



Dados - Revista de Ciências Sociais

ISSN: 0011-5258

[dados@iesp.uerj.br](mailto:dados@iesp.uerj.br)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Brasil

Alcides Figueiredo Santos, José  
Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil  
Dados - Revista de Ciências Sociais, vol. 54, núm. 1, 2011, pp. 5-40  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21819114001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil\*

José Alcides Figueiredo Santos

Professor associado na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: [josealcidesf@yahoo.com.br](mailto:josealcidesf@yahoo.com.br)

A sociedade brasileira é profundamente atravessada por desigualdades duráveis geradas por fatores ou princípios que ordenam a vida social. Estas divisões sociais representam formas estruturadas de controle de recursos e de interação social que estabelecem assimetrias de poder social e de oportunidades de vida (Payne, 2000). As divisões raciais como são conhecidas hoje emergiram como um produto histórico da expansão da sociedade capitalista moderna. Marcante princípio de organização social, o *status* racial atribuído aos grupos sociais, entre outras consequências importantes, influencia a distribuição assimétrica da saúde, do adoecimento e do risco fatal. As desigualdades raciais em saúde, no entanto, têm sido pouco estudadas no país (Chor e Lima, 2005). Este trabalho investiga os padrões sociais, as mediações socioeconômicas e as relações condicionais que caracterizam as discrepâncias raciais de saúde no Brasil.

Nesta parte introdutória descreve-se a organização geral do texto e são apontadas as questões centrais do trabalho. Na preparação do quadro teórico da investigação o trabalho situa a noção de raça que informa o estudo e demarca analiticamente tanto a sua especificidade quanto o nexos tipicamente forte entre raça e classe. Apresenta-se no tópico

---

\* Este estudo beneficiou-se de um auxílio de pesquisa e de uma bolsa de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

José Alcides Figueiredo Santos

“Raça e Desigualdade de Saúde” uma revisão sistemática do estado da arte particularmente da literatura sociológica que serve para embasar as questões centrais da pesquisa. Destaca-se a importância de clarificar os componentes dos arranjos raciais que se traduzem em discrepâncias de saúde entre os grupos, pois não existe nenhum elo essencial entre raça e saúde. As evidências estabelecidas na literatura servem para enfatizar o papel fundamental dos fatores socioeconômicos na constituição da desigualdade racial de saúde. A força da dimensão socioeconômica na associação entre raça e saúde tem como corolário a elevada desigualdade racial de acesso aos recursos socialmente valiosos e às posições na estrutura social. De outro lado, pondera-se que a mediação socioeconômica não responde integralmente pelas diferenças de saúde entre os grupos raciais. As divisões raciais geram efeitos adicionais na saúde que independem das diferenças socioeconômicas entre os grupos. Além disso, enfatiza-se o papel da conjunção de ambas divisões sociais na geração de relações condicionais e efeitos interativos na saúde. São mencionadas, concluindo este tópico, as evidências colhidas nos poucos estudos prévios aproximadamente similares no Brasil.

A investigação conduzida visa caracterizar e aprofundar o conhecimento da desigualdade de saúde associada à constituição de categorias raciais no Brasil. O eixo de análise do trabalho é introduzido preliminarmente com a apresentação das distribuições percentuais e comparativas do estado de saúde nas interseções de classe e raça. Na parte principal do estudo examina-se primeiramente o papel de raça como uma condição pré-fundamental na associação que se estabelece entre a posição socioeconômica e o estado de saúde. Estima-se depois a distância total nas chances raciais relativas de apresentar um estado de saúde negativo. A partir daí, investiga-se o papel mediador de classe social e outros componentes socioeconômicos no estabelecimento das manifestações da desigualdade racial de saúde. Por fim, são exploradas as interações entre classe social e raça objetivando aferir a interferência do contexto de classe na modulação do efeito de raça nas chances de saúde.

As divisões sociais são teoricamente entendidas como *ordenamentos geradores de efeitos* que exercem *poderes causais* sobre as *capacidades* e as *chances de vida* das pessoas, isto é, sobre os conjuntos viáveis de escolhas e as possibilidades reais de alcançar estados de existência valorizados. As divisões sociais representam os *fundamentos* dos processos

de constituição das desigualdades sociais, ou seja, os *fatores estruturais* (meios, direitos, riscos e oportunidades), as *redes interpessoais* (processos de encontro, imposição, negociação e transferência) e os *fatores culturais* (identidades, conhecimentos, valores e normas) cujas operações condicionam o *poder social* e o *estado de existência* dos membros dessas categorias sociais (Therborn, 1999; Tilly, 1998; Sen, 2001).

As divisões de raça constituem grupos sociais tipicamente definidos pelos “outros” como distintos em virtude de características físicas supostamente inerentes e consideradas comuns aos seus membros. Estas demarcações entre categorias tornam-se socialmente relevantes ao serem usadas para interpretar experiências, formar relações sociais, e organizar a ação individual e coletiva. Os grupos brancos têm exercido predominantemente o poder de fazer designações raciais, organizar a vida social em termos raciais, e associar um valor “inferior” às demais categorias. As divisões raciais assim constituídas quase sempre envolvem relações de poder entre os grupos num sentido mais material (Cornell e Hartmann, 1998:15-38). As divisões raciais quase sempre estão vinculadas às formas de injustiça econômica e desigualdade social, embora em termos lógicos as classificações raciais impliquem apenas o reconhecimento de diferenças. Ao instituírem assimetrias de poder e bem-estar social, as divisões raciais podem ser sinteticamente definidas como formas de ordenamentos sociais vinculadas à ascendência biológica, caracterizadas tipicamente por determinadas marcas físicas, em que uma categoria é estigmatizada como inferior e submetida a alguma modalidade de exclusão social. Os elos geralmente estreitos entre classe social e raça emergem do fato de ambas as divisões sociais envolverem processos de exclusão do controle de recursos econômicos relevantes. Constitui-se a partir deste componente comum o vínculo entre as exclusões centradas em classe, enraizadas em direitos de propriedade, e as exclusões racializadas, vinculadas à ascendência biológica. As classificações raciais, de modo diferente das classificações étnicas ou de identidade cultural, tornam-se particularmente salientes na vida das pessoas na medida em que estão ligadas às formas de opressão socioeconômica (Wright, 2009; Wright e Rogers, 2010).

### RAÇA E DESIGUALDADE DE SAÚDE: FUNDAMENTOS, MEDIAÇÕES E INTERAÇÕES

As desvantagens socioeconômicas e raciais afetam amplamente a distribuição das formas existentes de doença, assim como se associam aos

José Alcides Figueiredo Santos

fatores de risco comportamentais, sociopsicológicos e ambientais que produzem estas doenças (House e Williams, 2000:116). Sabe-se que as doenças e condições crônicas, que constituem o regime dominante de adoecimento nas sociedades contemporâneas, são clinicamente reconhecidas no geral quando se ingressa na idade madura. O desenvolvimento muitas vezes despercebido do adoecimento é afetado pelas circunstâncias de toda a vida que estão relacionadas tanto ao status socioeconômico quanto à raça (Grimmins, Hayward e Seeman, 2004:315). Entretanto, os traços biológicos supostamente inerentes aos grupos definidos pelas categorias raciais representam marcadores imprecisos de exposição e vulnerabilidade a doenças. As características fenotípicas usadas para definir raça não estão fortemente relacionadas aos traços genotípicos. Além disso, os genes que determinam os atributos físicos usados para definir raça não estão sistematicamente ligados àqueles que podem determinar variações no estado de saúde. É necessário ter um entendimento sociológico do que as categorias raciais capturam para identificar os fatores de exposição e vulnerabilidade que podem conduzir determinados grupos raciais à saúde ruim (Williams, 1997:323 e 331). Não existe nada de inevitável, ou inerente, em ser negro, etc, e em estar em maior risco de mortalidade e saúde. Por sinal, marcadores biológicos de risco e fatores comportamentais são consideravelmente menos importantes do que a posição socioeconômica para explicar os diferenciais de mortalidade entre negros e brancos. Estudos etiológicos convencionais carregam um grande potencial ou risco de racializar as desigualdades de saúde ao dirigirem a atenção para os marcadores biológicos de risco e para os fatores comportamentais de ordem cultural (Nazroo e Williams, 2005; Nazroo, 2003). Raça em si não pode ser invocada como uma explicação autoevidente de padrões de saúde. Raça denota relações entre categorias de pessoas e não qualidades essenciais possuídas pelos indivíduos. As divisões raciais constituem esquemas ou modelos de experiência incorporada nos atores que demarcam processos sutis de identificação e podem criar fronteiras duras entre categorias. Formam-se então arranjos raciais extremamente complicados, em termos potenciais, de fatores materiais, sociais e psicológicos que se distribuem, quando não covariam, entre grupos racialmente definidos (Smaje, 2000:115-116).

A saúde está socialmente incorporada nas condições mais amplas em que as pessoas e os grupos vivem e trabalham. Raça representa um *status* principal (*master status*), ou seja, um determinante central tanto do acesso a recursos e recompensas quanto de obrigações e regras sociais.

Apresenta-se nesta condição como uma categoria sociológica importante para entender as variações de saúde. Como uma categoria criada por forças e instituições sociais de larga escala, raça reflete a confluência de fatores biológicos, origens geográficas, cultura, fatores econômicos, políticos e legais, assim como racismo. Categorias raciais têm historicamente articulado a dominância dos brancos sobre os grupos definidos como não brancos. Categorias de status social envolvem assimetrias de recursos e exposições diferenciadas a fatores de risco que afetam a saúde através de caminhos biológicos (Williams, 1997:325-327). Raça representa um conjunto de relações sociais que forma um subconjunto da estrutura de um sistema social. A associação entre raça e saúde traduz a exposição cumulativa à discriminação econômica, ideologia racial e exclusão política. A organização de relações de classe racializadas é parte fundamental da trajetória causal pela qual raça afeta a saúde (Muntaner, 1999; Oliver e Muntaner, 2005). Etnia enquanto identidade não parece estar relacionada à saúde, ao passo que etnia como estrutura, em termos de racialização e experiência de classe, está fortemente associada à saúde nas minorias étnicas da Inglaterra (Kalsen e Nazroo, 2002). Nos Estados Unidos a influência social da categorização racial não se deve propriamente às diferenças de práticas e crenças de ordem cultural, mas aos processos impostos socialmente de estigmatização e marginalização que possuem consequências para todos os aspectos da vida (Williams *et alii*, 2010:70).

