

Universidade Federal de Juiz De Fora
Instituto de Ciências Humanas
Graduação em Ciências Sociais

Natália Leão Siqueira

DESIGUALDADE SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Juiz de Fora

2011

Natália Leão Siqueira

DESIGUALDADE SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito final à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais/Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos.

Juiz de Fora

2011

Natália Leão Siqueira

DESIGUALDADE SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito final à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais/ Sociologia e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. José Alcides Figueiredo Santos – Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Fernando Tavares Júnior

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora

01/07/2011

*Àquela que sempre amor, apoio e dedicação empenhou, Maria
Aparecida Leão Goulart.*

Agradeço à *Universidade Federal de Juiz de Fora* pela estrutura, capacitação e oportunidades oferecidas ao aprimoramento de meus estudos.

À *Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesq)* e ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, pela disponibilidade e incentivo a bolsas de pesquisas, pela qual fui beneficiada.

Ao Professor Doutor *José Alcides Figueiredo Santos*, meu orientador, por ter me proporcionado a inserção no mundo da pesquisa social e por todo o aprendizado, de um modo geral, na área das Ciências Sociais.

Aos *meus mestres*, de um modo geral, e particularmente aos professores *Gilberto Salgado* pela contribuição intelectual para este trabalho, e *Octávio Bonnet* por todo aprendizado proporcionado para a futura vida profissional de professora-pesquisadora.

Aos *funcionários* da Universidade Federal de Juiz de Fora, particularmente aos atuantes no Instituto de Ciências Humanas.

A todos meus colegas de curso, pelo companheirismo e troca de aprendizagem, em especial a *Camila, Helena, Carol, Rafael, Fabíola, Marcela e Léo*.

À *Branca*, minha mãe, pelo incentivo e credibilidade depositada em mim, além da paciência e apoio em todos os momentos. Ao *Tio Beto*, meu maior exemplo intelectual. Às minhas irmãs *Luciana e Cristina*, e a minha sobrinha *Mariana*, por sempre acreditarem em mim.

Às amigas, *Márcia e Adrielli*.

Ao *Rafael Herrero*, pelo, sempre, companheirismo, paciência, credibilidade e incentivo.

LEÃO, Natália. **Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil**. Juiz de Fora/ MG. 2011. 60 f. Monografia (Curso de Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

Partimos da discussão sobre a desigualdade em saúde a partir da consideração dos fatores sociais como causas fundamentais da saúde e da doença. Portanto, pensamos a desigualdade social sob o prisma de grupos sociais em desvantagens, sendo a saúde uma desvantagem adicional. Assim, a desigualdade em saúde tem como base as desigualdades socioeconômicas, e a distinção no controle de recursos fundamentais para vida social causando conflitos entre os estratos sociais, uma vez que tais recursos podem ser adquiridos, como os planos de saúde, afetando diretamente a vida das pessoas uma vez que há uma limitação no acesso aos serviços de saúde. As vantagens de alguns grupos sobre outros, causa a exclusão, o que os afeta em todos os âmbitos da vida social. Ao pensarmos em um grupo marginalizado em oposição a um outro grupo, também podemos tratar da questão de gênero, que ainda é um grande demarcador de desigualdade inclusive no interior de cada classe social, além de estar relacionado com diferentes estilos de vida e comportamento. Para aferir os padrões de saúde utilizamos os micro-dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008, cujo questionário suplementar investigou característica de saúde. Todas as variáveis foram estimadas usando o programa estatístico Stata, versão 10 (Stata, 2008). Deste modo, as relações sociais estabelecidas podem proporcionar uma grande influência sobre o estilo de vida e a saúde das pessoas, uma vez que seguimos os costumes e a cultura de nosso grupo. O fator socioeconômico demarca uma condição decorrente do estrato social a que pertencemos, e a desigualdade em saúde varia conforme a classe em que estamos inseridos; porém os fatores influenciadores da desigualdade em saúde partem não apenas a questão econômica, mas também dos distintos hábitos e comportamentos que podem ser gerados conforme o gênero. Assim, a desigualdade em saúde existe não apenas entre ricos e pobres, havendo um gradiente inclusive dentro da mesma classe.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade Social; Saúde; Gênero; Classe Social.

LEÃO, Natália. **Desigualdade Social e Acesso à Saúde no Brasil**. Juiz de Fora/ MG. 2011. 60 f. Monografia (Curso de Graduação em Ciências Sociais) – Departamento de Ciências Sociais – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora.

ABSTRACT

We start the discussion about inequality in health from the consideration of social factors as fundamental causes of health and sickness. However we think social inequality through the prism of social groups at disadvantages, considering health as an additional disadvantage. So inequality in health is based on socio-economic inequalities, and the distinction in control of key resources for social life, causing conflicts between social strata, since such resources can be acquired, such as health plans, directly affecting the lives of people once there is a limitation on access to health services. The advantages of some groups over others cause exclusion, which affects all spheres of social life. When we think of a marginalized group in opposition to another group, we can also address the issue of gender, which is still a great path of inequality even within each social class, and is related to different lifestyles and behavior. To assess the health standards we use micro-data from the National Household Sample Survey - NHSS 2008, with supplementary questionnaire investigated characteristic of health. All variables were estimated using the statistical software Stata, version 10 (Stata, 2008). Thus, it was shown that social relations can provide a great influence on people's lifestyle and health, as we follow the customs and culture of our group. The socioeconomic factor denotes a condition resulting from the social stratum to which they belong, and inequality in health diversify according to class in which we live, but here we consider a number of factors, not just economic issues but also the different habits and behaviors that can be generated according to gender.

So there is inequality on health not only between riches and poor, but there is a gradient even inside the same class.

KEY WORDS: Social Inequality; Health; Gender; Social Class

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relações, categorias e identidades.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência ajustada por idade da posse de pelo menos um plano de saúde, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos).....	37
Tabela 2 – Prevalência ajustada por idade dos indivíduos que possuem plano de saúde com acesso a internação, entre os que possuem algum plano, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos).....	39
Tabela 3 – Prevalência ajustada por idade da auto-avaliação do estado de saúde como não-boua, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos).....	50
Tabela 4 – Prevalência ajustada por idade da presença de pelo menos uma doença crônica musculoesquelética, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos).....	52
Tabela 5 – Prevalência ajustada por idade da graduação de dificuldade em mobilidade física, conforme os indicadores de mobilidade e as categorias de gênero (pessoas de 18 a 65 anos).....	53

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo 1. A Sociologia da Saúde: uma análise histórica	14
Capítulo 2. Metodologia e Estratégias de Ação	19
Capítulo 3. Desigualdade Social	21
3.1 Amartya Sen: análise da desigualdade social sobre indivíduos	22
3.2 Charles Tilly: análise da desigualdade social sobre grupos	26
Capítulo 4. Desigualdade em Saúde	29
4.1 A Teoria das Causas Fundamentais	29
4.2 Apontamentos Acerca da Desigualdade em Saúde	31
Capítulo 5. A Composição do Sistema de Saúde no Brasil	33
5.1 A Constituição de 1989: a criação do SUS como sistema de saúde universalizador	33
5.2 Os Planos e Seguro Saúde como Agentes Potencializadores da Desigualdade	35
Capítulo 6. Classe Social e Desigualdade em Saúde	40
6.1 Classificação Socioeconômica para o Brasil	42
Capítulo 7. Gênero e Desigualdade em Saúde	44
Considerações Finais	55
Referências	57

INTRODUÇÃO

A pesquisa exposta aqui aborda temas que versam sobre a desigualdade de acesso à saúde no Brasil. Para tanto, tomaremos como ponto de partida as análises dos temas que permeiam a sociologia da saúde, assim como os estudos que tratam sobre desigualdade social, priorizando o enfoque nos trabalhos sobre desigualdade em saúde. A desigualdade em saúde pode ser definida como a diferença no acesso a recursos e a fatores que influenciam a saúde, os quais podem se alterar por circunstâncias e contextos sociais ou por meio de políticas públicas; esse tipo de desigualdade é pensado sob o prisma de *grupos sociais* em desvantagens, e não indivíduos, sendo a saúde uma desvantagem adicional a esses grupos menos favorecidos socialmente. Como destaca Anthony Giddens em seu livro *Sociologia*, também podemos focalizar a desigualdade em saúde sob a ótica das diferenças na *condição* de saúde ou na *distribuição* de seus determinantes entre diferentes grupos populacionais: algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha, e outras são atribuíveis ao ambiente externo e a condições em geral alheias ao controle dos grupos em questão. No primeiro caso, pode ser eticamente impossível ou ideologicamente inaceitável mudar os determinantes de saúde e, assim, as desigualdades em saúde são inevitáveis. No segundo, a distribuição desigual pode ser desnecessária e evitável, portanto injusta (GIDDENS, 2005).

Não devemos conciliar nem confundir desigualdade em saúde com o estado de saúde de um determinado grupo ou determinados indivíduos. No artigo *A saúde como direito social: algumas questões*, Maria Helena Oliva Augusto e Olavo Costa, dizem que a desigualdade em saúde se remete às vantagens e desvantagens de alguns destes agentes em relação a outros: é o *acesso desigual* aos recursos presentes na sociedade (AUGUSTO & COSTA, 1993). Tais recursos são meios de poder e controle social, e os que mais contribuem para a desigualdade são aqueles que podem ser restritos e vetados a alguns grupos; como exemplos destes recursos podemos citar os planos e seguros saúde. Outro fator importante que correlaciona recursos sociais e desigualdade é o seu modo de distribuição e a maneira que são utilizados: a possibilidade de escolha dentre tais recursos e meios sociais não é a mesma para os diferentes estratos da sociedade e, uma vez que estão sempre fazendo escolhas, eles têm em seu poder um leque diferenciado, que pode variar dependendo, por exemplo, da raça, gênero, etnia ou posição social do indivíduo, potencializando o impacto de desigualdade.

As divisões e desigualdades sociais se manifestam dentro das organizações e instituições da sociedade, sendo categorias não-fixas, pois estão sempre, apesar de

vagarosamente, alterando-se, e também em constante construção, com o objetivo de se tornarem duráveis. Estas divisões incluem todos os agentes em categorizações que, por sua vez, são sobrepostas; apesar disso, uma mesma pessoa pode ocupar diferentes categorias, dificultando, assim, uma divisão precisa e acurada.

Pretendeu-se elaborar uma discussão sobre a desigualdade em saúde, a qual, como afirma William Cockerham em seu livro *Social Causes of Health and Disease*, é um tema que apresenta uma mudança de paradigmas em curso, reconhecendo a importância dos determinantes sociais na saúde (COCKERHAM, 2007). Os fatores sociais não eram considerados como *causas fundamentais* de doenças nos estudos epidemiológicos, sendo relegados a influências coadjuvantes: os determinantes do estado de saúde eram atribuídos principalmente a processos bioquímicos. Contudo, diante de novos paradigmas, percebe-se a necessidade de considerar o conjunto de fatores influenciadores na análise da saúde e da sua desigualdade. A partir desse momento, os estudos sobre saúde começam a ser analisados como *construção social*.

