferece uma estimativa matematicamente exata da contribuição de cada fator. Nos resultados as estimativas foram agrupadas de modo a delimitar o impacto global da variável categórica ou conjunto aproximado de covariáveis, a exemplo de território, que agrega as cinco grandes regiões mais binárias de capital e área urbana. Na decomposição os valores positivos implicam que o fator contribui para a desvantagem de saúde da categoria designada em relação à categoria de referência (omitida) que é tanto maior quanto maior for o valor. Optou-se por não apresentar percentuais já que seria fácil visualizar os fatores que contribuem mais para o montante explicado. O montante absoluto da contribuição do fator deve ser dimensionado pelo total de cada categoria na coluna final da respectiva linha da tabela.

Tabela 3. Decomposição da Parte Explicada do Coeficiente pelo Modelo Completo por Grupos de Covariáveis. Brasil, 2019.

Divisões Sociais	Decomposição da Parte Explicada				Total da Parte Explicada
	Educação	Renda	Território	Recursos Domicílio	
Topo social, pardo & preto, mulher	-0,0011*	0,0304	0,0446	0,0113	0,0853
Topo social, pardo & preto, homem	0,0207	0,0297	0,0398	0,0114	0,1017
Topo social, branco, mulher	-0,007	0,0074	0,0031	0,0003*	0,0033*
Qualificado, pardo & preto, mulher	0,0287	0,0750	0,0512	0,0230	0,1781
Qualificado, pardo & preto, homem	0,0618	0,0700	0,0399	0,0223	0,1942
Qualificado, branco, mulher	0,0206	0,0492	0,0056	0,0116	0,0870
Qualificado, branco, homem	0,0492	0,0437	0,0016*	0,0111	0,1058
Peq. Ativos, pardo & preto, mulher	0,0916	0,0583	0,0381	0,0290	0,2115
Peq. Ativos, pardo & preto, homem	0,1313	0,0825	0,0397	0,0290	0,2827
Peq. Ativos, branco, mulher	0,0675	0,0388	-0,0011*	0,0100	0,1153
Peq. Ativos, branco, homem	0,1025	0,0631	0,0047	0,0182	0,1886
Trabalhador, pardo & preto, mulher	0,0942	0,0986	0,0409	0,0321	0,2659
Trabalhador, pardo & preto, homem	0,1283	0,1053	0,0433	0,0358	0,3128
Trabalhador, branco, mulher	0,0803	0,0782	0,0053	0,0209	0,1848
Trabalhador, branco, homem	0,1123	0,0864	0,0075	0,0253	0,2317
Destituído, pardo & preto, mulher	0,1447	0,1328	0,0529	0,0419	0,3724

Divisões Sociais	Decomposição da Parte Explicada				Total da Parte Explicada
	Educação	Renda	Território	Recursos Domicílio	
Destituído, pardo & preto, homem	0,1712	0,1444	0,0680	0,0474	0,4311
Destituído, branco, mulher	0,1273	0,1120	0,0153	0,0310	0,2857
Destituído, branco, homem	0,1478	0,1259	0,0295	0,0358	0,3391

Fonte: Estimativas do autor com base na PNS 2019.

Nota: * Diferença estatisticamente não significativa ($p > 0,05$).

No topo social a desvantagem da mulher parda e preta está associada mais a território e renda, já o efeito da educação é negativo, ínfimo e sem significância estatística. No homem pardo e preto a diferença decorre também de território e renda. Na mulher branca todos os efeitos são ínfimos e a parte explicada não atinge significância estatística. Embora o homem branco tenha vantagem sobre o homem não branco, o papel da educação é marginal ao considerar o seu impacto (0,0207) na diferença explicada (0,1017). Além disso, nenhum dos quatro fatores na prática explica a pequena desvantagem geral da mulher branca (0,0555 na Tabela 2).

No empregado qualificado, a desvantagem do grupo pardo e preto depende mais de renda e território para a mulher ao passo que para o homem depende mais de renda e educação. No grupo branco depende mais de renda e educação para a mulher, porém no homem a ordem se inverte para educação e renda.

Entre os detentores de ativos de menor valor no grupo pardo e preto o destaque fica para educação e renda em ambos os sexos. O mesmo ordenamento ocorre no grupo branco. Em ambos os grupos de cor a base educacional da desvantagem de saúde é mais forte no homem, o que é compreensível, dado o maior nível educacional da mulher.