Estudos conduzidos nos Estados Unidos e na Inglaterra, no geral, mostram que a posição e a circunstância socioeconômicas são importantes razões subjacentes às diferenças raciais e étnicas constadas nas estatísticas de saúde. Além disso, as diferenças de saúde entre grupos raciais e étnicos não seriam tão claras e consistentes como as diferenças socioeconômicas. As desigualdades raciais em saúde podem ser entendidas melhor dentro de um modelo de desigualdade socioeconômica, ou seja, em que membros de diferentes grupos são situados dentro das estruturas sociais, em vez de representarem basicamente diferenças culturais e biológicas (Bartley, 2004:149-163). Embora as diferentes variáveis socioeconômicas tenham efeitos independentes na saúde, elas tendem a se agrupar e a reforçarem-se umas às outras. Este padrão convergente mais amplo das desigualdades socioeconômicas responde pelo seu impacto fundamental nas desigualdades de saúde (Annandale e Field, 2007:57). Diferenças socioeconômicas entre as raças respondem por muito das diferenças raciais em saúde. Quando as disparidades raciais em saúde são ajustadas estatisticamente por

José Alcides Figueiredo Santos

*status* socioeconômico estas diferenças sempre se reduzem substancialmente quando não são eliminadas em determinados casos (Williams e Collins, 1995:364). As diferenças de saúde mental entre grupos raciais são igualmente reduzidas e às vezes eliminadas ao serem controladas as discrepâncias de *status* socioeconômico. Este fator também prevê variações de saúde mental dentro dos grupos raciais (Williams e Harris-Reid, 2006:309). As diferenças entre grupos étnico-culturais no Canadá, por exemplo, são ao menos em parte atribuíveis aos componentes estruturais e comportamentais, mas a extensão em que isso ocorre varia entre e dentro dos grupos (Kobayashi, Prus e Lin, 2008). As desigualdades sociais mais amplas formam as causas básicas das discrepâncias raciais, cuja influência vai além dos mecanismos intervenientes específicos que predominam num momento. Além disso, existe uma clara padronização socioeconômica da saúde dentro dos grupos étnicos e raciais nos países industrializados. Um grupo racial subordinado não está, por isso, uniformemente em desvantagem em termos de saúde, pois aqueles em melhor posição socioeconômica têm melhor saúde (Nazroo e Williams, 2005; Nazroo, 2003).

A posição socioeconômica é parte da trajetória causal através da qual raça afeta a saúde. Num certo sentido, raça precede a posição socioeconômica no encadeamento causal, sendo que esta atua como um fator interveniente ou mediador do efeito de raça. As diferenças socioeconômicas entre os grupos raciais refletem, em parte, o impacto da exclusão ou subordinação socioeconômica produzida por estruturas sociais de larga escala (Williams, 1997:229). As diferenças socioeconômicas entre os grupos étnicos e raciais não devem ser vistas como algo autônomo, pois as divisões raciais e o racismo são forças sociais que jogam papel central na estruturação das desvantagens enfrentadas por estes grupos (Nazroo, 2003:282). Como todos os indicadores socioeconômicos são fortemente padronizados por raça, não deveria surpreender o fato de uma grande parte da disparidade racial em saúde ser explicada em termos de desvantagem socioeconômica (House e Williams, 2000; Williams *et alii*, 2010:74). Raça contribui para moldar o modo como as pessoas são vinculadas à estrutura de classe. Ela afeta a distribuição das pessoas às posições de classe, através do acesso aos recursos relevantes, ao acionar processos de discriminação alocativa, quando não gera exclusões diretas. Além disso, raça condiciona vários vínculos indiretos das pessoas às posições de classe, via relações de parentesco, família e comunidade (Figueiredo Santos, 2005a). Estudos que tratam variáveis endógenas à padronização da desigualdade como se fossem

exógenas consagram e alimentam uma prática teórica e empiricamente pouco consistente. Determinados indicadores sociais e econômicos devem ser tratados tanto como resultados quanto como causas da desigualdade racial. Eles estão inextricavelmente associados ao papel que raça tem tido e continua a ter como um princípio fundamental de organização da vida social (Reskin e Charles, 1999:389-393).

Classe social, educação e renda, no entanto, não parecem dar uma resposta global para as diferenças de saúde constatadas entre os grupos raciais e étnicos. As desigualdades raciais e étnicas em saúde aparecem em diferentes lugares por diferentes razões na história, razões que estão vinculadas às forças econômicas e políticas, por isso, as experiências desses grupos não podem ser inteiramente capturadas em termos de diferenças de renda, classe social e condições de vida em um ponto singular no tempo (Bartley, 2004:149-163). Raça tem efeitos na saúde que são independentes das diferenças socioeconômicas entre os grupos raciais. Os negros exibem piores resultados em saúde mesmo quando comparados a brancos com níveis estatisticamente equivalentes de posição socioeconômica. Os latinos nos Estados Unidos têm melhor status de saúde que os negros dentro dos níveis diferenciados de status socioeconômico (House e Williams, 2000:88 e 98; LaVeist, 2005:177). Diferenças raciais frequentemente persistem após ajustamento por posição socioeconômica; além disso, para alguns indicadores de status de saúde, as diferenças raciais aumentam com o aumento da posição (Williams, 1997:329).

Raça e status socioeconômico são sistemas de desigualdade relacionados, porém não intercambiáveis. Embora exista uma considerável sobreposição entre raça e posição socioeconômica, um entendimento pleno das diferenças raciais em saúde exige a incorporação do papel do racismo e da discriminação institucional na sociedade e na saúde. O efeito mais pernicioso do racismo no status econômico dos negros não seria tanto através dos comportamentos dos indivíduos, mas devido a processos institucionais de ampla escala que muitas vezes não são reconhecidos ou são negligenciados. Além dos efeitos indiretos na saúde, através da posição socioeconômica, as exposições à discriminação e ao racismo podem também afetar diretamente a saúde através do ambiente social e do acúmulo de adversidades em múltiplos domínios e aspectos, tais como residência em bairros pobres, viés racial no serviço de saúde, estresse advindo de experiências de discriminação ou do estigma social geral de inferioridade. As experiências de discriminação



José Alcides Figueiredo Santos

podem ser parte importante do estresse experimentado subjetivamente, que é capaz de afetar adversamente a saúde (House e Williams, 2000; Williams, 1997, 1999, 2001, 2004 e 2005). O estresse associado ao pertencimento a um grupo racialmente desvantajoso tem um efeito separado e adicional na saúde além daquele estresse derivado da condição socioeconômica (Barr, 2008:161).

Problemas de conceituação e mensuração complicam a investigação da relação entre raça e posição socioeconômica na produção de resultados de saúde. Pode existir uma não-equivalência entre os grupos raciais das medidas de posição socioeconômica; persiste uma conceituação insuficiente da relação entre raça e posição estrutural; a posição socioeconômica pode não estar sendo caracterizada adequadamente; por fim, existe a contribuição de formas não econômicas de discriminação racial (Williams, 1997:329). Embora a renda domiciliar seja um importante preditor geral de saúde autoavaliada, a renda apenas moderadamente ajuda a explicar as disparidades de gênero e raça de saúde (Cummins e Jackson, 2008:155). Além disso, como os diferentes domínios da posição socioeconômica têm efeitos independentes, não basta controlar por uma única medida, pois componentes residuais podem ser inadvertidamente interpretados como efeitos diretos de raça (Adler e Rehkopf, 2008:239). Os indicadores socioeconômicos disponíveis podem não ser marcadores adequados das circunstâncias sociais. O uso de um único indicador agrava o problema de resíduo de efeito não capturado devido a este problema de mensuração. Além disso, estes indicadores têm correspondências e alcances diferentes entre os grupos raciais. Em determinado nível de renda, posição ocupacional e escolaridade, os negros estão em desvantagem em outros domínios em comparação aos brancos (Smith, 2000:1695-1696). A riqueza varia fortemente entre os grupos raciais, mais do que a renda, e varia mesmo entre grupos com níveis semelhantes de renda. Altos níveis de riqueza estão consistentemente associados com mortalidade decrescente e, geralmente, embora não invariavelmente, com melhor autoavaliação de saúde, saúde funcional e menos doenças crônicas. A desconsideração da variável riqueza pode subestimar a contribuição do status socioeconômico para a saúde, ao se estudar a origem das disparidades raciais ou étnicas de saúde (Pollack *et alii*, 2007). Argumenta-se que no limite seria impossível separar estatisticamente os efeitos de raça e socioeconômicos porque eles estão muito entrelaçados. Além disso, educação, renda e riqueza podem não ser representações adequadas de todos os aspectos do status socioeconômico. Os valores médios desses indica-

dores também variam consideravelmente por raça. Entretanto, como as distribuições geralmente se sobrepõem, alguns dos efeitos de raça e status socioeconômico podem ser separados através da abordagem de controle estatístico (Grimmins, Hayward e Seeman, 2004:326-327).

Cresce na literatura sociológica a defesa de uma agenda de pesquisa que aborde os efeitos específicos e conjuntos de classe e raça na saúde. O entendimento da desigualdade em saúde não pode se limitar à definição da importância relativa de raça ou classe, mas passa pela consideração de como raça e classe operam, tanto como efeitos principais quanto condicionalmente. Muito da literatura sobre diferenças raciais no status de saúde não utiliza a abordagem de interação para examinar efeitos condicionais. Tem sido documentado que pessoas negras experimentam retornos decrescentes sobre os recursos que obtêm, como a educação (Farley, 1984). Aplicada à saúde a hipótese dos retornos decrescentes especifica que as diferenças entre negros e brancos são maiores nos níveis superiores de status socioeconômico. A análise da interação entre posição socioeconômica e raça mostra que, na medida em que se eleva a posição socioeconômica, os negros não experimentam a mesma melhoria de autoavaliação de saúde que os brancos (Farmer e Ferraro, 2005:192 e 201). A focalização estanque das disparidades entre as categorias sociais, sem considerar a sua interação com classe social, gera perdas de referência para o entendimento de como as estruturas econômicas, sociais, políticas e culturais moldam diferencialmente os padrões raciais de saúde (Carpiano, Link e Phelan, 2008:256). Diferenças raciais em saúde autoavaliada são mais pronunciadas em níveis mais elevados de educação. Constatase por outro lado que a educação é um recurso protetor de saúde muito mais importante para o homem negro do que para outros grupos (Cummings e Jackson, 2008:155). Estudo sobre saúde mental mostra também que a relação entre raça e status socioeconômico não é simples nem direta, pois há uma robusta interação entre os dois fatores. Além disso, a associação entre estes fatores varia de modo importante por gênero (Williams e Harris-Reid, 2006:309). A análise da desigualdade racial em saúde deve contemplar o entendimento da vulnerabilidade múltipla e as consequências que advêm da combinação aditiva e interativa de raça com outras categorias de status social (Williams, 1997). Os pesquisadores estão cada vez mais buscando entender como o *status* socioeconômico e raça funcionam conjuntamente e independentemente para afetar a saúde (Adler e Rehkopf, 2008:239).