Desta forma, a doença e a saúde são pensadas como “fatos” não-universais, posto que dependem da cultura, do contexto, da sociedade em que se está inserido; são formas dinâmicas e multicausais. Significa também refletir sobre a doença a partir de múltiplos focos, levando em conta um amplo conjunto de fatores de risco – mecanismos não-fixos que conduzem à doença – para tentar explicá-la. Pois, cada um destes fatores apresenta pequenos impactos sobre a doença e, ao contrário da epidemiologia médica, levamos em consideração todos os fatores sociais, inclusive os mais longínquos, e não atribuímos um maior valor de causalidade às circunstâncias que estão mais próximas da doença, uma vez que estas circunstâncias são variáveis, mas as doenças persistem (LINK & PHERLAN, 1995). Devemos, primeiramente, analisar aquilo que precede os fatores de risco e que se manifesta de diferentes maneiras, como os estilos de vida e comportamentais de grupos e indivíduos, assim como o seu estado de existência, ou seja, o que eles possuem ou o que fazem como atividades diárias, sua posição social, etc. Deste modo, as *circunstâncias sociais da vida* são causas fundamentais da saúde e da doença, e o que buscamos aqui é um embasamento teórico consistente para explicar a relação entre posição socioeconômica, gênero e acesso a saúde no Brasil.

Ao tratarmos da questão do acesso a saúde no Brasil, devemos levar em consideração o quadro de composição dos serviços de saúde no país, o qual é representado pelos setores público, privado e de seguros privados. O setor público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); o setor privado é composto por atendimentos diretos nos

consultórios, clínicas médicas e hospitais particulares; e o setor de seguros privados são empresas que terceirizam o serviço médico, sendo este prestado com o pagamento mensal de taxas a estas empresas. O objetivo do SUS é o de buscar e proporcionar a equalização dos serviços de saúde gerando o acesso igual a todos os indivíduos, grupos e classes sociais (COHN, 2005). Em contrapartida, o serviço privado de saúde, composto pelos setores privado e de seguros privados, geram na sociedade uma segmentação, uma vez que são prestados apenas mediante recompensas e pagamentos, reproduzindo a desigualdade no interior do sistema de saúde e, assim, alterando o alcance do objetivo de equidade proposto pelo SUS. Murilo Fahel, em seu artigo *Desigualdades em Saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais*, destaca que a ocorrência dessa discrepância se dá principalmente porque os serviços privados de saúde oferecem uma melhor qualidade de atendimento e uma maior disponibilidade dos serviços – assim como um número abrangente de profissionais atuando nesta área (FAHEL, 2007).

Com este panorama podemos destacar a relação entre as desigualdades sociais existentes em nossa sociedade, e a saúde dos indivíduos e grupos. Podemos ressaltar também alguns fatores que relacionam esses dois aspectos, como a posição socioeconômica e o gênero – diferenciando o comportamento e os estilos de vida –, as condições de habitação, o nível de acesso a serviços de saúde – não só diretamente pelo aspecto financeiro, mas também pelo aspecto geográfico. Acreditamos serem estes os principais pontos que fazem com que as distinções sociais sejam produzidas e reproduzidas ao que tange à saúde dos grupos e indivíduos.

A finalidade deste estudo foi a de reconhecer a importância dos fatores sociais na causalidade da saúde e da doença e por isso o objetivo principal foi o de contribuir para a superação da lacuna existente atualmente na produção de pesquisas que contemplem essa perspectiva. Sendo assim, pretendemos primeiramente constatar a existência da desigualdade de acesso a saúde no Brasil, e verificar em que medida essa discrepância tem efeitos diretos nas chances de saúde dos indivíduos. Por fim, testamos se esses efeitos são mediados por classe e gênero e o quanto o pertencimento a uma classe impacta no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, na própria saúde e no bem-estar do grupo.

CAPÍTULO 1

A SOCIOLOGIA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

Iniciaremos este capítulo elaborando uma abordagem sócio-histórica do surgimento da ideia de saúde como um bem-estar social. Este pensamento origina-se com o advento da Revolução Francesa, e com esta a introdução do espírito científico. Neste contexto demarcamos grandes mudanças principalmente quanto ao papel do Estado na promoção do bem-estar social, e na instituição hospitalar vista não mais como um lugar de exclusão, mas sim de assistência e promoção a saúde (FOUCAULT, 1998).

Este momento merece grande destaque como o marco do pensamento da saúde como bem-estar social e direito de todos os cidadãos, pois a partir de seus desdobramentos e de seus ideais surgiram os movimentos de reformas sanitárias em todo o mundo. No Brasil, com o movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, houve a progressiva adoção da assistência como serviço público de saúde, sendo assim um dever do Estado provê-la (GOHN, 1995). E também, como destacado acima, o hospital passa a ser o lugar do cuidado, precisando de novas regras e normas de organização (FOUCAULT, 1998), e mais uma vez cabendo ao Estado promover tais reformas.

Antes de iniciarmos e nos aprofundarmos nesses temas mais específicos da problematização da questão da saúde no Brasil, devemos elaborar uma análise histórica e social da formação do país, para que assim possamos entender o modo de pensar do brasileiro e conseqüentemente como o mesmo pensa saúde. A fim de contemplar essa contextualização partimos de um ponto-chave da história: final do século XVIII. Neste momento o reinado de Portugal encontrava-se em decadência devido aos desdobramentos da Revolução Francesa e a expansão do exército de Napoleão Bonaparte. Algumas questões relevantes que marcaram esta época são claramente demarcadas por Sergio Buarque de Holanda em seu livro intitulado *Raízes do Brasil* (2006), como: a Inquisição da Igreja Católica visando o controle social; o trabalho visto como punição e assim a moral do trabalho entrando em contraste com a solidariedade; a vontade de mandar das elites e a natureza de cumprir ordens – pregada pela religião – da população ocupante da base da pirâmide social; e assim havendo uma centralização do poder baseando-se na ênfase da obediência. Aqui, não se tinha ainda as ideias de nação, organização e bem-estar social. A partir da expansão e desdobramentos da Revolução Francesa, causando a vinda da família real portuguesa ao Brasil, surgem os ideais de integração, unificação, centralização, organização das carências e identidade nacional, já que, aqui seria a nova corte real portuguesa, surgindo um Estado e assim a ideia de cidadania.

Esse colonialismo brasileiro exercido por um reino ibérico – Portugal – que somente entrou como protagonista europeu no auge das grandes navegações, era marcado pela falta de racionalização da vida e pela solidariedade do interesse. Ao contrário dos países protestantes, em Portugal, marcadamente católico, o ócio importava mais que o negócio. Desta forma o colonialismo ibérico é marcado perante uma frouxidão da estrutura social e hierárquica, uma vez que os decretos governamentais idealizavam conter e refrear os interesses privados e particulares e não estimular uma ideia de controle social. Assim, podemos destacar que a falta de coesão social não é um fenômeno moderno no Brasil, foi social e historicamente construído.

No colonialismo reinava um separatismo hierárquico com três predominâncias básicas: o Rei, os dominantes e os dominados. Entre estes pairava os interesses privados e os ganhos independentemente de posição, título ou nobreza. O mais importante era a riqueza, os altos feitos e as virtudes em detrimento das origens de sangue. O mundo político era predominado por uma organização artificialmente mantida por uma força exterior, no qual se manifestava através do mandonismo do rei, do colonizador, do feitor, do ditador. No mundo do trabalho sobressaía a predominância do ganho fácil, com pouco trabalho e controlado verticalmente – o trabalho como castigo ou punição. Essa carência da moral do trabalho verticalizou as relações sociais e impeliu a uma tendência reduzida da capacidade de organização social, precarizando a ideia central de solidariedade.

Como demonstrado, a exploração dos trópicos se fez de forma desordenada e com certo desleixo e abandono, cujo objetivo principal era o extrativismo das riquezas e subsequentemente o abandono das terras e das pessoas que aqui viviam. A prática extrativista imposta no Brasil era aventureira e não postulada na ética do trabalho e da reconstrução (HOLANDA, 2006). Alguns fatores preponderantes se complementavam no sentido de manter o ciclo da aventura como ponto marcante da vida social – o choque das raças, costumes e padrões de existência, o clima e a necessidade de longa adaptação foram alguns dos elementos que orquestraram a manutenção da verticalidade do poder e da prática extrativista aventureira. Para o fim desta prática, o território foi fragmentado em capitâneas com o objetivo de facilitar o controle deste extrativismo e atender ao pressuposto da riqueza e da aventura para os que aqui quisessem arriscar a enriquecer a si mesmos e ao mandatário, o Rei. Desta forma, não havia integração nem comunicação eficiente, nem regime único que minimamente dessem origem à ideia de nação e nem tampouco de organização e consciência de *necessidades e bem-estar social*.

Com a vinda da família real portuguesa e a transferência da corte para o Brasil, houve algumas mudanças no país, como: a integração do território; definições das fronteiras; unificação das decisões; centralização do poder; melhoria das comunicações e intercâmbios; existência de um centro de poder comum; organização das carências – estradas, escolas, tribunais, fábricas e hospitais; introdução do ensino superior; formação dos grandes impérios rurais pós-independência; repressão física e cultural aos negros escravizados; idiotização do povo em geral; usurpação dos bens públicos para a formação de riquezas privadas; esperteza como principal “virtude” dos homens de negócios brasileiros; marcos da identidade nacional (HOLANDA, 2006). Desta forma, surgem a ideia de integração nacional, os movimentos sociais mais organizados, a preocupação com as demandas nacionais e as necessidades sociais, o sentimento de emancipação e autocontrole, a troca de tecnologias e saberes antes mantidos no movimento eurocêntrico e o sentimento de pertencer a algo, assim como o sentimento de cidadania.

Desta maneira, podemos retomar nosso tema central, já que a noção de saúde ao nosso entender é uma construção sócio-histórica, que envolve a aplicação de metodologias dialéticas – juntando teorias e práticas, ciência e o senso comum –, assim como a uma ideia de construção de sujeitos em cenários concretos de vida e de morte, de existência. Ligando-se ao pressuposto de que os sujeitos são autônomos, críticos, reflexivos e tem experiência própria.

De tal modo, a saúde é interligada à sociedade, pois são os modos de vida, as vivências e as experiências vivenciadas. Ou seja, a consciência crítica ou a alienação que determinam as necessidades humanas, e assim se constrói a identidade de “ser saudável”, remetendo-se aos processos sócio-estruturais e históricos, são os reflexos da condição do humano, suas fragilidades, limitações, potencialidades e oportunidades. Portanto, devemos destacar a existência de lacunas existentes entre a necessidade da população para o cuidado da saúde e os recursos acessíveis, tornando-se de extrema importância a tentativa de reduzir ou até mesmo eliminar tais lacunas com tomadas de decisões para melhorar a eficiência. Tais decisões envolvem algumas estratégias, no sentido em que exerce influência para a saúde e na qualidade de vida das pessoas e, devem consequentemente ser racionais e se basearem em sistemas contínuos, ou seja, as decisões envolvem três elementos fundamentais: os *fatos*, que são as necessidades, a realidade de vida dos indivíduos e grupos e suas experiências; os *conceitos*, a compreensão das bases elementares das necessidades; e os *valores*, a visão de mundo de quem oferta o cuidado e também de quem recebe o cuidado.

A partir dessa contextualização, podemos afirmar que com a Revolução Francesa e suas ideologias surge um modo de organização social baseado no bem-estar, já que

o homem passa a ser o centro das preocupações, havendo a substituição das crenças religiosas pelo modo de pensar racional. Tais ideologias pautavam-se na ideia de que o homem era bom, mas a sociedade o corrompia (ROUSSEAU, 1983), e se todos vivessem em uma sociedade justa, visando o bem comum, com direitos iguais, o ideal de felicidade seria alcançado. Mas, este ideal se daria apenas através do poder do Estado no qual garantiria sua promoção e manutenção. Esses ideais iluministas difundiram-se por vários países, inclusive em Portugal, principalmente com Marques de Pombal no qual tinha como objetivo a organização social, mas visando a centralização do poder. Em contrapartida pairava o pensamento de que o monarca deveria governar visando o bem-estar de seu povo – pensamento ligado a crenças religiosas – demarcando assim o chamado despotismo esclarecido (PAIM, 1982). Já no Brasil, esta época foi marcada pela queda da lavoura açucareira e a ascensão do minério, transferindo a capital econômica para o interior do país, pautada em práticas burguesas e assim abrindo caminho para influências do pensamento iluminista (HOLANDA, 2006).