Em todas as categorias de status a desvantagem de saúde do trabalhador típico está ancorada notadamente em educação e renda. No grupo pardo e preto, como seria de esperar, território aparece como um ponderável terceiro fator, o que colabora para o montante do efeito total explicado ser maior no grupo.

No agrupamento destituído, educação e renda se destacam em um quadro em que as diferenças absolutas são maiores especialmente para o grupo pardo e preto. As diferenças aumentadas no conjunto destituído projetam a contribuição adicional absoluta de território e recursos do domicílio notadamente no grupo pardo e preto.

Em quatorze categorias a educação responde pelo maior montante do efeito, a renda em três, território em duas e em uma categoria o efeito de ambos os fatores é ínfimo. Em geral a contribuição da educação fica em segundo lugar no topo social e em empregado qualificado que são empregos associados a maior escolaridade. No trabalhador típico e no agrupamento destituído, categorias de grande peso demográfico, as contribuições de educação e renda em

geral se mostram próximas. Entre os detentores de ativos menos valiosos de capital ou qualificação (técnicos autônomos) o efeito da educação versus renda se destaca bem mais. A educação em quantidade e qualidade diferenciada pode estar associada ao tipo e nível do empreendimento e/ou substituir ou compensar um limite do próprio empreendimento. O efeito na saúde do déficit de um recurso tende a diminuir com o montante de outro recurso disponível (Mirowsky; Ross & Reynolds, 2000: 58-59). Além disso, a quantidade e qualidade da educação agregam naturalmente o seu valor diferenciado para a saúde.

No entendimento do resultado deve ser levado em conta que classe social é um divisor socioeconômico que configura limites e possibilidades. A educação é uma variável antecedente que dá acesso de modo especial aos empregos associados a credenciais ou em que a educação se aplica como critério seletor ou sinalizador. Por outro lado, a educação varia conforme a origem de classe e estabelece distinções e graduações internas nas divisões sociais. Já as categorizações de raça e gênero antecedem e influenciam a aquisição da educação e a sua conversão em desfechos de saúde. A relação entre educação e saúde pode comportar um padrão de dose-resposta e/ou um efeito de limiar o que não exclui a relevância de considerar as implicações de níveis elevados e baixos de educação (Arcaya; Arcaya & Subramanian, 2015). O destaque assumido pela contribuição da educação envolve as desigualdades educacionais entre as divisões sociais, as discrepâncias de conversão da educação em resultados de saúde e, dados os controles socioeconômicos, os desdobramentos de dimensões culturais, cognitivas e comportamentais associadas à educação. A variável renda domiciliar, por sua vez, tem papel tipicamente mediador por decorrer do emprego ou outra fonte, embora uma parte da associação possa envolver uma causalidade reversa, ou seja, o impacto negativo da pior saúde nos rendimentos. O uso de décimos de renda significa que está sendo introduzido um sentido relativo de desigualdade no efeito da variável na saúde. A renda naturalmente se conecta a fatores materiais, em particular dado o controle da educação, o que não deve alimentar a ideia simplista de que ela “compra” melhor saúde como se compra um plano de saúde. A renda é importante para saúde por estabelecer conexões mais amplas com processos e resultados implicados na saúde.

CONCLUSÃO

Ao nível mais metodológico o estudo mostrou o potencial oferecido pelo recurso à autoavaliação de saúde como variável dependente contínua, o que é bastante incomum no campo de estudos no Brasil, o que pode estimular o uso e a avaliação mais ampla desta solução. As propriedades especiais da decomposição de Gelbach, que tem atraído crescente interesse em várias áreas, foram aplicadas de forma criativa ao problema de pesquisa, na definição direcionada do modelo completo e ao dar atenção analítica e formulação plausível à parte não explicada da decomposição.

O estudo revelou a relevância e o potencial descortinado pela análise da desigualdade de saúde na ótica das interações entre classe social, raça e gênero. O ordenamento de classe se impõe em todas as categorias combinadas de status de raça e gênero. No âmbito de classe ocorrem variações na desigualdade de saúde associadas às interações dos atributos de status com a ordem de classe. Os atributos de status são comparados no modelo básico já que as desigualdades de acesso (efeito indireto) e de tratamento (efeito direto) se combinam de formas diferentes entre as categorias de raça e gênero (Figueiredo Santos, 2015). No topo social a desvantagem da mulher branca se revela bem reduzida. A mulher parda e preta no geral ostenta a maior discrepância de saúde e o homem branco a menor nos contextos de classe. A desvantagem do homem pardo e preto no geral supera a da mulher branca o que sugere que raça impacta mais na discrepância de saúde do que gênero dentro dos mesmos contextos de classe.