José Alcides Figueiredo Santos

*Estudos Prévios no Brasil.* Tendo em vista os objetivos da presente investigação, focaliza-se aqui apenas uma revisão seletiva de estudos populacionais de abrangência nacional que tratam dos determinantes raciais da distribuição da morbidade em geral, com ênfase na autoavaliação do estado de saúde, e não de doenças específicas. Estatísticas demográficas disponíveis apontam que no Brasil os não brancos têm uma esperança de vida significativamente menor e taxas de mortalidades maiores que os brancos em um amplo conjunto de doenças (Brasil-Funasa, 2005:24-25). O tratamento de dados de registros oficiais demonstra que as categorias raciais estão associadas a variações na distribuição da mortalidade no Brasil. Evidências procedentes de estudos de grupos e problemas específicos sugerem que as diferenças socioeconômicas são as principais responsáveis pelas desigualdades raciais de saúde no país. O estudo das inter-relações entre classe social e raça é apontado na área de epidemiologia como um “caminho mais promissor” (ou seja, a ser explorado) para a investigação e intervenção nas desigualdades de saúde no Brasil (Chor e Lima, 2005).

Estudo da desigualdade de saúde entre a população adulta brasileira, conforme a cor, utiliza dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 para demonstrar a existência de diferenças marcantes no estado geral de saúde autoavaliada entre brancos e não brancos. Considerável parte das diferenças raciais de saúde mostra-se mediada pelo status socioeconômico, como medido pelos critérios de renda familiar e escolaridade. Além disso, o estudo constata que as diferenças entre os grupos de cor diminuem com a idade e aumentam com o nível socioeconômico. As diferenças raciais ficam mais pronunciadas entre indivíduos com melhor escolaridade e renda familiar (Barata *et alii*, 2007). Entretanto, na consideração deste último resultado, o trabalho demonstra uma insuficiente consciência teórica e estatística de estar olhando para evidências de efeitos interativos entre raça e posição socioeconômica. Em vez de qualificar a influência do contexto socioeconômico, ou chamar a atenção para a variabilidade do efeito de raça, sugere genericamente que o fenômeno observado reflete “as consequências da discriminação existente na sociedade brasileira”.

## PROPOSIÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS DE ANÁLISE

*Proposições da investigação.* Num primeiro momento será investigado o papel de raça como uma variável antecedente na relação entre as posi-

ções de classe social e o estado de saúde. Raça afeta o modo como os indivíduos são distribuídos ou alocados na estrutura social e têm acesso a recursos valiosos (Figueiredo Santos, 2005a). Neste sentido pode atuar como uma condição pré-fundamental na associação que se estabelece entre a posição socioeconômica e o resultado de saúde. Esta proposição pode ser testada examinando mudanças na força do efeito da posição socioeconômica nas chances de saúde quando a variável potencialmente antecedente é introduzida no modelo estimado (Buse, 2009:28). Pretende-se, num segundo momento, testar a hipótese de que as diferenças de classe entre os grupos raciais explicam uma parte substancial das disparidades observadas em saúde associadas à raça, mas que persiste, ainda assim, um ponderável efeito direto de raça, não mediado por classe e outros fatores socioeconômicos. Por fim, mas não menos importante, será investigada a proposição de que os efeitos de classe social e de raça, na produção de disparidades em saúde, não são meramente aditivos, de modo que o efeito de raça varia conforme o contexto de classe ou, simetricamente, o efeito de classe varia a depender do grupo racial.

*Base de dados e ajuste ao desenho complexo da amostra.* O estudo utiliza os microdados da PNAD, do ano de 2008, cujo suplemento especial investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. A análise de levantamento de dados (*survey*) é conduzida muitas vezes como se todas as observações da amostra fossem independentemente selecionadas com iguais probabilidades. Entretanto, na prática, a seleção amostral desvia-se desses pressupostos. Qualquer levantamento de dados que se distancie da amostragem aleatória simples com reposição possui um desenho complexo, e requer considerações analíticas especiais. O desenho complexo da amostra afeta as estimativas dos erros padrões e, portanto, deve ser incorporado à análise (Lee e Forthofer, 2006). A PNAD adota um plano amostral estratificado e conglomerado com um, dois ou três estágios de seleção, a depender do estrato. Incorpora todos os elementos que definem um plano amostral complexo: estratificação, conglomeração, probabilidades desiguais de seleção e ajustes dos pesos amostrais. Os dados gerados não podem ser tratados como se fossem observações independentes e identicamente distribuídas (Silva, Pessoa e Lila, 2002). Os modelos estatísticos foram implementados usando as capacidades especiais do programa Stata, versão 11, para a análise de levantamentos de dados complexos, incorporadas no comando *svy*.

José Alcides Figueiredo Santos

*Variável dependente.* O estudo focaliza a existência de discrepâncias raciais na distribuição da autoavaliação do estado de saúde da pessoa. Tal indicador possui a vantagem de capturar a saúde média da população, em vez da prevalência de condições específicas ou de alto risco. Além do mais, mostra-se associado a múltiplos fatores sociais de risco à saúde e é útil para as necessidades de avaliação e intervenção de saúde pública (Borrell *et alii*, 2004:1872). A autoavaliação do estado de saúde é provavelmente a medida de estado de saúde mais acessível, abrangente e informativa em estudos populacionais, que captura dimensões da saúde que não são apreendidas por questões mais detalhadas e dirigidas (Jylha, 2009:313).

A análise da desigualdade de saúde baseada na autoavaliação de saúde apresenta problemas de validade de conteúdo e de validade de critério. Vários estudos mostram que esta medida está associada com indicadores objetivos de morbidade e mortalidade. A literatura internacional considera este um indicador poderoso de saúde. Existe uma consistência entre diversos estudos que lhe atribuem a qualidade de relevante fator de predição de risco de mortalidade, particularmente para o homem (Idler e Benyamini, 1997; Payne, 2006:69-75). Entretanto, cabe também considerar se as categorias de julgamento especificadas envolvem uma avaliação de dimensões semelhantes de saúde para diferentes grupos raciais e étnicos. A associação da autoavaliação com medidas de morbidade é um modo de investigar o significado da medida subjetiva. Uma investigação baseada em dados ingleses sugere que a associação entre saúde autoavaliada e medidas de morbidade não diferem significativamente de um grupo étnico para outro. Os resultados validam o uso de uma medida única de saúde para avaliar discrepâncias no estado de saúde entre diferentes grupos étnicos (Chandola e Jenkinson, 2000). Supõe-se que a aplicação desta medida aos dados nacionais se beneficie de uma validade de critério ainda maior tendo em vista que as categorias raciais no Brasil não envolvem distinções culturais relevantes, ao contrário dos grupos étnicos ingleses, como negros caribenhos, indianos, paquistaneses etc.

A variável dependente foi tratada como uma variável binária com o objetivo de lidar com a distribuição assimétrica das respostas de autoavaliação do estado de saúde (Miech e Hauser, 2001:79). Além disso, a partição realizada na saúde “não boa” demarca melhor o grupo que tem mais probabilidade de experimentar problemas de saúde ou mesmo morte nos anos que se seguem a esta avaliação (Chandola e Jenkinson,

2000:158). Por fim, existem evidências de subestimação das respostas mais negativas sobre autoavaliação do estado de saúde na PNAD, o que pode ter relação com a ordem em que esta questão aparece no questionário. A pergunta sobre autoavaliação do estado de saúde abre a parte sobre características de saúde dos moradores, antes das pessoas serem inquiridas sobre os seus problemas de saúde específicos. O Inquérito Mundial de Saúde realizado em 2003 no Brasil, que colocou uma questão similar numa ordem diversa da PNAD, registrou 9% de pessoas com autoavaliação do estado de saúde ruim ou muito ruim, contra apenas 4,3% da PNAD do mesmo ano, para aqueles que têm 14 anos ou mais de idade (Dachs e Santos, 2006:893). Apesar desses alertas, a PNAD de 2008 manteve a questão no mesmo lugar tradicional. A opção pela forma binária da variável dependente, com recorte na saúde “não boa”, permite contornar este problema de mensuração<sup>1</sup>.

*Variável independente focal.* As divisões raciais estão sendo mensuradas conforme a opção de “cor ou raça” do informante em relação às cinco categorias admitidas pelo IBGE, quais sejam, branco, preto, amarelo, pardo e indígena. A desigualdade racial é analisada em termos do contraste entre “não branco” (parado e preto), que forma a categoria designada código 1, e branco, que compõe a categoria de referência código 0, em todos os modelos estimados. As discrepâncias na autoavaliação de saúde entre pardos e pretos mostraram-se estatisticamente não significativas num modelo logístico com os controles de gênero, idade, informante e região<sup>2</sup>. Além disso, como o estudo está interessado em analisar a dimensão socioeconômica da desigualdade racial de saúde, esta escolha se ajusta melhor ao fato do recorte entre branco e não branco retratar o eixo da divisão racial de recompensas no Brasil (Figueiredo Santos, 2005b). A exclusão das categorias amarelo e indígena evita que as características específicas destes grupos interfiram na análise do divisor fundamental da desigualdade racial no país. Os dois grupos abarcam apenas 0,9% dos casos para os quais existem informações socioeconômicas plenas. Grupos muito pequenos podem gerar dados esparsos em certos cruzamentos entre as variáveis independentes e comprometer em particular as estimativas dos efeitos interativos.

*Variáveis independentes de controle.* A variável idade foi mensurada ao nível intervalar e varia de 18 a 64 anos na amostra, com média 36,6 e desvio padrão 12,0 anos. Gênero foi incluído da forma usual. Criou-se uma variável binária para controlar o uso pela PNAD de respondente

José Alcides Figueiredo Santos

substituto para informar o estado de saúde da pessoa<sup>3</sup>. A variável macroregião diferencia Sudeste, Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Na classificação socioeconômica utilizada, a noção de classe é definida e mensurada basicamente em termos de relações de propriedade, ou seja, direitos e poderes sobre vários tipos de ativos produtivos (Figueiredo Santos, 2005b). As variáveis binárias construídas para a análise especificam as categorias de classe de capitalista, pequeno empregador, especialista autônomo, autônomo com ativos, autônomo agrícola, empregado especialista, gerente, empregado qualificado, supervisor, trabalhador típico, autônomo precário, empregado doméstico e trabalhador elementar.