Com este panorama sócio-histórico, podemos afirmar que os desdobramentos e as mudanças culturais ocorridas com a partir da Revolução Francesa, causaram grandes consequências no nosso modo de pensar e ver a saúde, principalmente no âmbito do *bem-estar social* e do *estado como promotor* desse bem-estar, manifestando dessa maneira a necessidade de uma organização social.

A partir desse breve levantamento sobre as origens de nossa ideia atual sobre saúde, devemos nos ater ao nosso tema central, ou seja, a Sociologia da Saúde, seu surgimento e institucionalização. Para tanto, faremos uma explanação das origens da Sociologia, termo que surgiu em 1839 com Augusto Comte, substituindo a expressão “física social”, no qual se referia à ciência que tem por objetivo o estudo dos fenômenos sociais, e que deveriam ser tratados da mesma maneira que os objetos estudados pelas ciências naturais. Como podemos ver, embora a Sociologia traga marcas do século XIX, suas origens são anteriores, assim como esboçado sobre a mudança do conceito de saúde, as origens da Sociologia é um produto das revoluções Industrial e Francesa, nas quais, marcaram uma nova forma de organização política e econômica constituindo a sociedade capitalista. Mas, apesar do foco dos autores clássicos da Sociologia permear os problemas sociais, eles não se dedicaram ao estudo da doença e da medicina como temas de suas análises. Esse tema, pautado na saúde como uma disciplina específica da Sociologia emerge apenas no século XX.

Uma corrente mais específica de estudos relacionados à Sociologia da Saúde inicia-se em 1939 com a primeira geração da Escola de Chicago, na qual William I. Thomas e Robert E. Park realizaram estudos sobre doença mental (NUNES, 2006a). Mas somente após

a II Guerra Mundial, que a então chamada Sociologia Médica ganha destaque e financiamento de entidades particulares e públicas nos Estados Unidos. Deste modo esse novo ramo da Sociologia inicia sua construção teórica, na qual destaca-se principalmente a contribuição de Talcott Parsons com o conceito de “papel do doente”, no qual a doença é vista como o *desvio social* e o cuidado médico como o *controle social* a fim de restaurar o *equilíbrio social* (PARSONS, 1988). Assim, iniciam os estudos sobre saúde baseados na Teoria Social (NUNES, 2006a). A segunda geração da Escola de Chicago segue a tradição de estudos na área da Sociologia da Saúde, mas abordando novos temas, como: o uso de drogas – Erving Goffman (1974 e 1978) e Howard Becker (2008) –, o conceito de comportamento na doença – David Mechanic (1989) –, e sobre o ensino da Sociologia para estudantes de medicina – Samuel Bloom (1990). No final da década de 1960, Bloom assinala uma mudança de perspectiva na análise sociológica sobre saúde, mas essa nova perspectiva não necessariamente faz-se romper com a anterior. Algumas dessas mudanças são demarcadas pela: análise de sistemas sociais de menor escala para sistemas sociais amplos; de análises de papéis sociais para organizações complexas; de uma perspectiva de relações humanas para uma análise de estrutura de poder. Neste momento, apesar da denominação desta corrente ainda ser Sociologia Médica, sua abordagem ultrapassa os ramos da medicina e da profissão médica, abrangendo diversos temas e profissões da área da saúde e seus determinantes, desta forma novos debates e autores vão surgindo, assim como críticas à organização dos serviços e problemas relacionados a doenças crônicas e o acesso à saúde.

As correntes sociológicas que demarcaram trabalhos importantes sobre a saúde, foram principalmente o interacionismo simbólico e o marxismo. Sendo que esta traz para a Sociologia Médica a perspectiva da economia política, ligando temas de desigualdade em saúde e os fatores de risco em saúde às características estruturais da sociedade, perspectiva pela qual nos ateremos com maior profundidade.

Para que possamos adentrar em nosso principal tema *A Desigualdade em Saúde*, faz-se necessário ainda esboçarmos outro ramo de estudos em saúde, que se assemelha muito à Sociologia da Saúde, que é a chamada Saúde Coletiva. No Brasil, houve uma retomada das origens da saúde coletiva – que também tem como base a Escola de Chicago – nos projetos preventistas e no planejamento em saúde (TEIXEIRA, 2010), mas com uma crítica pautada em uma determinada medicina, que na teoria e na prática já estava em crise. Essa crítica é especificamente ao modelo biomédico, vinculado muito mais ao projeto pedagógico do que às práticas médicas. A partir deste momento ocorre uma mudança na formação dos profissionais de saúde, que passam a pensar o paciente como sujeito.

A emergência da Saúde Coletiva no Brasil se dá a partir da ditadura militar, fazendo com que os índices de desigualdade e mortalidade infantil no país atingissem números nunca antes alcançados. Desta forma, os anos 1970 representa para o campo da Saúde Coletiva um momento em que o mesmo inicia a sua estruturação formal, especialmente na formação de recursos humanos, no avanço das ciências sociais na saúde e no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) no fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação (NUNES, 2006b). Assim como, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) assume que a medicina social tem como objetivo a análise das práticas e dos conhecimentos da saúde relacionados com a sociedade, desta maneira a medicina vai adquirindo um caráter social. A OPS queria redefinir a posição e o lugar dos objetos na medicina entre o biológico e o psicossocial. Mas a institucionalização da Saúde Coletiva no país se deu quando um grupo de intelectuais cria a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (NUNES, 2006b).

Diante dessa história e do fato de diferente de outros campos do conhecimento em saúde, a Saúde Coletiva ter sido organizada por uma associação congregando o que havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde e ciências sociais em saúde, tornou-se difícil um consenso acerca da sua conceituação. Em realidade, a partir do momento em que foram firmadas as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a Saúde Coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos, como políticos. Assim, a Saúde Coletiva não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico. Esta ciência é então formada por três grandes espaços disciplinares, que são: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia social e a política e planejamento em saúde.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

O presente estudo utilizou os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do ano de 2008, cujo questionário suplementar investigou as características de saúde dos moradores dos domicílios brasileiros. Este suplemento apresenta dados sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde e a medicamentos,

informações sobre aspectos de morbidade da população, questões acerca das características da mobilidade ou limitação física das pessoas, realização de exercícios físicos e características do tabagismo. O levantamento da PNAD é realizado por meio de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: municípios, setores censitários e unidades domiciliares. O desenho da amostra da pesquisa possibilita a expansão dos resultados da amostra para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (IBGE, 2009). A amostra da PNAD de 2008 possui informações sobre mais de 400 mil casos, abrangendo todos os moradores dos domicílios brasileiros, de crianças a adultos, mas o presente estudo vai abarcar apenas a população adulta, definida aqui como as pessoas que possuem de 18 a 65 anos de idade completos, na data de referência da pesquisa (setembro de 2008).

A variável dependente na maioria dos estudos de saúde é um tipo de variável qualitativa ou categórica, tal como a presença ou a ausência de uma doença. A proporção encontrada de pessoas doentes representaria o risco ou probabilidade de adoecer incidente entre aqueles que pertencem a determinado grupo ou classe, o que é aqui entendido como o fator sociológico explicativo das chances de saúde. Outro exemplo de variável dependente é a posse ou não de planos ou seguro saúde, ou seja, se o indivíduo tem e utiliza seu seguro saúde, ou se faz uso apenas do sistema público de saúde, ou ainda se tem o seguro ou plano de saúde, mas também utiliza o sistema público, abrangendo a sua possibilidade e o seu acesso aos serviços de saúde. Foram utilizados modelos de percentagens padronizadas ou ajustadas por idade, o qual foi usado e comparado formas alternativas de representação da posição social das pessoas e sua relação com as chances de saúde.

Na investigação da desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelos distintos grupos e indivíduos, foram utilizadas as categorias de *acesso aos serviços* (presença ou ausência de planos de saúde; se o plano de saúde dá direito a internações hospitalares e se houve atendimento imediato assim que procurou o serviço de saúde¹), *necessidade* do indivíduo ao procurar o serviço de saúde (auto-avaliação do estado de saúde, mobilidade física e doenças crônicas) e a *posição socioeconômica*. Além disso, utilizamos os três indicadores já referidos (*auto-avaliação do estado de saúde, doenças crônicas e mobilidade*) para elaborar a relação entre a distinção de gênero e a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Isto é, foram utilizadas como variáveis de controle para delimitar de modo mais claro a relação inerente entre categorias de gênero e acesso a serviços de saúde, que se faz de forma

¹ A variável relacionada à questão “se houve atendimento imediato assim que procurou o serviço de saúde”, não foi explorada neste estudo por apresentar baixa significância estatística ao relacionarmos com o acesso a saúde.

independente da distribuição do estado de saúde. No entanto, esses dados foram apresentados de forma ampla, sendo necessário delinear sua utilização, como nestes exemplos: o indicador de auto-avaliação, que é formado por cinco variáveis (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim) foi transformado em variável binária (boa e não-boa); o indicador de doenças crônicas, que apresenta uma lista de doze doenças², foi mensurado pela presença ou ausência de algumas dessas, as que podem ser auto diagnosticadas³. O mesmo pode ser aplicado para aferir a limitação de mobilidade, de maneira a tornar os dois últimos indicadores variáveis binárias. A limitação da mobilidade física foi analisada a partir de indicadores que apresentam melhor mensuração, como, a prática de atividades cotidianas.

A classificação socioeconômica utilizada foi baseada nos estudos de José Alcides Figueiredo Santos, exposto em seu artigo *Uma Classificação Socioeconômica para o Brasil*, publicado na *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (FIGUEIREDO SANTOS, 2005). Tal classificação agrupa critérios teóricos conciliando *regiões* da estrutura social, potencializando, desta forma, a mensuração de classe. As categorias de trabalho tratadas são demarcações na estrutura social, a exemplo da posse ou não de propriedades, da autoridade que se exerce no âmbito social e trabalhista e da qualificação do indivíduo. Sendo assim, são categorias empíricas de classe baseadas na estrutura do emprego.

A análise dos dados foi realizada por meio de tabelas objetivando constatar padrões de relações. É importante examinar se diferentes formas de análise de dados influenciam nos resultados. Por isso, alternativas de mensuração foram implementadas. Todas as variáveis foram estimadas usando o programa estatístico Stata, versão 10 (STATA, 2008).

CAPÍTULO 3

DESIGUALDADE SOCIAL

As desigualdades sociais manifestam-se pelas organizações e instituições sociais, se tornando categorias não-fixas, uma vez que estão sempre, apesar de lentamente, alterando-se, e também em constante construção, com o objetivo de se tornarem duráveis. As

² São as doenças: de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite, cirrose.