Ao investigar as interações entre divisões sociais na saúde, a centralidade dada ao controle de fatores socioeconômicos revelou-se frutífera. A parte da desigualdade explicada pelos quatro fatores varia entre as divisões sociais notadamente ao mostrar uma marcante padronização e heterogeneidade de gênero. O papel mediador ou de influência indireta dos fatores socioeconômicos é claramente menor entre as mulheres e maior entre os homens. Como os fatores socioeconômicos estão fortemente associados à raça ou cor parece bastante significativo que o homem pardo e preto mostre um padrão similar ao homem branco e diferente da mulher parda e preta justamente no papel mediador das variáveis socioeconômicas. Parte relevante do fenômeno foi atribuída à maior escolaridade da mulher que comprime a desigualdade mediada, ao atuar no sentido contrário da renda, o que realça o efeito direto ou não explicado na saúde da condição feminina no contexto de classe.

O desenho da investigação conjugado à aplicação do método de decomposição de Gelbach serviu para focalizar, aferir e interpretar a parte não explicada da desigualdade. A estratégia permitiu demonstrar que as divisões sociais comportam dimensões mais amplas que não se restringem aos fatores controlados. Foram sugeridas interpretações plausíveis e indicados processos visando esquadrihar e elucidar mais elos explicativos nas interações entre classe social, raça e gênero. Em termos de atributos de status, os efeitos diretos de raça e gênero que aderem à categorização social, ao implicar em penalidades de julgamento social e mecanismos de discriminação, teriam que ser incorporados ao campo de observação de modo a respaldar e ampliar a narrativa explicativa.

Editora responsável: Thays Monticelli

Recebido em 09/04/2024 | Revisado em 24/06/2024 | Aprovado em 27/06/2024

José Alcides Figueiredo Santos é professor titular (aposentado) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e professor convidado do Centro de Pesquisas Sociais da UFJF. Integra o Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFJF. Doutorou-se em sociologia no IUPERJ e realizou pós-doutorado na Universidade de Wisconsin-Madison com o sociólogo Erik Olin Wright. Desenvolve estudos com uma tipologia de classes para o Brasil. Tem diversos artigos sobre classe social, raça, gênero, saúde, renda e mobilidade social publicados nos principais periódicos de ciências sociais do país.

REFERÊNCIAS

Adler, Nancy E. & Stewart, Judith. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1183/ Issue: The Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health, p. 5-23.

Angrist, Joshua D. & Pischke, Jorn-Steffen. (2009). *Mostly harmless econometrics*. New Jersey: Princeton University Press

Annandale, Ellen. (2021). Health and gender. In: Cockerham, William C. (ed.). *The Wiley Blackwell companion to medical sociology*. Oxford: Wiley Blackwell. p. 237-257.

Arcaya, Mariana C.; Arcaya, Alyssa L. & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8/1, p. 1-12.

Bartley, Mel. (2017). *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods*. 2. ed. Cambridge: Polity.

Bartley, Mel. (2022). Measuring social position in health inequality research. In: Venkatapuram, Sridhar & Broadbent, Alex (eds.). *The Routledge handbook of philosophy of public health*. London: Routledge. p. 223-239.

Bauer, Greta R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology. *Social Science & Medicine*, 110, p. 10-17.

Bauer, Greta R. & Scheim, Ayden I. (2019). Methods for analytic intercategory intersectionality in quantitative research. *Social Science & Medicine*, 226, p. 236-245.

Bauer, Greta R. et al. (2021). Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM - Population Health*, 14: 100798.

Borrell, Carme et al. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science & Medicine*, 58/10, p. 1869-1887.

Bradby, Hannah & Nazroo, James Y. (2021). Health, ethnicity, and race. In: Cockerham, William C. (ed.). *The Wiley Blackwell companion to medical sociology*. Oxford: Wiley Blackwell. p. 258-278.

Brown, Katharine L. & Mitchell, Ojmarrh. (2023). Homeless defendants in felony court: cumulative case outcomes and

institutional bias. In: Ahlin, Eileen M. et al. (eds.). *Handbook on inequalities in sentencing and corrections among marginalized populations*. New York: Routledge. p. 8-30.