As variáveis independentes de natureza socioeconômica e educacional foram mensuradas usando o mesmo número de categorias (dez), com o objetivo de minimizar o impacto da existência de diferentes escalas e unidades de mensuração nas estimativas ajustadas. Educação foi mensurada em termos de categorias de anos de estudo completos, em vez de variável contínua, considerando a existência de uma relação não linear entre educação e saúde, pois determinados pontos da distribuição educacional, como a aquisição de escolaridade superior, contribuem mais para as diferenças de saúde (Herd, Goesling e House, 2007:229-230; Backlund, Sorlie e Johnson, 1999). Dez categorias foram criadas para representar transições importantes na aquisição de credenciais educacionais no Brasil: não sabe ler e escrever, nenhum ano de estudo completo, porém sabe ler e escrever, um a três anos, quatro anos, cinco a sete anos, oito anos, nove a dez anos, onze anos, educação superior incompleta e educação superior completa.

Baseados nos décimos da renda familiar *per capita* foram construídos dez grupos de renda relativa. Medidas de renda sob a forma categórica são consideradas mais apropriadas, pois refletem a relação não linear entre renda e saúde, em que a maior parte da relação está concentrada na base inferior da distribuição da renda (Herd, Goesling e House, 2007:229-230; Backlund, Sorlie e Johnson, 1999). Foi construído um indicador de riqueza computando os bens disponíveis no domicílio. O indicador mensura a presença ou ausência da propriedade do domicílio, carro, água encanada (*proxy* de padrão inferior de moradia), telefone fixo, geladeira, geladeira de duas portas, freezer, computador, telefone celular e máquina de lavar. Foi atribuído um peso a cada item baseado no complemento da sua frequência relativa apurada em



toda a amostra, de modo a aumentar o peso dos itens mais escassos (Szwarcwald *et alii*, 2005:S55-S56). O índice de bens varia na amostra de zero a 4,7, com média 1,9 e desvio padrão 1,3, e foi transformado em 10 categorias baseadas nos décimos da sua distribuição por motivo de ajuste com os outros indicadores socioeconômicos.

*Tratamento dos efeitos interativos.* Diferentemente do coeficiente de X em um modelo linear aditivo, os efeitos de X em Y não são constantes em um modelo interativo; variam dependendo dos coeficientes de X e XZ, assim como do valor de Z. No modelo interativo, o efeito de X fornece o efeito estimado da mudança em uma unidade de X, mantendo a variável Z fixa em 0. Quando são construídos termos interativos entre variáveis binárias, como classe social e raça, a interpretação dos coeficientes estimados exige menos trabalho, pois o efeito condicional ao valor 0 refere-se naturalmente à categoria de referência (omitida) da outra variável que compõe o termo interativo (Kam e Franzese, 2007:18-27). Na perspectiva da presente investigação, raça representa a variável independente focal qualitativa; classe, a variável moderadora qualitativa. A análise das variações das chances relativas do grupo racial, a depender das categorias de classe, utilizará a estratégia de “recodificação das variáveis binárias”, em que são realizados sucessivos recálculos da equação de regressão e produzidas as estatísticas relevantes, após a especificação de cada categoria de referência de interesse (o efeito condicional ao valor 0) (Jaccard e Turrisi, 2003:55-60).

*Estratégia de Análise.* Modelos de regressão logística múltipla são estimados para determinar a relação entre a categoria racial e o estado de saúde “não bom”. Estima-se como padrão de referência um modelo inicial ou básico, cujos controles estão em todos os modelos subsequentes, que ajusta os efeitos de raça por idade, gênero e informante do estado da saúde (pessoa ou outra). O modelo inclui macrorregião de residência na análise de raça como variável antecedente e quando são considerados os efeitos interativos entre classe e raça. Os efeitos de raça são apresentados na forma de chances relativas (*odds ratio*) ajustadas. Devido à facilidade de interpretação as chances relativas (*odds ratio*) são o parâmetro de interesse na regressão logística. Esta medida equivale ao número pelo qual se multiplica a chance da variável dependente ocorrer (ter saúde não boa) para cada aumento de uma unidade da variável independente. Em se tratando de variáveis binárias, o aumento de uma unidade corresponde à mudança de 0 (zero) a 1 (um) e equivale a ser membro da categoria designada, codificada como 1



José Alcides Figueiredo Santos

(um). Na análise das chances relativas (*odds ratio*) a ocorrência do valor multiplicativo 1 (um) representa ausência de associação estatística. Valores maiores que 1 (um) expressam associação positiva e menores que 1 (um) associação negativa. Nas variáveis binárias a associação positiva tem o sentido de multiplicar a chance em relação à categoria de referência. Como saúde não boa é um estado indesejável, a associação positiva aqui expressa naturalmente uma desvantagem de saúde. Todas as variáveis socioeconômicas deste estudo, por razão tanto substantiva quanto estatística, estão sendo mensuradas como categorias. Todos os coeficientes nas tabelas foram expressos em termos de mudanças percentuais nas chances relativas ( $Odds Ratio - 1 * 100$ ). Como estratégia de comparação entre os modelos estima-se a percentagem de mudança (redução) nos percentuais decorrentes dos acréscimos dos novos controles, quando as chances estimadas pelo modelo ampliado decrescem (Aneshensel, 2002:180). A redução nos efeitos estimados foi calculada conforme a expressão:  $(\text{modelo básico} - \text{modelo ampliado}) / \text{modelo básico} * 100$ . O coeficiente original (*odds ratio*) equivale a um termo multiplicativo que varia entre zero e 1 (um) quando a associação é negativa, pois o valor 1 (um) equivale a zero na forma não multiplicativa, e varia de 1 (um) a mais infinito quando a associação é positiva. O cálculo adequado do montante da mudança (redução) do efeito original deve ser feito com os coeficientes já convertidos em termos de mudança percentual, pois o uso do coeficiente na forma original multiplicativa distorceria a aferição do montante de redução (Figueiredo Santos, 2011a).

## ANÁLISE DE CLASSE DA DESIGUALDADE RACIAL DE SAÚDE

A consideração da distribuição da saúde não boa nos dois grupos raciais, por categoria de classe, permite fazer uma primeira aproximação do problema da pesquisa (Tabela 1). O grupo não branco mostra um pior estado de saúde, como pode ser visto na última linha, com 25% declarando saúde não boa, o que perfaz uma diferença relativa de 43% face ao grupo branco. A força do ordenamento de classe do estado de saúde prevalece dentro de ambos os grupos raciais. Entre os não brancos, assim como entre os brancos, as ocorrências de estados negativos de saúde são minimizadas entre as posições privilegiadas de classe. No sentido oposto, as desvantagens relativas de saúde se associam com forte ênfase às situações de exclusão do controle de recursos econômicos. Entretanto, o controle de ativos de capital, em uma escalar menor, parece não proteger tanto a saúde do não branco, como ocorre

## Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil

com o branco, pois o pequeno empregador mostra um padrão de saúde semelhante ao trabalhador típico, o que pode ter relação com a distribuição regional (Nordeste) e setorial (agrícola) que desfavorece a saúde do pequeno empregador não branco.

**Tabela 1**  
**Distribuição da Saúde Não Boa segundo Classe Social e Raça,**  
**Padronizada por Idade**  
**(Brasil, 2008)**

Categorias de Classe	Branco	Não Branco	Diferença % NB – B
Capitalista e fazendeiro	6,2	11,0	77,4
Especialista autônomo	5,1	8,8	72,5
Gerente	9,9	14,6	47,5
Empregado especialista	7,3	11,1	52,1
Pequeno empregador	12,7	21,0	65,4
Autônomo com ativos	16,4	25,3	54,3
Autônomo agrícola	28,7	30,9	7,7
Empregado qualificado	11,0	16,8	52,7
Supervisor	11,7	16,5	41,0
Trabalhador típico	16,4	21,3	29,9
Trabalhador elementar	23,8	27,0	13,4
Autônomo precário	23,2	28,0	20,7
Empregado doméstico	26,2	30,8	17,6
Trabalhador de subsistência	37,9	39,3	3,7
Trabalhador excedente	24,9	30,9	24,1
Todos com posição de classe	17,6	25,1	42,7

Fonte: IBGE PNAD 2008 – Microdados. As percentagens foram ajustadas por idade usando um processo de padronização direta com o comando *proportion*, do Stata. Todas as percentagens são estatisticamente significativas.

Os dados mostram que o grupo não branco está em desvantagem em todos os contextos de classe, o que já sinaliza a relevância do efeito independente de raça, nos limites ainda de um ajuste dos dados apenas por idade. A existência desta discrepância racial direta, não mediada pela dimensão socioeconômica, precisa ser confirmada pela inclusão de outros indicadores que retratem mais plenamente as diferenças socioeconômicas entre os grupos. Por fim, os contextos de classe se associam com variações muito marcantes nas discrepâncias raciais de saúde, que vão de 3,7% no trabalhador de subsistência a 77,4% no capitalista. Percebe-se então que classe social estaria moderando (aumentan-

José Alcides Figueiredo Santos

do ou diminuindo) o efeito relativo de raça na saúde. A constatação e análise destes padrões, no entanto, precisa ser testada e aprofundada com a consideração de outras variáveis relevantes que afetam a saúde.