³ A tabela 5 se limitou à análise das doenças musculoesqueléticas, o que parece melhor para a questão de gênero. O questionário pergunta ao entrevistado se “Algum médico ou profissional de saúde disse que tem doença de ...”, o que faz com que a resposta dependa ao acesso aos serviços de saúde e do conhecimento da doença. A consideração de três doenças crônicas “externas”, com menor grau de não diagnóstico, contorna uma parte deste problema.

distinções sociais apresentam-se nas relações sociais de forma multidimensional e assimétrica, incluindo todos os agentes em categorizações que, por sua vez, são sobrepostas; apesar disso, uma mesma pessoa pode ocupar diferentes categorias, dificultando, assim, uma divisão precisa e acurada. Sendo assim, a desigualdade social é caracterizada pela vantagem de um grupo socioeconômico em relação a outro. São diferenças de acesso a recursos e bens materiais e não-materiais, gerando divisões sociais que exercem grande influência na vida dos indivíduos, grupos e instituições. Os recursos mais importantes na geração das desigualdades são os que podem ser restringidos, apropriados, e que podem somar-se a outros recursos dando-lhes um valor adicional.

No presente estudo utilizamos dois autores principais para teorizarmos a questão da desigualdade social, Amartya Sen (2008) e Charles Tilly (2006), os mesmos apresentam perspectivas distintas, mas não excludentes, no estudo sobre o tema, que são as desigualdades entre os indivíduos e as desigualdades entre os grupos sociais, respectivamente.

3.1 AMARTYA SEN: ANÁLISE DA DESIGUALDADE SOCIAL SOBRE INDIVÍDUOS

Iniciaremos explanando a abordagem elaborada por Amartya Sen sobre a desigualdade entre indivíduos, baseada no conceito de capacidade. Para isso, utilizamos como principal fonte de pesquisa seu livro *Desigualdade Reexaminada* (2008). O autor inicia seus argumentos explanando que toda teoria acerca da desigualdade trabalha com a ideia de que algo deve ser igualado. Assim, seu ponto principal de investigação é o questionamento sobre “*igualdade de quê?*”. Segundo Sen, devemos buscar a igualdade de *capacidades* dos indivíduos, essas que devem ser igualadas para que assim sejam amenizadas as consequências da desigualdade social. Essas capacidades representam a concepção de igualdade de oportunidades que destaca a liberdade que as pessoas têm para levar suas vidas, focalizando o que as pessoas podem fazer ou realizar para o seu bem-estar (SEN, 2008). Nesse viés, as pessoas devem, através dos recursos em que elas dispõem, planejar suas vidas para realizar o que valorizam. A sociedade deve compensar seus membros por aquilo que eles não podem ser responsabilizados ou não têm controle. Mas, o alcance desse objetivo não depende apenas da sociedade, já que as capacidades envolvem acessibilidade aos recursos que dependem muito das habilidades e dos talentos que cada indivíduo possui para usá-los alternativamente. Desta forma, ser carente de habilidades e talentos consiste numa limitação de liberdade de ter e fazer escolhas, ocasionando a falta de oportunidades.

No mesmo mote, devemos considerar primeiramente que querer a igualdade de algo é aceitar a desigualdade de outras coisas que não abrangem esse “algo”. Isto é, devemos reconhecer o alcance limitado do igualitarismo e também o fato de que exigir igualdade num espaço pode fazer com que se seja antiigualitário em algum outro espaço, cuja importância comparativa na avaliação global tem de ser apreciada criticamente. Além disso, também devemos considerar que os indivíduos são diferentes, desta forma cada um busca a igualdade de coisas distintas, conforme seu interesse. Cada indivíduo apresenta um senso de justiça e de igualdade, particular.

A discussão sobre igualdade aparece imediatamente como um complemento da afirmação da importância da liberdade, que deve ser complementada passando-se a caracterizar a distribuição de direitos entre pessoas envolvidas, e considerando a pluralidade de espaços. Mas, como já mencionado, os indivíduos são distintos, em vários aspectos, como os sociais, culturais, biológicos, físicos, etc. Assim como o ambiente em que cada um vive, podendo ser de vital importância inclusive ao tratarmos de questões epidemiológicas. Com a junção dessas variáveis, devemos considerar que a mesma renda, gênero ou idade de pessoas distintas, podem não exercer a mesma função, já que as variáveis e os recursos se distribuem de maneiras diferentes na vida das pessoas, nesse aspecto podemos assemelhar o pensamento de Amartya Sen ao de Charles Tilly. E, deste modo, considerar a extrema relevância da escolha de variáveis focais relevantes para a análise da desigualdade.

Sen destaca que a relevância da variável renda no estudo sobre desigualdade social, mas pondera que a extensão da desigualdade real de oportunidades com que as pessoas se defrontam não pode ser prontamente deduzida da magnitude da desigualdade de rendas. Já que o que podemos ou não realizar não depende somente da nossa renda, mas também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas. O problema da desigualdade não deriva apenas da renda, mas da existência de outros meios importantes e das variações interpessoais na relação entre meios e os vários fins. A medição da desigualdade tem que introduzir informação relativa a outros espaços: tanto para avaliar a desigualdade nesse espaço, como para avaliar num esquema mais amplo, considerando a influência de outros fatores sobre o objetivo (SEN, 2008).

Ao tratar do tema da *liberdade, realização e recursos* o autor destaca que a posição de um indivíduo em um ordenamento social, assim como a desigualdade, pode ser julgada através de duas formas: pela realização de fato conseguida ou pela liberdade para realizar. A realização pode ser julgada de vários modos: pela utilidade, pela opulência ou por meio da qualidade de vida, mas para qualquer modo utilizado na caracterização da realização,

devemos sempre considerar a distinção entre a extensão da realidade e a liberdade para realizar. Igualar a propriedade de recursos ou parcelas de bens primários não necessariamente iguala as liberdades substantivas usufruídas por pessoas diferentes, já que pode haver variações significativas na conversão de recursos e de bens primários em liberdades. Assim, liberdade difere-se dos meios para a liberdade. Os recursos que uma pessoa tem, ou bens primários que detém podem ser indicadores bastante imperfeitos da liberdade que essa pessoa realmente desfruta para fazer isto ou ser aquilo. As características pessoais e sociais de indivíduos diferentes podem diferir enormemente e resultar em variações interpessoais substanciais na conversão de recursos e bens primários em realizações.

Os *funcionamentos e capacidades* são juntamente analisados pelo autor, já que a capacidade é o reflexo da liberdade para obter as várias combinações de funcionamentos – estados e ações – que uma pessoa pode realizar. E estes constituem o bem-estar – funcionamentos realizados – e a liberdade – capacidade para realizar os funcionamentos. Essa abordagem da capacidade trata primeiramente da identificação de “objetos-valor”, que são classificados hierarquicamente – o que tem valor positivo para os indivíduos – e concebe o espaço de avaliação em termos de funcionamentos e capacidades para realizar funcionamentos (SEN, 2008). Essa perspectiva fornece um reconhecimento mais amplo da variedade de maneiras sob as quais as vidas podem ser enriquecidas ou empobrecidas. A liberdade de escolha influi diretamente no bem-estar dos indivíduos, já que quanto maior a liberdade, maior o leque de escolhas.

A *liberdade* está ligada não só ao *bem-estar*, mas também a outros objetivos e valores da realização da *condição de agente* dos indivíduos. A liberdade da condição de agente é a liberdade para fazer acontecer às realizações que se valoriza e se tenta produzir. A liberdade de bem-estar é a liberdade de alguém para realizar as coisas que são constitutivas de seu bem-estar. Desta maneira, a condição de agente e o bem-estar são distinguíveis, mas ao mesmo tempo interdependentes. O bem-estar e a liberdade podem dirigir-se em sentidos opostos, depende de nossas escolhas. Essas escolhas podem representar uma oportunidade – na qual *podem* ser feitas por nós mesmos – ou um ônus – na qual *têm* que ser feitas por nós mesmos. Sendo assim, a expansão de algumas escolhas pode reduzir nossa capacidade de escolher estilos de vida que apreciaríamos. Existem sistemas de controle sobre nossa liberdade. Estes são exercidos para valorizar o que queremos. São sistematicamente exercidos seguindo o que escolheríamos e precisamente por essa razão a liberdade efetiva não se compromete, embora a liberdade de controle possa ser limitada ou ausente.

O autor, ao discutir as ideias de *justiça* e *capacidade*, inicia questionando a teoria da justiça de John Rawls (SEN, 2008:129), na qual o foco na distribuição de bens primários – direitos, liberdades e oportunidades; renda e riqueza; e as bases sociais de auto-estima – seria um caminho para nos conduzir em direção a liberdade abrangente. Os bens primários na concepção rawlsiana não são constitutivos da liberdade como tal, sendo melhor concebidos como meios para a liberdade. Sen (2008) argumenta que a conversão de bens primários e recursos em liberdade de escolha entre combinações alternativas de funcionamentos e outras realizações pode variar entre os indivíduos, desta forma podem resultar sérias desigualdades nas liberdades reais desfrutadas por pessoas diferentes. Portanto, as pretensões individuais não devem ser avaliadas em termos de recursos ou bens primários que as pessoas detêm, mas pelas liberdades que elas realmente desfrutam para fazer escolhas. É esta liberdade real que representa a capacidade de uma pessoa em realizar várias combinações alternativas de funcionamentos. A capacidade representa a liberdade, ao passo que os bens primários nos falam somente dos meios para a liberdade.

Após este breve resumo sobre os principais conceitos de Amartya Sen na análise sobre as desigualdades sociais, o autor ainda nos atenta que ao avaliarmos as desigualdades temos que levar em consideração tanto a pluralidade dos espaços quanto a diversidade dos indivíduos. Portanto, ao tratarmos da igualdade entre as pessoas podemos defini-la em termos de aproveitamento – comparando os níveis efetivos de realização – ou em termos de insuficiências com relação aos valores máximos que cada um pode realizar – comparando as insuficiências das realizações efetivas com relação às realizações máximas. Assim, Sen expõe duas formas de avaliação da desigualdade: baseada na justiça, seguindo o modelo de John Rawls; e no contexto da análise do bem-estar social, pressupondo que o vetor das rendas determina o nível do bem-estar social. Desta forma, se o bem-estar social é concebido como uma função do bem-estar dos indivíduos, então as variações na conversão de rendas em bem-estar deve ser levada em conta, prestando-se uma atenção adequada à relação variável entre rendas, por um lado, e funcionamentos e capacidades por outro.

Outras questões importantes expostas por Sen na análise sobre a desigualdade, é que dada a imensa diversidade humana, devemos nos centrar em quais são as diversidades significativas em cada contexto. As análises gerais de desigualdade social procedem – assim como também considera Charles Tilly – em termos de grupos e não indivíduo específico. Para o autor, o problema da desigualdade pode ser compreendido muito melhor se compararmos aquelas coisas que importam intrinsecamente, ou seja, os funcionamentos e capacidades, e não somente os meios, como bens primários e recursos.

3.2 CHARLES TILLY: ANÁLISE DA DESIGUALDADE SOCIAL SOBRE GRUPOS

A análise da desigualdade social sobre grupos, sugerida por Charles Tilly é uma análise categórica, na qual analisa conjuntos opostos de pessoas que recebem tratamentos diferenciados – como a desigualdade de gênero, de classe, de raça, étnica, etc. As categorias moldam a desigualdade e identidades, estabelecendo fronteiras entre os que se beneficiam dos recursos e os que são excluídos deste benefício. Tais fronteiras sociais, presentes em nosso cotidiano são formas de relações sociais na qual reconhecemos o seu significado e estamos constantemente negociando com elas (TILLY, 2006). A relação entre estas fronteiras, as relações sociais e o significados que damos a elas formam a identidade social que, é demarcada por uma pluralidade entre um “nós” em oposição a um “eles”.