Camelo, Lidyane V. et al. (2022). Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, 38/1: e00341920.

Cockerham, William C. (2013). *Social causes of health and disease*. 2. ed. Cambridge: Polity.

Cockerham, William C. (2021). *Sociological theories of health and illness*. New York: Routledge.

Coimbra, Renan Marcelo Alves. (2023). *Divisões raciais e desigualdade de saúde no Brasil*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Cook, Cody et al. (2021). The gender earnings gap in the gig economy: evidence from over a million rideshare drivers. *The Review of Economic Studies*, 88/5, p. 2210-2238.

Cummings, Jason L. & Jackson, Pamela Braboy. (2008). Race, gender and SES disparities in self-assessed health 1974-2004. *Research on Aging*, 30/2, p. 137-167.

Donnelly, Ellen A. (2019). Do disproportionate minority contact (DMC) mandate reforms change decision-making? Decomposing disparities in the juvenile justice system. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 17/3, p. 288-308.

Farmer, Melissa M. & Ferraro, Kenneth F. (1997). Distress and perceived health: mechanisms of health decline. *Journal of Health and Social Behavior*, 38/3, p. 298-311.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2005a). Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20/58, p. 27-45.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2005b). Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. *Dados*, 48/1, p. 21-65.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2008). Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. *Dados*, 51/2, p. 353-402.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2011). Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados*, 54/1, p. 5-40.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2015). Mudanças de renda no Brasil: fatores espaciais, setoriais, educacionais e de status social. *Sociedade e Estado*, 30/3, p. 749-772.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2019). Divisões de gênero, posição socioeconômica e desigualdade de saúde no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 2/25, p. 161-187.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2020). Desigualdades e interações de classe social na saúde no Brasil. *Dados*, 63/1, p. 1-46.

Figueiredo Santos, José Alcides. (2023). Fundamentos e aplicações de uma tipologia de classes para o Brasil. In: Pompeu, João Cláudio Basso et al. (orgs.). *Dinâmica econômica, mudanças sociais e novas pautas de políticas públicas*. Brasília, DF: IPEA. p. 125-157.

Frisbie, Parker & Hummer, Robert A. (2007). Race/ethnicity, health, and mortality. In: Ritzer, George. (ed.). *The Blackwell encyclopedia of sociology*. Oxford: Blackwell. p. 3764-3768.

Gelbach, Jonah B. (2014). B1X2: module to account for changes when X2 is added to a base model with X1. <https://econpapers.repec.org/software/bocbocode/s457814.htm>. Acesso em 9 abril 2024.

Gelbach, Jonah B. (2016). When do covariates matter? And which ones, and how much? *Journal of Labor Economics*, 34/2, p. 509-543.

Glymour, M. Maria; Avendano, Mauricio & Kawachi, Ichiro. (2014). Socioeconomic status and health. In: Berkman, Lisa F.; Kawachi, Ichiro & Glymour, M. Maria. (eds.). *Social epidemiology*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press. p. 17-62.

Jylha, Marja. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69/3, p. 307-316.

Jylha, Marja. (2011). Self-rated health and subjective survival probabilities as predictors of mortality. In: Rogers, Richard G. & Crimmins, Eileen M. (eds.). *International handbook of adult mortality*. New York: Springer. p. 329-344.

Hamplová, Dana & Klusáček, Jan & Mráček, Tomáš. (2022). Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *Plos One*, 17/4: e0267115.

Idler, Ellen L. & Benyamini, Yael. (1997). Self-Rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38/1, p. 21-37.

Kananen, Laura et al. (2021). Self-rated health in individuals with and without disease is associated with multiple

biomarkers representing multiple biological domains. *Scientific Reports*, 11/1, Article number: 6139.

Krieger, Nancy. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford: Oxford University Press

Lahelma, Eero. (2007). Health and social class. In: Ritzer, George. *The Blackwell encyclopedia of sociology*. Oxford: Blackwell. p. 2086-2091

Link, G. Bruce e Jo Phelan. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*. (Extra Issue). p. 80-94.

Liu, Xing. (2016). *Applied ordinal logistic regression using Stata*. London: Sage.

Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka. (1998). Examining the continuity of self-rated health. *International Journal of Epidemiology*, 27/2, p. 208-213.