Tendo em vista a existência de uma forte interseção entre raça e classe, que joga papel decisivo na constituição das desigualdades raciais de saúde, a estimativa das discrepâncias de classe de saúde existentes dentro dos grupos raciais acrescenta uma informação adicional relevante. A técnica de regressão logística múltipla, que permite ajustar as estimativas por diversas covariáveis, vai ser aplicada na descrição e no comentário desta questão, completando o quadro esboçado. Na Tabela 2 o trabalhador típico foi escolhido como categoria de referência da variável classe social. As chances relativas das outras categorias são estimadas em relação a esta categoria de referência. Por se tratar de um coeficiente multiplicativo, os efeitos positivos são maiores que 1 (um) e os negativos ficam entre zero e 1 (um). Os coeficientes devem ser colocados numa forma canônica para tornar comparável a magnitude relativa dos valores positivos e negativos. Tomando o inverso dos coeficientes quando as chances relativas são menores que 1 (um), todos os coeficientes ficam assim expressos em valores maiores ou iguais a 1 (um) (Menard, 2009:94). Este dado adicional está colocado entre parênteses naturalmente apenas quando o coeficiente original é menor que 1 (um). Feito este ajuste, quando maior o coeficiente maior é o seu impacto na variável dependente. Na última coluna está registrada a diferença entre as estimativas, quando os dois coeficientes forem estatisticamente significativos. Tanto as estimativas das discrepâncias de classe social quanto o cálculo do montante da mudança (redução) do efeito original foram feitos com os coeficientes já convertidos em termos de mudança percentual. Percebe-se claramente que o mesmo ordenamento de classe se mantém dentro de ambos os universos raciais. As posições de classe privilegiadas possuem chances relativas menores do que o trabalhador típico de ter saúde não boa. Este padrão tem como exceção marcante o pequeno empregador não branco, pois a diferença em relação ao trabalhador típico se torna estatisticamente não significativa. As posições de classe de empregado qualificado e supervisor revelam igualmente uma situação menos desfavorável de saúde em ambos os grupos raciais. Por outro lado, a diferenciação racial não altera o fato de todas as posições destituídas de classe apresentarem uma pior situação de saúde do que o trabalhador típico. Tanto entre os brancos quanto entre os não brancos a condição relativa de saúde do trabalhador típico está bem mais distante das posições privilegiadas do que

## Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil

**Tabela 2**  
**Discrepâncias de Classe Social nas Chances Relativas (%) de Saúde dentro dos**  
**Grupos Raciais (trabalhador típico como categoria de referência)**  
**Brasil, 2008**

	Branco	Não Branco	Redução %
Capitalista e fazendeiro	-67(203)	-53(112)*	44,5
Especialista autônomo	-72 (261)	-56(126)	51,7
Empregado especialista	-62(166)	-57(135)	18,7
Gerente	-48(91)	-49(97)	-6,6
Pequeno empregador	-21(27)	-7(8)**	—
Autônomo com ativos	4**	13	—
Autônomo agrícola	95	38	60,0
Empregado qualificado	-37(60)	-38(61)	-2
Supervisor	-23(29)*	-22(28)	3,4
Trabalhador típico	—	—	—
Trabalhador elementar	67	35	47,8
Autônomo precário	47	34	27,7
Empregado doméstico	68	45	33,8
Trabalhador subsistência	159	88	44,7
Trabalhador excedente	63	52	17,5
Teste Wald Ajustado	210,55	210,55	—

Notas: O modelo foi ajustado por idade, informante, gênero, região, raça, classe social e termos interativos entre raça e classe. Entre parênteses o inverso do coeficiente expresso em percentagem.

\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05.

\*\* Coeficiente estatisticamente não significativo ao nível de 0,05.

Todos os demais coeficientes focalizados são estatisticamente significativos ao nível de 0,01 ou mais. A redução percentual das chances relativas foi calculada conforme a expressão: (modelo branco – modelo não branco) / (modelo branco) \* 100

das destituídas. Ao olhar para as interseções entre estas duas divisões sociais, o efeito de raça se manifesta na existência de uma menor discrepância de classe na saúde entre os não brancos. Neste grupo racial as posições privilegiadas têm menos vantagens de saúde, em comparação ao trabalhador típico, e as posições destituídas, por sua vez, têm um montante menor de desvantagens de saúde. Esta “aproximação” das distâncias relativas de saúde no universo não branco, entre o trabalhador típico e as demais posições de classe, na comparação com o grupo branco, se dá mais com o autônomo agrícola, o especialista autônomo, o trabalhador elementar, de forte composição agrícola, o trabalhador de subsistência e o capitalista, conforme mostra a última coluna com a redução percentual entre os dois grupos raciais. Deve ser enfati-

José Alcides Figueiredo Santos

zado, no entanto, que a desigualdade de classe em matéria de saúde é bem maior, dentro do próprio grupo não branco, do que a sua desvantagem racial, que equivale a uma chance 39% maior de ter saúde não boa, em um modelo com os controles básicos de idade, gênero, informante e região. Entre os extremos da estrutura social a desigualdade de classe, mesmo com o controle adicional de raça, excede sempre os 300%, como mostra a Tabela 3.

A técnica de regressão logística múltipla serve agora para investigar o papel de raça como variável antecedente na cadeia causal que leva à desigualdade socioeconômica de saúde. Na literatura sociológica as condições socioeconômicas são consideradas como “causas fundamentais” da saúde e da doença, pois determinam o acesso a importan-

**Tabela 3**  
**Efeito Antecedente de Raça nas Chances de Saúde (%) de Classe Social**  
**(capitalista como categoria de referência)**  
**Brasil, 2008**

<b>Categorias de Classe</b>	<b>Modelo Classe</b>	<b>+ Raça</b>	<b>Redução %</b>
Capitalista	—	—	—
Especialista autônomo	-12**	-13**	—
Empregado especialista	13**	11**	—
Gerente	52*	48	7,7
Pequeno empregador	146	139	4,8
Autônomo com ativos	225	211	6,2
Autônomo agrícola	397	370	6,8
Empregado qualificado	88	80	9,1
Supervisor	135	124	8,1
Trabalhador típico	208	190	8,7
Trabalhador elementar	363	326	10,2
Autônomo precário	335	307	8,4
Empregado doméstico	389	350	10,0
Trabalhador subsistência	537	522	2,8
Trabalhador excedente	391	357	8,7
Teste Wald ajustado	319,98	310,62	—

Notas: Modelo Classe foi ajustado por idade, informante, gênero, região e classe social.

\* Coeficiente estatisticamente significativo ao nível de 0,05.

\*\* Coeficiente estatisticamente não significativo ao nível de 0,05.

Todos os demais coeficientes são estatisticamente significativos ao nível de 0,001 ou mais. A redução das chances relativas foi calculada conforme a expressão: (modelo classe – modelo raça) / (modelo classe) \* 100

tes recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças, afetam múltiplos resultados de saúde através de diversos mecanismos e geram vantagens flexíveis que se transpõem para novas circunstâncias (Link e Phelan, 1995, 2000 e 2010; Figueiredo Santos, 2011a e 2011b). As divisões raciais geram uma desigualdade de alocação ou acesso à estrutura de classes e esta, por sua vez, condiciona os padrões de saúde e doença da população. Na condição de variável antecedente, raça pode ser pensada como tendo um papel “pré-fundamental” na constituição da desigualdade socioeconômica de saúde. Não quer dizer, com isso, que raça tenha um papel relevante apenas como variável antecedente na trajetória que vai dos fatores socioeconômicos aos resultados de saúde. Na análise deste problema estima-se o efeito de classe social nas chances relativas de revelar uma saúde “não boa”, no “Modelo Classe”, que foi ajustado por idade, informante, gênero, região e classe social. Em um segundo modelo, mantendo-se os controles anteriores, a variável raça é adicionada. A categoria de referência da variável classe social é o capitalista. As chances relativas das outras categorias são estimadas em relação a esta categoria de referência.

Os resultados traduzidos na Tabela 3 mostram uma redução do efeito original de classe, que varia de 2,8 % a 10,2%. Sabe-se que o não branco tem uma desvantagem de acesso à estrutura de classe. Estes resultados confirmam a proposição de que no Brasil raça tem uma parcela de contribuição, como variável antecedente, no elo que se estabelece entre as condições socioeconômicas e a saúde da população. Por outro lado, a força dos fatores socioeconômicos como causas fundamentais da saúde revela-se na persistência em larga escala dos efeitos originais das categorias de classe.

Em um segundo momento na investigação, modelos de regressão logística múltipla são estimados para testar a natureza intrínseca ou não espúria da relação entre a categoria racial e a saúde “não boa”, assim como para trazer à tona determinados fatores subjacentes relevantes que mediam esta relação. A partir do modelo inicial o estudo gera uma série de “experimentos estatísticos” ao incorporar classe social e outros indicadores socioeconômicos como variáveis independentes de controle com o objetivo de especificar a sua contribuição para a formação do elo entre a condição racial e os resultados de saúde. Na Tabela 4 estão sendo incluídas informações sobre o intervalo de confiança das chances relativas (*odds ratio*) já convertidas em diferenças percentuais.

**Tabela 4**  
**Chances Relativas (%) de Saúde para o Grupo Não Branco, em comparação ao**  
**Branco, conforme Diferentes Modelos**  
**(Brasil, 2008)**

Modelos	Chances re- lativas (%)	IC 95%	Teste Wald Ajustado	Redução (%)
1. Modelo Inicial (idade, informante, gênero e raça)	56,7	51-63	1372,01	—
2. + Classe Social	36,2	30-41	375,85	36,2
3. + Classe Social e Região	22,7	18-28	310,26	60,0
4. + Classe Social, Região e Renda Familiar	14,4	10-19	222,07	74,6
5. + Classe Social, Região, Renda Familiar e Recursos do Domicílio	11,2	7-16	176,95	80,2
6. + Classe Social, Região, Renda Familiar, Recursos do Domicílio e Educação	9,0	5-14	166,68	84,1

Nota: Mudança percentual de OR (*Odds Ratio*, chances relativas) da saúde “não boa”. Todos os coeficientes focais de raça ou cor são estatisticamente significativos ao nível de 0,001 ou mais. A redução das chances relativas foi calculada conforme a expressão: (modelo inicial – modelo ampliado) / (modelo inicial) \* 100. IC (intervalo de confiança).

Estima-se como ponto de partida a desvantagem racial total, ajustada apenas por fatores que podem confundir a relação, como gênero e idade, pois estas variáveis têm relação importante com o estado de saúde e se distribuem de forma não equivalente entre os grupos raciais. Constatase no modelo 1 a existência de uma elevada discrepância relativa de saúde que desfavorece o não branco, que tem uma chance 56% maior do que o branco de apresentar saúde não boa. O modelo inicial não controla por região, pois esta diferenciação espacial tem uma fortíssima dimensão socioeconômica que afeta a saúde.

O modelo 2 controla por classe social, no duplo significado que o controle estatístico possui, ou seja, “removendo” da relação original a variação decorrente da distribuição ou composição diferenciada das categorias de classe entre os grupos raciais e a variabilidade devida à potência causal do efeito de classe na saúde. Classe social revela-se como um fator mediador importante da desigualdade racial de saúde, pois o efeito original de raça é reduzido em 36%.

O modelo 3 adiciona como controle as grandes regiões em que se divide o país. O desenvolvimento desigual do capitalismo gera um dese-

quilíbrio ou variação regional na distribuição da riqueza, da renda e da infraestrutura social e de serviços promovidos pelo Estado. Sabe-se que parte relevante da desigualdade racial de renda no Brasil é mediada pela distribuição particularmente da grande população parda em regiões que possuem renda média menor, como o Nordeste (Figueiredo Santos, 2005a). Além disso, os enfoques neomaterialistas da desigualdade de saúde chamam a atenção para a importância da provisão pública de serviços que, ao afetarem os padrões de vida das pessoas, repercutem na saúde da população (Bartley, 2004:101-102). O fator regional mostra a sua força, como mediador da desigualdade racial de saúde, ao promover uma redução adicional elevada (23,8%). Cabe destacar que o modelo anterior já tinha possivelmente captado algum componente de variação regional na distribuição diferenciada das posições de classe e nas distâncias de recompensas entre estas posições.