Em seu artigo “*O acesso desigual ao conhecimento científico*” (2006) Tilly aborda com maior profundidade a questão das fronteiras sociais, esboçando que existe a fronteira interior – que é o seu eu único – e a fronteira exterior – que é o modo como nos categorizam. Desde modo, existem relações no interior da fronteira, entre as fronteiras e também através delas. Além de, as pessoas criarem várias interpretações coletivas sobre as fronteiras, na qual se influenciam. As fronteiras, as relações através e no interior delas e suas interpretações compartilhadas formam as identidades coletivas. Estas moldam as experiências individuais, principalmente quando enfatizam a distribuição entre uma coletividade em oposição a outra. Essa abordagem é tratada como *identidade relacional*, na qual a identidade apresenta quatro elementos: 1) uma fronteira que separa o “nós” do “eles”; 2) relações existentes no interior da fronteira; 3) relações existentes através das fronteiras; 4) o compartilhamento da interpretação sobre a fronteira e as relações (BRUBAKER, 2005 *apud* TILLY, 2006: 49).

Quadro 1
Relações, categorias e identidades

- As identidades estão inseridas nas relações com os outros: você-eu e nós-eles.
- Estritamente falando, todo indivíduo, grupo ou posição social têm tantas identidades quanto relações com outros indivíduos, grupos ou posições sociais.
- Os mesmos indivíduos, grupos e posições sociais mudam de uma identidade para outra conforme mudam suas relações.
- Todo processo político envolve a afirmação de identidade, incluindo a definição das fronteiras relevantes entre nós e os outros.
- Tais afirmações envolvem, quase sempre, alegações relativas à desigualdade: nossa superioridade, nossa subordinação, as vantagens injustas dos outros, e assim por diante.
- Processos sociais profundos influenciam quais identidades se tornam proeminentes, quais subordinadas, e a frequência com que diferentes identidades entram em cena.
- As instituições incorporam certas identidades (por exemplo, “cientistas”, “cidadão”, “mulher”) e reforçam as relações em que tais identidades se baseiam.
- As lutas relativas às instituições e no interior destas envolvem, regularmente, alegações conflitantes sobre quais identidades têm relevância pública, quem tem o direito ou a obrigação de afirmar tais identidades e que direitos e obrigações se vinculam a determinadas identidades.
- Esses processos apresentam componentes e efeitos fenomenológicos, mas as disputas entre indivíduos, grupos e posições sociais – incluindo a disputa política – criam as regularidades de expressão da identidade que prevalecem em determinada população.

Fonte: TILLY, (2006: 50).

Seguindo a abordagem apresentada acima, as categorias geram diferenças, mas não necessariamente desigualdades. Mas devemos considerar que na maioria das vezes as pessoas são organizadas em categorias, não gerando uma desigualdade explícita, o que não quer dizer que elas não existam. Contudo, existem vantagens e desvantagem em cada uma dessas categorias em relação a outras, o que levam as pessoas a organizarem sua vida social a partir dessas diferenças, reproduzindo as desigualdades entre os membros das diferentes categorias e desta forma criando desigualdades duráveis. Podemos analisar com maior profundidade estas questões conforme exposto no quadro 1.

O autor aponta como principal causa da desigualdade categórica, a desigualdade material, ou seja, o controle desigual de recursos. A desigualdade pode ser gerada pela exploração ou reserva de oportunidades. Portanto,

as desigualdades assim produzidas tornam-se mais duradouras e eficazes quando os beneficiários do excedente gerado pela exploração e/ou reserva de oportunidade empregam parte desse excedente para reproduzir (a) as fronteiras que os separam das categorias excluídas da população e (b) relações desiguais através das fronteiras (por exemplo, os proprietários de terra empregam parte do trabalho assalariado de que dispõem para construir cercas e expulsar os invasores) (TILLY, 2006:52).

Nos estudos acerca da desigualdade social, devemos especificar os recursos produtores de valores que geram a desigualdade por exploração ou reserva de oportunidades. Charles Tilly especifica os principais recursos geradores de desigualdade no mundo, como: terra, trabalho, capital financeiro, acesso a informação, dentre outros (TILLY, 2006:53). Quando algum desses recursos é passível de restrição ou limitação, ocasionam as desigualdades.

No mesmo mote, o autor destaca a desigualdade no acesso a informação, especificamente no que tange ao acesso desigual ao conhecimento científico. Seguindo a perspectiva de Tilly a desigualdade de acesso é a distinção na distribuição de recursos entre as categorias sociais. Ele destaca a importância do conhecimento para o bem-estar humano e o problema do acesso a esse recurso revelar-se-ia no âmbito da ação, da identidade e da liberdade. Assim, o autor destaca que: a) a produção e a distribuição do conhecimento científico dependeriam de agentes, que podem restringir este conhecimento de modo que seja utilizado em benefício próprio, ou de quem os financia; b) o controle sobre tal conhecimento se faz através de fronteiras, na qual definem identidades, e assim criando uma divisão entre os que têm direito e acesso ao conhecimento científico em oposição aos que não tem; c) o rompimento dessas fronteiras que divide os grupos beneficiários dos deficientes de acesso dependeria de uma ação judicial (TILLY, 2006:48).

Diante destas questões, o autor pensa o acesso ao conhecimento científico como uma forma de se alcançar a liberdade e conseqüentemente o bem-estar. Neste aspecto, Tilly abre um diálogo com a teoria de Amartya Sen, na qual pensa a pobreza como a privação de capacidades, ou seja, uma forma de não-liberdade, assim como a restrição ao conhecimento científico, exposta por Tilly. Portanto, podemos considerar como um importante ponto de convergência nas teorias sobre a desigualdade aqui esboçadas que a reserva de recursos gera a limitação das capacidades individuais e sociais.

CAPÍTULO 4

DESIGUALDADE EM SAÚDE

Analisar a saúde com um viés sociológico significa pensá-la como uma construção social, como algo que é definido socialmente. Desta forma, a doença e a saúde são pensadas como “fatos” não-universais, posto que dependem da cultura, do contexto, da sociedade em que se está inserido; são formas dinâmicas e multicausais. Significa também refletir sobre a doença a partir de múltiplos focos, levando em conta um amplo conjunto de fatores de risco – mecanismos não-fixos que conduzem à doença – para tentar explicá-la. Cada um destes fatores apresenta pequenos impactos sobre a doença e, levamos em consideração todos os fatores sociais, inclusive os mais longínquos, e não atribuímos um maior valor de “causalidade” às circunstâncias que estão mais próximas da doença. Devemos, primeiramente, analisar aquilo que precede os fatores de risco e que se manifesta de diferentes maneiras, como os estilos de vida e comportamentais de grupos e indivíduos, assim como o seu estado de existência, ou seja, o que eles possuem ou o que fazem como atividades diárias. Deste modo, as *circunstâncias sociais da vida* são *causas fundamentais* da saúde e da doença.

4.1 A TEORIA DAS CAUSAS FUNDAMENTAIS

Ao considerarmos a desigualdade em saúde a partir de fatores sociais, nos baseamos na chamada *teoria das causas fundamentais* elaborada por Jo Phelan e Bruce G. Link (1995). Os autores buscam compreender o porquê da persistência, ao longo dos anos, na associação entre nível socioeconômico e mortalidade, apesar das radicais mudanças no tratamento das doenças e dos fatores de risco que as explicam. Esta duradoura relação, segundo a teoria, pode ser explicada pelo fato de que o nível socioeconômico engloba uma variedade de recursos relacionados ao dinheiro, ao conhecimento, ao prestígio, ao poder e também a conexões sociais que podem causar benefícios, como a proteção da saúde (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010). Sendo assim, a desigualdade em saúde pode ser explicada a partir da distinção socioeconômica persistente entre os grupos e indivíduos, fazendo com que se criem novas doenças e fatores de risco associados aos grupos socioeconômicos desfavorecidos. Apenas a partir dessa explicação que se pode alcançar a compreensão das desigualdades em saúde. Já que,

As condições sociais constituem “causas fundamentais” da saúde e da doença, segundo esta teoria sociológica, ao determinarem o acesso a importantes recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar

as consequências das doenças. Elas afetam múltiplos resultados por meio de diversos mecanismos ou trajetórias de risco e persistem temporalmente em novas circunstâncias. O exame dos determinantes mais amplos que estas causas incorporam é essencial para entendimento da associação entre causas fundamentais e doença. (FIGUEIREDO SANTOS, 2011: 33-4).

Neste momento podemos demarcar uma mudança de paradigma nos estudos sobre saúde, uma vez que a partir desse viés sociológico as causas fundamentais da saúde e da doença são consideradas causas socioeconômicas e não mais ligadas apenas a fatores biológicos e físicos. Ou seja, essa associação persistente entre nível socioeconômico e a saúde geral em face às grandes mudanças no seu mecanismo de ligação que fez com que os autores considerassem o nível socioeconômico uma causa fundamental da desigualdade em saúde, e não mais uma causa secundária. A teoria apresenta quatro características principais das causas fundamentais das desigualdades em saúde: 1) as causas sociais influenciam os resultados de múltiplas doenças; 2) elas afetam o resultado das doenças por múltiplos fatores de risco; 3) o acesso a recursos podem minimizar ou evitar os riscos e as consequências das doenças e 4) a associação entre causa fundamental e saúde é reproduzida ao longo do tempo pela substituição de seus mecanismos (LINK & PHERLAN, 1995).

A importância dos recursos sociais se deve ao fato de que eles podem ser usados, não importa a circunstância, para amenizar os fatores de risco a saúde. Mas estes não se apresentam distribuídos equitativamente entre os grupos sociais, sendo que uns apresentam vantagens de acesso em oposição a outros. Além disso, a capacidade de utilização desses recursos de forma flexível que faz com que eles ganhem destaque central na teoria das causas fundamentais. Sendo assim, podemos perceber o grande elo de ligação existente entre as teorias sociológicas acerca da desigualdade social e o estudo sobre saúde.

Na verdade, a teoria das causas fundamentais está profundamente ligada ao estudo sociológico da estratificação social, desta maneira, os recursos em destaque na teoria das causas fundamentais devem vir de algum lugar, e as teorias sobre as origens das desigualdades são as melhores fontes para a compreensão desse processo (PHERLAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010:29-30) (Tradução nossa).

As questões socioeconômicas são consideradas como as principais causas da saúde e da doença uma vez que elas podem ser associadas a melhores condições de moradia e trabalho, fato que se encontra diretamente ligado às condições de saúde/doença. Portanto, a utilização de recursos sociais é de fundamental importância para manutenção da saúde e prolongamento da vida. Mas tais recursos podem não apresentar um uso que interfira nas questões da saúde, não criando assim vantagens e desta forma reduzindo a significância da

associação entre posição socioeconômica e saúde. Ao tratarmos do uso de recursos sociais como geradores e produtores da saúde e da doença podemos abrir um diálogo com a teoria sobre a desigualdade social de Charles Tilly, principalmente quando o autor trata da importância do conhecimento científico para as distinções sociais. Ou seja, nos casos em que as causas e curas de doenças fatais não são conhecidos, os recursos não podem ser utilizados para seu tratamento. De tal modo que, os recursos socioeconômicos apresentam uma maior eficácia quando os tratamentos e a prevenção de doenças já são previamente conhecidos (TILLY, 2006; PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010). Mas, em longo prazo, esses recursos também podem apresentar uma importância significativa. Por exemplo, quando a cura de uma doença ainda não é conhecida, mas uma pessoa com acesso a recursos apresenta tal doença ou um interesse em conhecê-la, esta pode através de seus recursos incentivar pesquisas que levem a cura, mas considerando que este fato apenas é válido a longo prazo. Aqui fica clara a ligação entre o acesso a recursos e assim ao conhecimento científico e, conseqüentemente a sua utilização com fins relacionados à saúde e ao bem-estar.