Manor, Orly & Matthews, Sharon & Power, Chris. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology*, 29/1, p. 149-157.

Myrowsky, John & Ross, Catherine & Reynolds, John. (2000). Links between social status and health status. In: Bird, Chloe E.; Conrad, Peter & Fremont, Allen M. *Handbook of medical sociology*. 5. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall. p. 47-67.

Oliveira, Fernanda Esthefane Garrides et al. (2022). Racial inequalities in multimorbidity baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, 22: 1319.

Oliveira, Fernanda Esthefane Garrides et al. (2024). Racial inequalities in the development of multimorbidity of chronic conditions results from a Brazilian prospective cohort. *International Journal for Equity in Health*, 23: 120.

Phelan, Jo & Link, Bruce G. (2015). Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annual Review of Sociology*, 41, p. 311-330.

Rebouças, Poliana et al. (2022). Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Global Health*, 10/10, e1453-e1462.

Rhemtulla Mijke & Brosseau-Liard, Patricia É. & Savalei, Victoria. (2012). When can categorical variables be treated

as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17/3, p. 354-373.

Ridgeway, Cecilia. (2011). *Framed by gender: how gender inequality persists in the modern world*. Oxford: Oxford University Press.

Schnittker, Jason. (2007). Working more and feeling better: women's health, employment and family life, 1974-2004. *American Sociological Review*, 72/2, p. 221-238.

Snead, M. Christine. (2007). Self-rated health. In: Ritzer, George. (ed.). *The Blackwell encyclopedia of sociology*. Oxford: Blackwell. p. 2085-2086.

Snead, M. Christine. (2014). Self-rated health. In: Cockerham, William C.; Dingwall, Robert & Quah, Stella R. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Szwarcwald, Célia Landmann et al. (2005). Socio-demography determinants of self-rated in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21/suppl 1, p. 54-64.

Williams, Richard. (2017). Margins: combined and separate variables generate different results? *Forums for Discussing Stata*, Postagem em 7 set. 2017. <https://www.statalist.org/forums/forum/general-stata-discussion/general/1409447>. Acesso em 9 abril 2024.

Young, Joseph T. (2007). Social causation of disease. In: Ritzer, George (ed.). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Oxford: Blackwell. p. 1184-1187.

INTERAÇÕES DE CLASSE SOCIAL, RAÇA E GÊNERO NA SAÚDE NO BRASIL

Resumo

A desigualdade de saúde no Brasil é investigada na ótica das interações entre classe social, raça e gênero. O desenho da investigação se beneficia do potencial analítico da decomposição de Gelbach para oferecer uma contribuição diferenciada ao campo de estudos no Brasil. Dados da PNS de 2019 são usados para qualificar a parte explicada e não explicada da desigualdade entre divisões sociais que se dá por elos socioeconômicos. Nos contrastes de classe a desvantagem de saúde ajustada por idade seria maior para raça do que para gênero, maior para a mulher parda e preta e menor para o homem branco. O papel dos fatores socioeconômicos mostra uma marcante heterogeneidade de gênero. As divisões sociais revelam influências mais amplas que não se restringem à parte explicada por educação, renda, território e recursos do domicílio. São sugeridas interpretações dos padrões observados e indicados processos visando esquadrihar e elucidar mais elos explicativos.

Palavras-chave

Desigualdade de saúde;
Determinantes sociais da saúde;
Divisões sociais;
Interações de classe, Raça e gênero;
Decomposição de Gelbach.

INTERACTIONS OF SOCIAL CLASS, RACE AND GENDER IN HEALTH IN BRAZIL

Abstract

Health inequality in Brazil is investigated from the perspective of interactions between social class, race and gender. The research design benefits from the analytical potential of the Gelbach decomposition to offer a differentiated contribution to the field of studies in Brazil. Data from the 2019 PNS are used to qualify the explained and unexplained part of the inequality between social divisions that occurs through socioeconomic links. In class contrasts, the age-adjusted health disadvantage would be greater for race than for gender, greater for brown and black women and smaller for white men. The role of socioeconomic factors shows marked gender heterogeneity. Social divisions reveal broader influences that are not restricted to the part explained by education, income, territory and household resources. Interpretations of the observed patterns are suggested and processes are indicated to investigate and elucidate further explanatory links.

Keywords

Health inequality;
Social determinants of health;
Social divisions;
Class, race and gender interactions;
Gelbach decomposition.