A literatura sociológica e de epidemiologia social alerta que os indicadores socioeconômicos podem não ser equivalentes ou não captar estritamente os mesmos efeitos entre os grupos raciais. O uso de diversos indicadores representa então uma forma de minimizar este problema. Esta questão se torna ainda mais relevante num trabalho que pretende investigar justamente a contribuição dos fatores socioeconômicos para a desigualdade racial de saúde no Brasil. Por este motivo a partir do modelo 4 são introduzidos adicionalmente três outros importantes indicadores usuais de posição socioeconômica.

O controle da renda familiar *per capita* no modelo 4 incorpora dados novos interessantes. Serve para expressar o contexto socioeconômico familiar, o que é uma informação adicional relevante, pois o indicador de classe social utilizado toma o indivíduo como unidade de análise. Embora as categorias de classe sejam determinantes da renda, parece importante igualmente levar em conta os próprios resultados distributivos, em particular porque as categorias de classe não mensuram toda a fonte de variação desses resultados que contribuem para gerar desigualdades adicionais de saúde. Além disso, uma análise de classe plena deve ser sensível à desigualdade distributiva de condições de vida, quando não porque a renda tem um efeito de *feedback* nas circunstâncias de classe (Westergaard, 1995:29-30). Os controles de classe e região realizados antes já abarcaram partes decisivas das discrepâncias raciais de renda, mas a renda familiar relativa gera ainda assim uma forte redução adicional (14,6%), mostrando a força da desigualdade de circunstância socioeconômica familiar.



José Alcides Figueiredo Santos

O modelo 5 afere o impacto na relação entre raça e saúde de um indicador de recursos do domicílio. Este tipo de índice revelou-se superior à mensuração direta do valor econômico da moradia, quando não devido ao montante de ausência de informação que esta última questão gera, embora não seja um indicador estrito de riqueza (Figueiredo Santos, 2011a). Enquanto a renda corrente mostra a disponibilidade imediata de poder aquisitivo, o índice mede a capacidade de acumulação de recursos do passado ao presente, através de dez itens que somados retratam diferenças nas circunstâncias socioeconômicas dos domicílios, particularmente a posição relativa da base destituída da estrutura social, que são relevantes para entender a desigualdade de saúde. A redução adicional introduzida em relação ao modelo anterior mostra-se menor (5,6%), mas isso deve ser entendido considerando a diversidade e o peso dos três fatores socioeconômicos já controlados.

O modelo 6, com a introdução do controle da educação, foi estimado naturalmente com a finalidade de contemplar este poderoso preditor de desigualdade de saúde. O impacto menor gerado pela variável educação, que produz uma redução suplementar de 3,9% do efeito de raça, reflete basicamente o fato de ter sido introduzida ao final de uma sequência de controles. Além de ajudar a cobrir o espectro abrangente da dimensão socioeconômica, a educação envolve conteúdos informativos, cognitivos e culturais que, mobilizados em conjunto com os recursos materiais, afetam a desigualdade de saúde.

Constata-se ao final que todos os controles socioeconômicos respondem por 84% da desigualdade racial de saúde. Isso significa que num grau muito elevado a desvantagem racial é mediada por estes fatores materiais ou que estes fatores enfeixam decisivamente os elos, mesmo quando não materiais, que se estabelecem entre a divisão racial e o estado de saúde. Este bloco abrangente de variáveis de controle, por sinal, minimiza os problemas de mensuração do mecanismo socioeconômico subjacente que cada variável em separado possivelmente apresenta. Entretanto, ainda assim, uma parte importante (16%) da desigualdade racial se faz de modo totalmente independente das variáveis socioeconômicas controladas.

Procede-se a partir daqui à análise da influência conjunta de classe e raça na geração de variações da penalidade de saúde do não branco, com base nos resultados estampados na Tabela 5. Na estimativa dos efeitos interativos os empregadores foram diferenciados de um modo

diferente com a finalidade de evitar as consequências estatísticas indesejáveis da presença de “dados esparsos”<sup>4</sup>. São estimadas as discrepâncias raciais de saúde, em cada contexto de classe, depois de terem sido controladas a desigualdade racial de acesso à estrutura de classe, a distribuição racial regional e os efeitos de região na saúde, gênero, idade e tipo de informante do estado de saúde. O estudo das relações condicionais, ou efeitos interativos entre classe e raça, objetiva investigar em que medida as vantagens ou desvantagens sociais subjacentes às posições de classe são diferencialmente convertidas pelos grupos raciais em vantagens ou desvantagens adicionais de saúde. Efeitos condicionais ou interativos expressam essencialmente *como um efeito muda*, ou seja, equivalem a um *efeito sobre um efeito* (Kam e Franzese, 2007). Estima-se então como o efeito de classe social muda o efeito de raça ou, simetricamente, como o efeito de raça muda o efeito de classe social. O controle no modelo interativo da desigualdade regional, que tem um impacto importante na distribuição racial da saúde, visa demarcar claramente a força do efeito conjunto na discrepância racial de saúde, removendo da estimativa, por exemplo, as diferenças que existem entre ser gerente no Sudeste e no Nordeste. O segundo modelo estimado com o controle de educação remove da relação focal entre raça e saúde a heterogeneidade educacional interna das categorias de classe e naturalmente o efeito independente da educação na saúde. A desigualdade racial de saúde fica estatisticamente reduzida, pois classe, região e educação são fatores mediadores-chave desta desigualdade. Este procedimento visa estritamente separar o efeito contextual de pertencer a uma categoria como algo que independe totalmente da desigualdade racial de acesso à estrutura de classe, região e credenciais educacionais. Estima-se então de um modo mais puramente estrutural a influência do contexto de classe na relação entre raça e saúde ou, simetricamente, a influência de raça na relação entre classe social e saúde.

Constata-se que as circunstâncias de classe social introduzem uma clara variação no efeito de raça na saúde. No modelo “Classe-Região” todas as posições privilegiadas de classe social mostram uma discrepância racial de saúde bem mais elevada, quando comparadas ao efeito médio estimado pelo modelo sem interações (ver última linha da Tabela 5). Cabe não esquecer que estão sendo estimadas diferenças raciais relativas dentro dos contextos de classe. O especialista autônomo não branco, por exemplo, tem vantagens de classe que geram vantagens adicionais de saúde em relação ao não branco situado na base destituí-

**Tabela 5**  
**Variação de Classe Social nas Chances Relativas (%) de Saúde do Grupo Não**  
**Branco**  
**(Brasil, 2008)**

Categorias de Classe	Classe – Região *		Educação	
	Chances relativas	IC 95%	Chances relativas	IC 95%
Empregador (maior)	105	33–214	74	12–169
Especialista autônomo	112	28–253	89	14–217
Empregado especialista	51	18–94	44	13–85
Gerente	29	1–64	11**	-13–42
Empregador (menor)	48	22–78	28	6–55
Autônomo com ativos	45	27–66	28	12–47
Autônomo agrícola	-6**	-22–11	-14**	-27–1
Empregado qualificado	32	14–52	25	8–43
Supervisor	35**	-3–86	19**	-14–66
Trabalhador típico	33	25–42	25	17–34
Trabalhador elementar	8**	-3–19	3**	-6–14
Autônomo precário	21	10–34	12	1–24
Empregado doméstico	14	3–27	12	1–24
Trabalhador subsistência	-4 **	-18–13	-8**	-22–7
Trabalhador excedente	24	10–39	12**	-1–26
Teste Wald Ajustado	202,09	—	188,68	—
Modelo sem interações	22	17–27	15	10–19

Notas: Mudança percentual de OR (*Odds Ratio*, chances relativas) da saúde “não boa”.

\* Modelo ajustado por idade, informante, gênero, região, raça, classe social e termos interativos entre classe e raça.

\*\* Coeficiente estatisticamente não significativo ao nível de 0,05. Todos os demais coeficientes focais são estatisticamente significativos ao nível de 0,05 ou mais.

da da estrutura social, conforme mostra a Tabela 1. Entretanto, na posição de classe privilegiada, o grupo em desvantagem racial não converte do mesmo modo as vantagens de classe em benefícios de saúde, o que aumenta a distância racial relativa. Os empregadores que possuem mais empregados mostram um patamar muito elevado de discrepância racial de saúde<sup>5</sup>. Entre os possuidores de conhecimento perito, o controle da educação não altera a elevada discrepância racial, em especial entre os especialistas autônomos. De um lado, porque a distribuição da escolaridade é bem menos desigual dentro dessas categorias. Por outro lado, este resultado mostra que estas posições de classe captam muito mais do que o simples efeito da escolaridade na saúde, já

que este efeito está sendo controlado. A elevada intensificação das discrepâncias raciais relativas dentro destas categorias indica que o não branco usufrui bem menos das vantagens de saúde que estas posições dão ao grupo branco, de modo independente dos atributos individuais de escolaridade, o que caracteriza a ocorrência de retornos de saúde relativamente decrescentes. Deve ser ponderado, no entanto, que nas categorias de empregador (maior) e de especialista autônomo as estimativas das discrepâncias raciais estão sujeitas a consideráveis flutuações aleatórias, resultando em amplos intervalos de confiança de 95%.

Entre os gerentes a elevada discrepância racial de saúde estimada no primeiro modelo decresce bastante após o controle da educação e, ao mesmo tempo, torna-se estatisticamente não significativa. Além disso, ambos os modelos apontam uma diferença racial não significativa na categoria de supervisor, que se caracteriza também por exercer autoridade<sup>6</sup>. Note que são feitas colocações sobre mecanismos e não sobre pessoas. O gerente não branco, ao ter em média menos escolaridade, tem uma saúde pior, mas isso não se deve ao impacto da posição de autoridade na saúde. Talvez se esteja neste caso diante da difícil escolha entre afirmar algo que não existe ou deixar de considerar o que existe. Embora em termos de política de saúde pública seja pior deixar de considerar o que existe, não pode ser descartada a possibilidade de que as vantagens de classe associadas ao exercício de autoridade de fato não geram retornos decrescentes de saúde para o grupo não branco<sup>7</sup>. Já o controle de ativos de capital, porém com menos empregados ou sem empregados, associa-se a uma elevação da heterogeneidade racial na distribuição do estado de saúde dentro dessas categorias.

Em todos os estratos agrícolas de não empregadores, assim como no trabalhador elementar, que tem forte componente agrícola, desaparece estatisticamente a diferença racial. Este resultado independe de diferenças regionais na distribuição de raça e da atividade agrícola, pois o modelo controla por região. Isso significa que todos os não empregadores inseridos em atividade agrícola, controladores ou destituídos de terra têm desvantagens de tal ordem, com repercussão na saúde, que o status racial não gera consequências adicionais.