Logo, podemos concluir que em doenças com maior inovação e tecnologia aplicadas em seus estudos, as desigualdades em saúde em favor dos grupos localizados nos níveis socioeconômicos mais elevados apresentam um gradiente maior em oposição aos pertencentes às camadas inferiores. Essa afirmação se dá, uma vez que a natureza do conhecimento varia conforme as condições sociais.

4.2 APONTAMENTOS ACERCA DA DESIGUALDADE EM SAÚDE

Como demonstrado, o estado de saúde varia por grupos sociais. Desta forma ao idealizarmos mudanças que buscam a melhoria da saúde da população devemos agir na estrutura social uma vez que, estudos já realizados demonstram a ligação entre posições socioeconômica inferiores e fatores relacionados à saúde, como o hábito de fumar, obesidade, etc. (HANKIN & WRIGHT, 2010). Isso se deve ao fato de que a população pobre apresenta o acesso restrito a recursos que podem evitar os fatores de risco, além de menor acesso a informação e a relações de poder e prestígio, que seriam um adicional no que tange aos recursos. Outro fator importante a se considerar é que o impacto das condições sociais na saúde se dá tanto por vias psicossociais como fisiológicas.

Neste mote, a sociologia pode contribuir, principalmente com uma base teórica forte, além de conhecimentos empíricos para orientar e desenvolver políticas baseadas nos mecanismos sociais que afetam a saúde. E não apenas levar em consideração os fatores mais

próximos da doença, como por muitos anos foi feito nos principais estudos no campo da saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2008a). Mas, é importante ressaltar que os fatores sociais nunca deixaram de ser considerados nos estudos epidemiológicos, mas vão além de serem decisivos nas manifestações de enfermidades, muitas vezes, são eles os *causadores* destas. Como já destacado em pesquisas anteriores,

Os estudos no campo da saúde, por muito tempo no curso do século XX, caracterizaram os fatores sociais como influências distantes ou coadjuvantes, porém não como *causas diretas*, como se a geração da doença só pudesse ser atribuída a processos bioquímicos que agem sobre o organismo. Entretanto, encontra-se em desenvolvimento uma mudança de paradigma no sentido do reconhecimento do papel central e irredutível dos determinantes sociais da saúde e das propriedades causais das estruturas sociais na produção da saúde e da doença (COCKERHAM, 2007 *Apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2010: 1) (Grifos do autor).

Devemos considerar que as relações sociais têm efeitos diferentes sobre os grupos, e o estudo delas são importantes para propor soluções sobre a desigualdade, e também que os recursos sociais apresentam custos e benefícios, e são distribuídos de forma desigual na sociedade. A saúde e a doença não se distribuem por acaso na população, e não dependem apenas de fatores biológicos, mas sim de padrões socioeconômicos e formas de estruturação da vida social, podendo variar de acordo com gênero, classe, raça e idade. E, os recursos econômicos e sociais podem ser usados de diferentes formas e combinações, afetando seus resultados, sendo capaz de influenciar diretamente a saúde dos indivíduos que têm acesso a tais recursos. Assim, os determinantes sociais apresentam a capacidade de moldar os riscos à saúde (COCKERHAM, 2007). Desta forma, a preocupação com o acesso a recursos e a estruturação social como fatores influentes sobre a saúde, abre espaço para a discussão sobre classe social. Já que, “classe social representa justamente um condicionamento abrangente que vincula os indivíduos à distribuição dos recursos econômicos e sociais, e afeta as suas oportunidade de saúde” (FIGUEIREDO SANTOS, 2008a: 3).

Para abordar tal discussão nos baseamos em uma classificação socioeconômica para o Brasil, pautada em teorias sociológicas que abordam o tema das classes sociais, juntamente com a realidade empírica do país sendo assim a base para o entendimento das desigualdades tanto no acesso aos serviços de saúde, assim como para os padrões de saúde da população. Tal classificação nos ampara teoricamente para a explicação das disparidades e assimetrias nos padrões de saúde e no acesso aos serviços de saúde brasileiros. Aprofundaremos-nos na explanação da classificação socioeconômica para o Brasil, elaborada por José Alcides Figueiredo Santos, no capítulo 6 deste trabalho, no qual trataremos da

questão da classe social e a desigualdade em saúde. Mas, além de considerarmos a influência da classe social, devemos também nos ater para outros aspectos de igual importância, como o gênero e a idade, principalmente no interior e entre as divisões sociais⁴. Raça também é um fator importante quando analisamos classe, gênero e saúde, mas devido à delimitação e recorte da pesquisa, não nos estenderemos a essa abordagem.

Portanto, podemos dizer que a posição e as circunstâncias socioeconômicas são mais importantes para a desigualdade em saúde do que fatores biológicos, raciais ou relacionados ao gênero. Já que a saúde está socialmente imbricada nas condições de trabalho e vida dos grupos.

CAPÍTULO 5

A COMPOSIÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

5.1 CONSTITUIÇÃO DE 1989: A CRIAÇÃO DO SUS COMO SISTEMA DE SAÚDE UNIVERSALIZADOR

Grandes mudanças ocorreram na esfera social do país com a criação do SUS em 19 de setembro de 1990. Nesta data foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que fundiu o SUDS ao INAMPS, formando o atual Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios eram estabelecidos na lei baseada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, colocando a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado provê-la, assim como manter a população sadia (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2009). Essa lei colocou princípios básicos para o novo órgão que surgia: a universalidade, a integralidade e a equidade, muitas vezes, chamados de princípios “ideológicos” ou “doutrinários”, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização como princípios organizacionais (COHN, 2005).

O atendimento à saúde deve incluir tanto meios curativos como preventivos, de aspecto individual ou coletivo, atendendo as necessidades de cada um. Para que assim, todos

⁴ “As divisões sociais correspondem a princípios de organização social que estabelecem distinções e assimetrias entre categorias relacionadas. Conferem oportunidades desiguais de acesso a recursos desejáveis e geram diferenças substanciais, protegidas e padronizadas entre categorias. Tendem a se perdurar sustentadas por crenças, instituições e interações sociais; são universalmente inclusivas, pois todos estão em um lado ou categoria da divisão, porém sendo múltiplas, criam perfis e lealdades concorrentes; estabelecem barreiras que tornam os movimentos através da divisão atípicos ou demorados; frequentemente se conectam e sobrepõem-se, reforçando as desigualdades, por fim, alimentam identidades sociais compartilhadas” (PAYNE, 2000 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2008).

tenham as mesmas oportunidades de usar o Sistema Único, dadas as diferenças regionais do Brasil. Também estabeleceu-se que os usuários do SUS poderiam participar de sua gestão, devido a um mecanismo disposto em lei: um instrumento de controle social que promove as Conferências de Saúde, tendo suas reuniões regionais, os Conselhos de Saúde. Nele, os usuários têm metade das vagas, o governo quatro e os profissionais da área outras quatro; desse modo são tomadas todas as decisões que dizem respeito à saúde no Brasil em conformidade com a lei (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde tem os seguintes princípios: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. E foi estabelecida também a área de atuação que, segundo a Constituição, compete ao SUS: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação de políticas públicas e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, armazenamento e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido também o ambiente de trabalho (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2009).

Com a criação do SUS supunha-se a amenização das desigualdades, com a sua tradução em uma instituição que gere a igualdade de acesso aos serviços de saúde, mas na realidade podemos observar que a distribuição dos recursos essenciais para suscitar o acesso igualitário não é realizada conforme as necessidades das distintas classes e regiões do país. A distribuição dos recursos à saúde é feita da mesma forma e proporção: o Estado não considera a diferença existente entre as regiões do Brasil, nem as necessidades prioritárias de cada

população e das distintas áreas geográficas com suas diversas e específicas características que geram riscos à saúde típicos de cada local (FLEURY & OUVENEY, 2009). Desta forma, o Sistema Único de Saúde não vem cumprindo a sua função de equidade, ou seja, ele ainda não conseguiu superar a estratificação existente no ramo da saúde: apesar de demarcar um avanço no acesso aos serviços de saúde, a segmentação continua. Alguns motivos da *universalização excludente* do SUS podem ser justificados por fatores como: a demora no atendimento para marcação de consultas e das próprias consultas; a localização geográfica em que se encontram os postos de saúde ou hospitais que oferecem o serviço de saúde gratuito, muitas vezes distantes das moradias de populações que se localizam na base da pirâmide social, o que gera um custo adicional na locomoção de sua residência ao local de atendimento; entre outros fatores. Estes e outros pontos fazem com que muitas pessoas não busquem assistência na saúde pública, além de levar as classes médias e altas a procurarem planos de saúde para suprir o serviço pior prestado pelos SUS, suscitando, assim, uma categoria de grupos que expandem sua vantagem em relação ao acesso a recursos ligados a saúde, ponto que trataremos a seguir.

5.2 OS PLANOS E SEGURO SAÚDE COMO AGENTES POTENCIALIZADORES DA DESIGUALDADE

O sistema de saúde no Brasil é composto pelos setores público, privado e de seguros privados. O setor público, como mencionado acima, é representado pelo Sistema Único de Saúde; o setor privado é composto por atendimentos diretos nos consultórios, clínicas médicas e hospitais particulares; e o setor de seguros privados são empresas que terceirizam o serviço médico e este é prestado com o pagamento mensal de taxas a estas empresas. Como já posto, o objetivo do SUS é o de buscar e proporcionar a equalização dos serviços de saúde proporcionando o acesso igual a todos os indivíduos, grupos e classe sociais. Em contrapartida, o serviço privado de saúde, composto pelos setores privado e de seguros privados, geram na sociedade uma segmentação, uma vez que são prestados apenas mediante recompensas e pagamentos, reproduzindo a desigualdade no interior do sistema de saúde e, assim, alterando o alcance do objetivo de equidade proposto pelo SUS. A ocorrência desse fato se dá principalmente porque os serviços privados de saúde oferecem uma melhor qualidade de atendimento e uma maior disponibilidade dos serviços – assim como um número abrangente de profissionais atuando nesta área, na qual, aliás, são melhor remunerados, o que

configura uma motivação quanto à profissão e ao local de trabalho, o qual também lhes proporciona um *status* mais elevado.

A posse de planos de saúde está diretamente ligada, além da renda, ao acesso à informação que os distintos grupos têm em relação aos cuidados com a saúde e a doença, uma vez que esta propriedade aumenta o acesso aos serviços e cuidados com a saúde. Primeiramente, esses indivíduos devem ter a consciência da importância do *cuidar da saúde*. Neste aspecto, a escolaridade também é um fator essencial ao se tratar de desigualdade em saúde, pois através dela estabelece-se o senso crítico e obtém-se um maior acesso a informações, fato sumamente importante, haja vista que o uso dos serviços de saúde depende das necessidades, da predisposição e do comportamento dos indivíduos perante a sua doença. Fatores que incluem seu conhecimento. Como podemos observar o acesso a saúde está intrinsecamente ligado à posição de classe das pessoas; portanto, podemos dizer que o gasto com planos é proporcional à renda, gerando um movimento cíclico entre renda ou classe, saúde e acesso, uma vez que quem tem planos de saúde aumenta a sua possibilidade de escolha aos bens e serviços, já que pode fazer uso, além dos serviços prestados pelo seu seguro saúde, também do Sistema Único. Neste mesmo viés, Murilo Fahel, em seu artigo *Desigualdades em Saúde no Brasil* (2007), afirma que a maior parte das pessoas que possuem planos de saúde no Brasil faz parte do trabalho formal. Desta forma, a utilização dos serviços de saúde se torna desigual para as distintas classes, assim como para os distintos gêneros. Uma vez que os melhores serviços prestados só o são através de pagamentos, e as classes que mais necessitam de cuidados, que apresentam uma maior exposição a riscos que podem afetar a saúde, tanto no local de trabalho quanto nas condições de moradia, valem-se do pior acesso aos seguros saúde. E assim, consumindo menos tais serviços e aprofundando ainda mais o quadro de desigualdade. Como demonstrado na tabela 1.