No grande conjunto social da classe trabalhadora ampliada, o trabalhador típico e o empregado qualificado mostram um padrão semelhante e significativo de discrepância racial de saúde. A discrepância racial fica num patamar similar no supervisor, porém não é estatística-

José Alcides Figueiredo Santos

mente significativa. A intensificação do efeito de raça na saúde no trabalhador típico, posição de classe explorada de grande densidade social, sinaliza que alguma heterogeneidade interna (possivelmente ocupacional) pode estar favorecendo dentro da categoria a diferenciação racial de saúde. Quando comparadas às posições privilegiadas de classe, no entanto, existe entre estes trabalhadores menor espaço para a intensificação das diferenças relativas de saúde devido à demarcação racial.

Em três das cinco posições destituídas de classe persiste uma desvantagem racial, porém de forma mais restringida. Nas duas categorias agrícolas ou com elevada presença agrícola a relação não se mostra estatisticamente significativa. Supõe-se então que as circunstâncias de destituição impõem limites de variação no impacto da divisão racial na saúde. No trabalhador excedente, sem o controle da educação o fator racial opera um tanto menos constrangido, mas ao serem controladas as diferenças educacionais as discrepâncias raciais tornam-se estatisticamente não significativas, mostrando como aumenta a importância de um recurso (educação), quando não se tem outro (emprego). No geral, existe entre os trabalhadores destituídos e os trabalhadores tipicamente explorados, porém não destituídos, uma clara diferença de inclinação nos coeficientes das chances relativas que medem os efeitos conjuntos de classe e raça na saúde.

De um lado, a caracterização e o entendimento adequados da desigualdade racial de saúde no Brasil demanda a consideração da desigualdade de classe e de outras dimensões socioeconômicas correlatas. O impacto desses fatores na saúde é tão forte que a antecedência do fator racial no acesso desigual à estrutura de classe responde por uma parcela restrita da trajetória causal. A mediação socioeconômica cobre um montante muito elevado (84%) do efeito total da desigualdade racial de saúde. A desigualdade racial na distribuição da saúde depende fortemente das assimetrias de recursos, poderes e contextos valiosos. Pode-se concluir que os mecanismos transmissores da desigualdade racial de saúde, quaisquer que sejam eles, estão associados fundamentalmente às assimetrias de contextos e recursos socioeconômicos. Ao associar-se e assemelhar-se aos determinantes socioeconômicos, a desigualdade racial mostra-se suscetível à mesma dinâmica (diagnosticada pela teoria dos determinantes fundamentais da saúde) que governa a relação persistente e profunda entre “status socioeconômico” e distribuição da saúde (Link e Phelan, 1995, 2000 e 2010). Ela envolve o

controle de recursos de natureza flexível e aplicável a múltiplos fins, capazes por isso mesmo de afetar múltiplos resultados de saúde por meio de diversos mecanismos ou trajetórias causais, de modo a incrementar o bem-estar e a saúde dos seus detentores (Figueiredo Santos, 2011a e 2011b).

De outro lado, a persistência de um efeito direto de raça (16%) mostra que nem tudo no efeito desta divisão está estritamente enlaçado à dimensão socioeconômica. Importantes categorias de classe social, particularmente quando privilegiadas, porém mesmo quando explorada (trabalhador típico) experimentam intensificações das discrepâncias de saúde entre os grupos raciais. Os ativos de capital e de conhecimento perito, sem dúvida os mais valiosos, mostram-se como aqueles mais afetados, em decorrência talvez do seu próprio enorme potencial de gerar vantagens de saúde, pelas assimetrias de capacidades, poderes, direitos, identidades, valor, *status* e reconhecimento sociais que se estabelecem entre os grupos raciais. Em um contexto de privilégio de classe, no qual se encontram inegavelmente o capitalista e o especialista autônomo, a discrepância racial relativa manifesta-se mais forte, pois os recursos controlados não são convertidos no mesmo patamar em vantagens de saúde para o grupo não branco. Além disso, em algum nível, os recursos destas categorias de classe (ou o modo como foram mensurados) podem não ser estritamente equivalentes entre os grupos raciais. Como postula a teoria das causas fundamentais, as vantagens de saúde não são primariamente um efeito secundário e involuntário associado à “boa vida”, mas a consequência de processos que envolvem o uso deliberado de recursos por indivíduos e grupos. A mobilização adequada e a conversão plena de recursos para a obtenção de proteções ou ganhos de saúde se fazem no contexto de uma sociedade racialmente desigual. As “marcas raciais” estão inscritas nas várias dimensões da vida social – nas instituições, interações, disposições e crenças – tornando-se uma espécie de “status principal”, inclusivo e abrangente, ao lado de classe social e gênero. Os princípios estruturantes das divisões raciais afetam as capacidades e as oportunidades efetivas dos atores de realizar fins mobilizando os meios de que dispõem.

(Recebido para publicação em agosto de 2010)

(Aprovado para publicação em março de 2011)

## NOTAS

1. Uma fundamentação mais detalhada desta escolha de uma variável dependente binária com o recorte na saúde não boa, que trata de aspectos metodológicos e de validação empírica, pode ser encontrada no estudo anterior do autor sobre classe social e desigualdade de saúde no Brasil (Figueiredo Santos, 2011a).
2. Este resultado é bastante robusto. Não representa um artifício estatístico devido ao fato de os pretos serem um grupo percentualmente menor. Na amostra os pretos que foram classificados numa categoria de classe correspondem a 11.787 casos e, entre esses, 3.861 pretos declararam saúde não boa (variável dependente binária do estudo). Na verdade, deve-se ao controle estatístico de região, em que o grupo pardo possui uma desvantagem com repercussão na saúde, por estar mais no Nordeste e em regiões rurais, o efeito de tornar estatisticamente não significativa uma pequena diferença a favor do grupo preto, que apresenta antes do controle de região uma chance 7% menor de ter saúde não boa em relação ao pardo. Este controle teve que ser introduzido para isolar o efeito independente de raça.
3. Estudo realizado para a população idosa, cabe observar, mostrou que o uso de respondente substituto nas PNADs de 1998 e 2003 não modifica a distribuição da percepção da saúde, assim como os fatores associados à mesma (Lima-Costa *et alii*, 2007).
4. Na classificação original os capitalistas são formados basicamente por empregadores com 11 empregados ou mais. Nesta solução os empregadores foram divididos entre aqueles que empregam seis ou mais empregados (maior) e os que possuem cinco ou menos empregados (menor). Integra também a categoria (maior) os empregadores agrícolas que possuem mais de 500 hectares de terra independentemente da quantidade de empregados. O número muito reduzido de casos de não brancos com um estado de saúde não bom entre os capitalistas estava comprometendo a significância estatística do efeito interativo.
5. Como o grupo não branco (pardo) está comparativamente mais presente na área rural, foi estimado um modelo alternativo com o controle adicional deste fator. A diferença racial de saúde dentro da categoria se mantém elevada e estatisticamente significativa. O controle de região possivelmente já tinha abarcado este efeito.
6. Um modelo logístico alternativo sem ajuste ao desenho complexo da amostra apresenta uma estimativa estatisticamente significativa do supervisor não branco ter uma chance relativa 29% maior de manifestar saúde não boa. Entretanto, com o controle da educação, a diferença cai para 16% e torna-se estatisticamente não significativa.
7. Este estudo ajusta as estimativas dos erros padrões ao plano complexo da amostra da PNAD. No método de cálculo de variâncias adotado pelo IBGE a aproximação obtida é a favor da segurança, de modo que as estimativas de variâncias tendem a ser maiores que os valores reais (Silva, Pessoa e Lila, 2002). Um modelo logístico alternativo com o controle de educação, mas sem fazer o ajuste ao desenho complexo da amostra, mostra uma estimativa estatisticamente significativa do gerente não branco ter uma chance relativa 24% maior de manifestar saúde não boa. A delimitação separada do mecanismo de exercício de autoridade, realizada nesta tipologia, mas ausente em outros esquemas e nos indicadores convencionais de posição social, como renda e

## Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil

educação, permite captar esta possível especificidade do gerente na relação entre raça e saúde entre as posições privilegiadas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, Nancy E. e REHKOPF, David H. (2008), "U.S. Disparities in Health: descriptions, causes, and mechanisms". *Annual Review of Public Health*, vol. 29, pp. 235-252.
- ANESHENSEL, Carol S. (2002), *Theory-Based Data Analysis for the Social Sciences*. Thousand Oaks, Pine Forge Press.
- ANNANDALE, Ellen e FIELD, David. (2007), "Socioeconomic Inequalities in Health", in S. Taylor e D. Field (eds.), *Sociology of Health & Health Care* (4ª ed.). Oxford, Blackwell.
- BACKLUND, Eric, SORLIE, Paul e JOHNSON, Norman. (1999), "A Comparison of the Relationships of Education and Income with Mortality". *Social Science and Medicine*, vol. 49, pp. 1373-1384.
- BARATA, Rita Barradas *et alii*. (2007), "Health Inequalities Based on Ethnicity in Individuals Aged 15 to 64, Brazil, 1998". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, nº 2, pp. 305-313.
- BARR, Donald A. (2008), *Health Disparities in the United States: Social Class, Race, Ethnicity, and Health*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- BARTLEY, Mel. (2004), *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge, Polity Press.
- BORRELL, Carme *et alii*. (2004), "Social Class and Self-reported Health Status among Men and Women: What Is the Role of Work Conditions, Household Material Standards and Household Labor?" *Social Science & Medicine*, vol. 58, nº 10, pp. 1869-1887.
- BRASIL-FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). (2005), *Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade*. Brasília, Funasa.
- BUSE, Christopher George Gustav. (2009), *Understanding Pathways between Social Conditions and Health: Evaluating the "Fundamental" Nature of the Relationship between SES and Health in Canada and the United States*. Thesis. The University of British Columbia, Canada.
- CARPIANO, Richard M., LINK, Bruce L. e PHELAN, Jo C. (2008), "Social Inequality and Health: future directions of the fundamental cause explanation". In: LAREAU, Annette e CONLEY, Dalton (eds.). *Social Class: how does it work?* New York, Russel Sage.
- CHANDOLA, Tanari e JENKINSON, Crispin. (2000), "Validating Self-rated Health in Different Ethnic Groups". *Ethnicity & Health*, vol. 5, nº 2, pp. 151-159.
- CHOR, Dora e LIMA, Claudia Risso de Araujo. (2005), "Aspectos Epidemiológicos das Desigualdades Raciais em Saúde no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, nº 5, pp. 1586-94.



**José Alcides Figueiredo Santos**

- CORNELL, Stephan e HARTMANN, Douglas. (1997), *Ethnicity and Race: making identities in a changing world*. Thousand Oaks, Pina Forge Press.
- CUMMINGS, Jason L. e JACKSON, Pamela Braboy. (2008), "Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health, 1974-2004". *Research on Aging*, vol. 30, nº 2, pp. 137-168.
- 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*, vol. 11, nº 4, pp. 887-894.
- FARLEY, R. (1984), *Blacks and Whites: narrowing the gap?* Cambridge, Harvard University Press.
- FARMER, Melissa e FERRARO, Kenneth F. (2005), "Are Racial Disparities in Health Conditional on Socioeconomic Status?" *Social Science and Medicine*, vol. 60, pp. 191-204.
- FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. (2011a), "Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 26, nº 75.
- . (2011b), "Class Divisions and Health Chances in Brazil". *International Journal of Health Services*, vol. 41, in press.
- . (2005a), "Efeitos de Classe na Desigualdade Racial no Brasil". *Dados, Revista de Ciências Sociais*, vol. 48, nº 1, pp. 21-65.
- . (2005b), "Uma Classificação Sócio-Econômica para o Brasil". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20, nº 58.
- GRIMMINS, Eilenn, HAYWARD, Mark D. e SEEMAN, Teresa E. (2004), "Race/Ethnicity, Socioeconomic Status Health". *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Washington, D.C., National Academy of Sciences, pp. 310-52.
- HERD, Pamela, GOESLING, Brian, e HOUSE, James. (2007), "Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems". *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 48, pp. 223-238.
- HOUSE, James S., WILLIAMS, David R. (2000), "Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health", in B. D. Smedley e S. L. Syme (eds.), *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington, D.C., National Academy of Sciences, pp. 81-124.
- IDLER, E. L. e BENYAMINI, Y. (1997), "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, pp. 21-37.
- JACCARD, James e TURRISI, Robert. (2003), *Interaction Effects in Multiple Regression* (2 ed.). Thousand Oaks, CA, Sage.
- JYLHA, Marja. (2009), "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model". *Social Science & Medicine*, vol. 69, pp. 307-316.
- KARLSEN, Saffron e NAZROO, James Y. (2002), "Agency and Structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people". *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, nº 1, pp. 1-20.

### Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil

- KAM, Cindy e FRANZESE JR., Robert J. (2007), *Modeling and Interpreting Interactive Hypotheses in Regression Analysis: A Refresher and Some Practical Advice*. Ann Arbor, University of Michigan Press.
- KOBAYASHI, Karen, PRUS, Steven e LIN, Zhiqui. (2008), "Ethnic Differences in Self-hated and Functional Health: does immigrant status matter?" *Ethnicity & Health*, vol. 13, nº 2, pp. 129-147.
- LaVEIST, Thomas A. (2005), *Minority Populations Health: an introduction to health disparities in the United States*. San Francisco, Jossey-Bass.
- LEE, Eun Sul e FORTHOFFER, Ronald N. (2006), *Analyzing Complex Survey Data*. Thousand Oaks, Sage.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. (2007), "A Influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 32, nº 8, pp. 1893-1902.
- LINK, G. Bruce e PHELAN, Jo. (2010), Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities", in C. Bird, P. Conrad e A. Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Nashville, Vanderbilt University Press.
- . (2000), "Evaluating the Fundamental Cause Explanation for Social Disparities in Health", in C. Bird, P. Conrad e A. Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River, Prentice Hall.
- . (1995), "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease". *Journal of Health and Social Behavior*, número especial, pp. 80-94.
- MENARD, Scott. (2009), *Logistic Regression: from introductory to advanced concepts and applications*. Los Angeles, Sage.
- MIECH, Richard A. e HAUSER, Robert M. (2001), "Socioeconomic Status and Health at Midlife: a comparison of educational attainment with occupational-based indicator". *Annals of Epidemiology*, vol. 11, n. 2.
- MUNTANER, Carles. (1999), "Invited Commentary: Social Mechanisms, Race, and Social Epidemiology". *American Journal of Epidemiology*, vol. 150, n. 2, pp. 121-126.
- NAZROO, James Y. (2003), "The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: economic position, racial discrimination and racism". *American Journal of Public Health*, vol. 93, n. 2, pp. 277-84.
- NAZROO, James Y. e WILLIAMS, David R. (2005), "The Social Determinants of Ethnic/Racial Inequalities in Health". In: MARMOT, Michael and WILKINSON, Richard G. *Social Determinants of Health*. Second edition. New York, Oxford University Press.
- OLIVER, N. Normam e MUNTANER, Carles. (2005), "Researching Health Inequities among African Americans: the imperative to understanding social class". *International Journal of Health Services*, vol. 35, n. 3, pp. 485-498.
- PAYNE, Geoff (ed.). (2000), *Social divisions*. New York, Santin's Martin Press.
- PAYNE, Sarah. (2006), *The Health of Men and Women*. Cambridge, Polity Press.

**José Alcides Figueiredo Santos**

- POLLACK, Craig Evan et alii. (2007), "Should Health Studies Measure Wealth? A systematic review". *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n. 3, pp. 25-64.
- RESKIN, Barbara F. & CHARLES, Camille Z. (1999), "Now you see 'em, now don't: race, ethnicity, and gender in labor market research", in I. Browne (ed.), *Latinas and African American women at work: race, gender and economic inequality*. Nova York, Russell Sage Foundation.
- SEN, Amartya. (2001), *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro, Record.
- SILVA, Pedro Luís do Nascimento, PESSOA, Djalma Galvão Carneiro e LILA, Maurício Franca. (2002), "Análise Estatística de Dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, nº 4, pp. 659-70.
- SMAJE, Chris. (2000), "Race, Ethnicity and Health", in C. Bird, P. Conrad e A. Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River, Prentice Hall.
- SMITH, George Davey. (2000), "Learning to Live with Complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States". *American Journal of Public Health*, vol. 11, n. 11, pp. 1694-1710.
- SZWARWALD et alii. (2005), "Socio-demography Determinants of Self-rated in Brazil". *Cardernos de Saúde Pública*, 21, Suplemento: S54-S64.
- THERBORN, Göran. (1999), "Dimensions of Globalization and the Dynamics of (In) Equalities", in D. Kalb et alii (eds.), *The Ends of Globalization: Bringing Society Back Boulder*. Rowman & Littlefield Publishers.
- TILLY, Charles. (1998), *Durable Inequality*. Berkeley, University of California Press.
- WESTERGAARD, John. (1995), *Who Gets What? The Hardening of Class Inequality in the Late Twentieth Century*. Cambridge, Polity.
- WILLIAMS, David R. (2005), "The Health of U.S. Racial and Ethnic Populations". *Journal of Gerontology*, Series B, vol. 60B (Special Issue II): 53-62.
- . (2004), "Racial Variations in Adult Health Status: Patterns, Paradoxes, and Prospects", in N. Smelser, W. J. Wilson e F. Mitchell (eds.), *America becoming: racial trends and their consequences*. vol. II. Washington, D.C., National Academy of Sciences, pp. 371-410.
- . (2001), "Race and Health: trends and policy implications", in J. Auerbach e B. K. Krimbold (eds.) *Income, Socioeconomic Status and Health: exploring the relationships*. Washington, D.C., National Policy Association.
- . (1999), "Race, Socioeconomic Status, and Health: the added effect of racism and discrimination", in N. E. Adler et alii (eds.), *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: social, psychological e biological pathways*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 896. New York, New York Academy of Sciences.
- . (1997), "Race and Health: Basic questions, emerging directions". *Annals of Epidemiology*, vol. 7, nº 5, pp. 322-333.
- WILLIAMS, David R. e COLLINS, Chiquita. (1995), "US Socioeconomic and Racial Differences in Health: patterns and Explanations". *Annual Review of Sociology*, 21: 349-86.
- WILLIAMS, David R. e HARRIS-REID, Michelle. (2006), "Race and Mental Health: emerging patterns and promising approaches", in A. V. Horwitz e T. Scheid (eds.), *A*

## Desigualdade Racial de Saúde e Contexto de Classe no Brasil

*Handbook for the Study of Mental Health: social contexts, theories and systems*. Cambridge, Cambridge University Press.

WILLIAMS, David R. *et alii*. (2010), "Race, Socioeconomic Status, and Health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities", in N. Adler e J. Stewart (eds.), *The Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 1186. New York, New York Academy of Sciences.

WRIGHT, Erik Olin. (2009), "Class and Race. Lecture 10". Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/~wright/Soc621-course-page-2009.htm>>.

WRIGHT, Erik Olin e ROGERS, Joel. (2010), *American Society: how it actually works*. New York, Norton. Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/~wright/ContemporaryAmericanSociety.htm>>.

José Alcides Figueiredo Santos

#### ABSTRACT

##### *Health Inequality by Race and Class Context in Brazil*

This study focuses on social patterns, socioeconomic mediations, and conditional relations characterizing racial inequalities in health in Brazil. Multiple logistic regression models were used to assess the association between racial division and poor health status. Socioeconomic factors explain a high proportion (84%) of racial inequality in health, which depends heavily on asymmetries in resources, power, and valuable contexts. When social class contexts interact with race, they reveal nonequivalent (conditional on class) health advantages or disadvantages between racial groups. Racial divisions affect the actors' capacities and opportunities to achieve their ends by mobilizing the available means.

**Key words:** racial inequality in health; social class; sociology of health; social determinants of health; interactions between class and race

#### RÉSUMÉ

##### *Inégalité Raciale dans la Santé et Contexte de Classe au Brésil*

Dans ce travail, on cherche à connaître les modèles sociaux, les médiations socioéconomiques et les rapports de contrainte qui marquent les écarts entre races concernant la santé. Des modèles de régression logistique multiple ont été examinés afin de déterminer le rapport entre une division raciale et un état de santé "pas bon". Les composants socioéconomiques représentent une part très importante (84%) de l'inégalité raciale dans la santé, qui dépend plutôt des asymétries de ressources, pouvoirs et contextes de valeurs. Quand les contextes de classe sociale interagissent avec la race, ils révèlent des avantages ou désavantages dans la santé qu'on ne retrouve pas entre groupes raciaux. Les divisions raciales affectent les capacités et les réelles opportunités des acteurs d'arriver à leurs fins par les moyens dont ils disposent.

**Mots-clés:** inégalité raciale dans la santé; classe sociale; sociologie de la santé; déterminants sociaux de la santé; interactions classe race