Podemos observar na tabela 1, que a distinção entre as classes e a posse de planos de saúde é bem demarcada, como exemplo, a categoria capitalista apresenta uma proporção total de 74,16% dos indivíduos que declararam ter pelo menos um plano de saúde, em contrapartida, as categorias autônomo agrícola e trabalhador de subsistência apresentam índices baixíssimos de posse de algum plano ou seguro saúde, representando respectivamente 3,88% e 3,96%. No mesmo viés, ao considerarmos a proporção relativa, podemos observar que a categoria capitalista tem 2,56 vezes, maior que a média geral das categorias de classe, de apresentar a posse de pelo menos um plano de saúde. Este fator potencializa o acesso aos serviços de saúde de tal categoria, já que além do SUS, este grupo se apresenta com um considerável acesso a planos e seguros saúde em comparação a outros grupos.

Ao analisarmos as categorias de gênero, observamos que 31,31% das mulheres apresentam a posse de pelo menos um plano de saúde em oposição a 26,99% dos homens. Portanto, a partir destes dados podemos relacionar a posse de planos de saúde com a maior procura, pelas mulheres, dos serviços de saúde.

Tabela 1. Prevalência ajustada por idade da posse de pelo menos um plano de saúde, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos).
Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Posse de Planos de Saúde (%)			
	Homem	Mulher	Total	Proporção relativa (total)
Capitalista	71,45	78,63	74,16	2,56
Pequeno empregador	32,21	46,69	36,01	1,24
Autônomo com ativos	18,19	28,14	21,21	0,73
Autônomo agrícola	3,77	4,65	3,88	0,13
Especialista autônomo	60,26	76,18	65,30	2,26
Gerente	56,10	68,18	60,82	2,10
Empregado especialista	77,08	77,32	77,20	2,67
Empregado qualificado	55,40	54,94	55,07	1,90
Supervisor	53,45	67,30	57,81	2,00
Trabalhador típico	32,56	38,01	34,47	1,19
Trabalhador elementar	8,97	17,85	11,38	0,39
Autônomo precário	7,02	18,85	12,27	0,42
Empregado doméstico	7,76	10,31	10,19	0,35
Trabalhador de subsistência	3,06	4,41	3,96	0,13
Trabalhador excedente	12,63	20,00	17,37	0,60
Total (não diferenciado)	26,99	31,31	28,89	_____

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Ao partirmos para uma análise de gênero, mediada por classe, percebemos que na grande maioria das categorias de classe, as mulheres apresentam maiores indicadores de posse de planos de saúde ao compararmos com homens, sendo exceção apenas a categoria de empregado qualificado, na qual os homens apresentam 55,40% da posse, e as mulheres

54,94%. Com esses dados também podemos perceber a influência das categorias de classe quando estas mediam gênero. Por exemplo, nas categorias, capitalista e empregado especialista, estão presentes as maiores porcentagens da posse de pelo menos um plano de saúde, tanto pra homens como pra mulheres, ao compararmos com outras categorias de classe. Os capitalistas apresentam 71,45% da posse de planos de saúde para homens e 78,63% para mulheres; e a categoria de empregado especialista 77,08% para homens e 77,32% para mulheres. Já as categorias de autônomo agrícola, com 3,77% para homens e 4,65% para mulheres; e trabalhador de subsistência, com 3,06% para homens e 4,41% para mulheres, sendo os menores índices da posse de pelo menos um plano de saúde. A partir desses dados notamos que além da influência de classe na posse de planos de saúde, apresenta-se também uma influencia de gênero, mas invertida, pois as mulheres aqui apresentam vantagens pela maior porcentagem da posse de pelo menos um plano de saúde ao compararmos com os homens, fato que pode ser explicado pela maior procura dos serviços de saúde por elas.

Além da desigualdade das classes e gênero que possuem e os que não possuem tais planos, encontramos também a distinção entre a cobertura destes, fator que amplia a diferença de acesso. Existem vários mercados de planos de saúde no Brasil que oferecem os mais distintos serviços dentro da área, e essas empresas se ajustam às classes, adequando o seu preço a cada uma delas. Porém, como já colocado, as classes que necessitam de melhores e maiores atendimentos, justamente por não poderem gastar grande quantia de sua renda com estes seguros e por estarem mais expostas a riscos de saúde, são as que mais sofrem com o fato da cobertura de tais planos variarem proporcionalmente ao seu preço; assim, tais classes continuam tendo um pior acesso aos serviços de saúde, mesmo quando possuem planos de saúde.

Na tabela 2, podemos observar claramente a questão relacionada a cobertura do plano e/ou seguro saúde, uma vez que controlamos a posse de planos de saúde segundo o acesso a internação, ou seja, analisamos a posse de planos de saúde quando este dá direito à internação. Desta forma, confirmamos que as categorias pertencentes ao topo da pirâmide social apresentam além de um maior acesso aos serviços de saúde, também um acesso de melhor qualidade. As categorias, capitalista e especialista autônomo apresentam os maiores índices de acesso aos planos de saúde com direito a internação, sendo respectivamente 97,59% e 98,40%. Em contrapartida, as categorias de autônomo agrícola e trabalhador de subsistência continuam a representar os menores índices, assim como quando comparamos apenas a posse de planos de saúde, sem controles de cobertura. Estes fatores demonstram a importância da classe no acesso aos

serviços de saúde, e também o efeito destoante presente nesta análise, uma vez que os que mais necessitam de cuidados de saúde, devido a fatores socialmente desfavoráveis, são os que menos usufruem desse acesso.

Tabela 2. Prevalência ajustada por idade dos indivíduos que possuem plano de saúde com acesso a internação, entre os que possuem algum plano, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos). Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Posse de planos de saúde com acesso a internação (%) *		
	Homem	Mulher	Total
Capitalista	97,27	98,57	97,59
Pequeno empregador	91,54	92,21	91,89
Autônomo com ativos	79,84	88,46	84,56
Autônomo agrícola	64,69	62,46	63,60
Especialista autônomo	97,69	99,29	98,40
Gerente	96,14	94,01	94,87
Empregado especialista	95,86	94,43	95,21
Empregado qualificado	94,94	93,09	94,02
Supervisor	93,23	94,26	93,49
Trabalhador típico	88,76	87,74	88,38
Trabalhador elementar	83,85	75,71	82,06
Autônomo precário	77,08	71,24	75,03
Empregado doméstico	76,28	65,92	67,64
Trabalhador de subsistência	39,07	47,58	48,50
Trabalhador excedente	91,11	84,01	85,95
Total (não diferenciado)	90,67	89,14	90,07

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: * Análise da posse de pelo menos um plano de saúde baseada na variável v1340 “este plano de saúde dá direito a internações hospitalares”.

Desta forma, mesmo controlando a diferenciação de valor dos planos de saúde, através do acesso a internação, as categorias destituídas⁵ e autônomo agrícola apresentam os menores índices de acesso, demarcando então a diferenciação do poder

⁵ A categoria destituídas é composta por: trabalhador elementar, autônomo precário, empregado doméstico, trabalhador de subsistência e trabalhador excedente. Para mais detalhes cf. pp.43-44.

econômico, já que planos que cobrem o acesso a internação apresentam um maior valor. Sendo assim, o gradiente de acesso se apresenta não apenas entre os que apresentam ou não a posse de pelo menos um plano de saúde, mas também na qualidade e no acesso aos serviços de saúde que cada plano oferece.

Ao analisarmos as categorias de gênero, o controle do acesso a internação também não apresenta uma grande diferenciação. Podemos demarcar que as mulheres apresentam o maior consumo de planos de saúde, mas ao controlarmos pela cobertura desses planos, como o direito a internação, os homens apresentam-se em vantagem – mesmo que mínima –, já que 90,67% dos homens tem acesso a planos de saúde com direito a internação em oposição a 89,14% das mulheres

CAPÍTULO 6

CLASSE SOCIAL E DESIGUALDADE EM SAÚDE

As análises das divisões de classe são importantes no estudo sobre saúde, uma vez que geram assimetrias na distribuição das chances de saúde. Os recursos controlados, a capacidade para ação e a condição de classe são fatores essenciais para a desigualdade na distribuição de fatores geradores de saúde/doença. Isso porque a desigualdade em saúde é uma diferença em saúde ou em fatores que influenciam a saúde e que podem ser alterados. Ou seja, é uma situação em que grupos em desvantagem apresentam uma pior saúde ou riscos maiores a saúde do que grupos que se apresentam em vantagem em relação a essa situação. Desta forma, estudos comparativos entre grupos que diferem em termos de posição social são relevantes para a avaliação da equidade. Os estudos sobre saúde não devem focalizar apenas os fatores de risco individuais e nem os mais próximos da doença, mas sim analisar os grupos sociais e os fatores de risco mais longínquos. Pois,

abandonar a comparação entre estratos sociais em favor da comparação entre indivíduos em indicadores de saúde específicos solapa as preocupações de justiça social distributiva (...). A distinção entre a investigação das causas de variação das chances de saúde entre indivíduos e de variação entre grupos é crucial para o entendimento dos determinantes sociais da saúde (FIGUEIREDO SANTOS 2011: 29).

O poder causal da estrutura social na distribuição desigual das chances de saúde se torna evidente através desse foco de estudo. Já que a relação de classe se dá através

de relações sociais assimétricas, impactando na saúde dos grupos. Fatores estes, já pontuados pela teoria sociológica das causas fundamentais, explanada no capítulo 4 deste trabalho.

Devemos ponderar que saúde, aqui, é tratada como um estado abrangente de bem-estar, no qual aborda tanto a saúde física quanto a saúde mental. Ou seja, o enfoque sociológico pondera as diferenças na definição de saúde e doença, sendo a saúde um estado de funcionamento e bem-estar humano. Isso consiste em dizer que a desigualdade em saúde é uma diferença peculiar em saúde ou em fatores influenciadores da saúde, fatores estes que podem ser alterados. Deste modo, a relação da desigualdade em saúde com a desigualdade social – quanto pior a posição social, pior a saúde – apresenta-se mesmo nos países com economias mais avançadas. E, a relação da saúde com a posição socioeconômica é explicada principalmente devido à exposição a fatores de risco biomédico, ambientais e psicossociais dos grupos ocupantes do estrato inferior.

Indicadores como renda e educação aparecem como os representantes de posição social mais utilizados nos estudos epidemiológicos e sociológicos, principalmente nos Estados Unidos, e também no Reino Unido (FIGUEIREDO SANTOS, 2011). A renda é um indicador forte de saúde, e muitas vezes os impactos de outras variáveis são mediados através dela. “As diferenças de condições (de saúde) existem em todos os níveis de renda, embora a renda crescente gere provavelmente retornos decrescentes de saúde” (FIGUEIREDO SANTOS, 2011: 30). Fato que se manifesta uma vez que a renda cresce para um grupo em vantagem em oposição a um outro grupo em desvantagem, e por menor que seja a diferença de renda, os impactos na saúde são muito maiores. Mas existe uma desvantagem ao analisar renda, ela é variável e em alguns estratos os empregos são pouco estáveis. Devido a isso, a riqueza tem sido utilizada como recurso auxiliar a renda, uma vez que representa fonte de segurança econômica e poder.

A educação por sua vez, mensura a saúde de pessoas que não pertencem à população economicamente ativa. Ela é um bom indicador socioeconômico por abranger também essa parcela de indivíduos, estando diretamente associada aos indicadores de saúde, uma vez que pode ser importante ao bem-estar da população que apresenta menor acesso a recursos materiais, sendo esta um recurso substitutivo. Uma vez que, não é tanto a educação em si que favorece a saúde, mas sim o acesso que ela proporciona. Entretanto, os indicadores educacionais não expressam resultados constantes, suas consequências na desigualdade estão ligadas a idade, posição social e gênero.

Esses diferentes indicadores socioeconômicos estão associados, em certa medida, por medirem aspectos da estratificação social. Mas, renda e educação não devem ser

equiparadas, uma vez que apresentam efeitos diferenciados na saúde e a relação entre elas não são tão fortes para explicar uma comparação. O que queremos mostrar é que através destes indicadores podemos aferir a contribuição das vantagens e desvantagens de renda, riqueza e educação associados a classe social.

Classe social é um determinante verdadeiro de saúde, e o efeito da posição social se dá sobre as condições materiais. A explicação causal, no viés da *teoria das causas fundamentais*, nos permite considerar todos os fatores influenciadores da saúde e da doença, a magnitude com que eles agem e também os efeitos que manifestam. Assim podemos concluir que a posição socioeconômica afeta na exposição e na vulnerabilidade dos grupos aos fatores de risco. Os que pertencem ao estrato socioeconômico superior, a manifestação da boa saúde se apresenta até bem tarde na vida, causando um efeito teto, ou seja, eles apresentam menos oportunidades de incremento na saúde média (FIGUEIREDO SANTOS, 2009). A melhor posição socioeconômica e assim de saúde para os estratos inferiores configuraria sociedades mais saudáveis. Desta maneira, podemos dizer que medidas de posição social, como o conceito sociológico de classe social, podem abordar aspectos da desigualdade em saúde, que medidas convencionais de posição social, sem um embasamento teórico forte, não capturam.

6.1 CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA O BRASIL

Este estudo utiliza como instrumento de mensuração da posição social, a classificação socioeconômica elaborada por José Alcides Figueiredo Santos (2002). Esta se fundamenta no conceito sociológico de classe social seguindo os termos de Erik Olin Wright, que se baseia na tradição marxista. Assim, “classe social é definida como um tipo especial de divisão social constituída pela distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos relevantes de uma sociedade” (FIGUEIREDO SANTOS, 2010:15). A tipologia de classe utilizada foi elaborada considerando a propriedade de ativos de capital, o controle de ativos de qualificação e a relação com o exercício de autoridade dentro da organização de trabalho (FIGUEIREDO SANTOS, 2002). Ela agrupa critérios teóricos conciliando *regiões* da estrutura social, potencializando, desta forma, a mensuração de classe. As categorias de trabalho aqui tratadas são demarcações na estrutura social, a exemplo da posse ou não de propriedades, da autoridade que se exerce no âmbito social e trabalhista, e da qualificação do indivíduo. Sendo assim, são categorias empíricas de classe baseadas na estrutura do emprego.

As categorias de capitalistas, pequeno empregador e autônomo com ativos, são definidas pela propriedade de ativos de capital e sua distinção quanto à divisão do trabalho e

ao seu ordenamento. Já na categoria autônomo agrícola estão aqueles que têm o controle da terra como ativo produtivo, mas sem a capacidade de contratar o trabalho assalariado. Os especialistas autônomos, gerentes e empregados especialistas são indivíduos inseridos na atividade autônoma ou no trabalho assalariado, sendo este o lugar no qual se encontram os privilegiados da classe média; os gerentes apresentam o privilégio de monitorar, o que não é viável ao empregador. As posições de empregado qualificado e supervisor são demarcadas pela classe trabalhadora ampliada e por seu caráter de dominância. Eles apresentam uma situação ambígua de classe, pois são empregados, mas também exercem um papel de autoridade.

A classe dos trabalhadores típicos é delimitada por métodos de exploração do trabalho por vias institucionais, sendo subordinada a uma autoridade empregatícia. Já as categorias localizadas “dentro e fora do trabalho assalariado” e determinadas por posições destituídas são assinaladas pelos trabalhadores elementares e pelos empregados domésticos, os quais apresentam a sua destituição no âmbito das circunstâncias e do tipo de atividade do trabalho assalariado. Assim também o são aqueles pertencentes à categoria autônomo precário, que exercem o trabalho autônomo, mas são destituídos na prática de ativos de capital, refletindo nos mercados de bens e serviços. As últimas categorias expostas são: a dos trabalhadores de subsistência, ou seja, sem renda, que trabalham para o consumo próprio, o que causa um distanciamento do sistema econômico, e os trabalhadores excedentes, os desempregados⁶.

Optamos em utilizar uma classificação ocupacional, já que ela é um indicador muito utilizado nos estudos epidemiológicos, especificamente como indicador de classe social. Mas, tais estudos deixam a desejar quando se busca um embasamento teórico para explicar tal classificação. Sendo assim, podemos ressaltar que,

a abordagem sociológica oferece tanto contexto como conteúdo para a pesquisa das trajetórias e dos mecanismos sócio-psicológicos, comportamentais e mesmo psicofisiológicos que vinculam a posição social à saúde. A sociologia fornece uma perspectiva de explicação da “corrente superior” das disparidades em saúde, enfatizando a posição socioeconômica como causa fundamental da saúde, sem se perder na visão apenas dos elos mais próximos ao impacto corporal, com a devida valorização dos fatores macro-sociais que moldam a posição socioeconômica e sua distribuição na sociedade (ROBERT & HOUSE, 2000 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011: 33).

⁶ Foram classificados como os indivíduos sem trabalho, os que apresentaram iniciativa de procurar trabalho no período de 305 dias ou que se declararam na PNAD como um “trabalhador na construção para o próprio uso”. Os indivíduos pertencentes, segundo a renda familiar *per capita*, aos dois décimos superiores da distribuição desta renda, foram excluídos de tal categoria. Cf.: FIGUEIREDO SANTOS, (2010).

A análise da discrepância de classe social na auto-avaliação do estado de saúde é importante, pois, segundo a literatura internacional, este é um forte medidor de saúde. Este indicador captura a saúde média da população, e não apenas os fatores de risco. Mas, está diretamente associada a múltiplos fatores sociais de risco. Contudo, a auto-avaliação do estado de saúde é questionada quando se trata da aplicação em países em desenvolvimento. Pessoas em desvantagem social podem não perceber ou desconhecer o seu verdadeiro estado de saúde. Devido a estes fatores, a auto-avaliação foi tratada como variável binária, buscando lidar com a distribuição assimétrica das respostas.

Esta análise cresce em importância quando consideramos que a maioria das pesquisas em saúde mostra que a desigualdade em saúde persiste mesmo com os grandes avanços nos níveis gerais de saúde, das melhorias na qualidade de vida e da disponibilidade dos serviços de saúde. Isso porque devemos considerar que o controle de capital, faz uma enorme diferença quando tratamos desse tema. A ocupação do alto nível de posição socioeconômica está diretamente associada a melhores níveis de saúde, já que estas pessoas, na maioria das vezes, não apresentam limitações no acesso a recursos determinantes na promoção da saúde e na prevenção de riscos a saúde. Sendo assim, os fatores materiais se tornam de fundamental importância para o entendimento da desigualdade em saúde. E a classe social como uma representante da posição social, que reproduz as condições materiais, é considerada um importante determinante de saúde. Desta maneira, o estudo da desigualdade em saúde através da posição social nos possibilita construir “narrativas causais” para uma melhor explicação desta (BARTLEY, 2004 *apud* FIGUEIREDO SANTOS, 2011).

CAPÍTULO 7

GÊNERO E DESIGUALDADE EM SAÚDE

Ao analisarmos a questão de gênero com um enfoque sociológico, podemos tomá-la como representação de *status*, podendo ser demarcada como distinções que se atribuem assinalando e hierarquizando as categorias; são diferenças de poder social, gerando a desigualdade de gênero. Essa distinção não se apresenta apenas no plano simbólico e cultural, mas principalmente nas interações – que são ligadas a determinados objetivos, levando-se em conta o cenário, o contexto e as tarefas que se exercem na vida social –, assim como as instituições e organizações sociais, que são eixos da vida social, delimitando nossas vidas. Com a institucionalização das diferenças de gênero, a desigualdade se mantém em sua forma

mais “invisível”, pois aqui ela é naturalizada na sociedade, permanecendo no inconsciente das pessoas. A forma de distinção a partir do gênero passa a ser também de classe, raça e etnia, tomando-se a estrutura básica de que há um grupo marginalizado em oposição a um outro grupo. Tal desigualdade passa a ser legitimada, e está em todos os âmbitos sociais, uma vez que estes são também classificados em gêneros: existem identidades diferentes conforme o gênero a que se pertence, mas esta questão não está incorporada apenas na identidade do indivíduo, e sim – e principalmente – na do grupo, ou na classe.

Apesar dos visíveis avanços alcançados pelas mulheres, a dominação ainda permanece, porém, em forma mais sutil – podendo ser considerada pior porque mais escondida – de manifestação. A dominação e o poder masculino estão arraigados em nossa sociedade, estão inscritos nas instituições e organizações sociais, que são eixos e delimitam nossas vidas, e são vistas como diferenças já dadas, biológicas, manifestando-se de formas “doces” (BOURDIEU, 2005). Porém, tal diferenciação apresenta-se no comportamento diário de homens e mulheres, demarcando suas vidas, influenciando inclusive nas formas de adoecimento.

Essa distinção de gênero e os tipos de relações sociais, o meio que se atua, a classe a que se pertence, tudo isso se relaciona também com os estilos de vida, disposições invisíveis em cada prática, sendo a desigualdade introduzida no corpo, e demarcando a distinção e a hierarquização entre os grupos. Os estilos de vida são limitados pelos âmbitos sociais, estão nas estruturas sociais e são padrões coletivos de comportamento. Esses estilos de vida diferenciados são comportamentos díspares de gênero que podem afetar inclusive a saúde de homens e mulheres negativa ou positivamente (FIGUEIREDO SANTOS, 2008b), e essa distinção se dá na alimentação, nas práticas de atividades físicas, nas ocupações trabalhistas, entre outras. As mulheres, em geral, apresentam menos recursos tanto econômicos quanto culturais, devido à divisão apresentada entre sua vida produtiva e reprodutiva.

Sendo assim, trataremos gênero como uma categoria que se apresenta em multiníveis. Esta categoria se apresenta como um princípio central da organização social, no qual é produzido e reproduzido de forma dinâmica. Assim, gênero nos é interiorizado, ou seja, é a sociedade dentro de nós, formando assim identidades, são construções sociais incorporadas (WHARTON, 2003). Gênero é uma categoria que está sempre sendo feita e refeita, e desta maneira afeta diretamente a natureza das redes sociais, que são os recursos. Como análise de gênero, nos baseamos em primazia na teoria de Amy S. Wharton, analisando gênero com um enfoque institucional. Para isso faremos uma breve apresentação de tal teoria.

Na visão da autora, sobre a qual entramos em concordância, gênero é um sistema de práticas sociais em que os indivíduos se constituem, formando grupos sociais baseados em identidades específicas, diferenciando-se assim de outros grupos e desta forma criando as desigualdades sociais. Essas práticas sociais não atuam no campo individual, elas moldam as relações sociais e a interação, operando assim em entidades maiores como as organizações e as instituições sociais. Portanto, Wharton diz que a análise de gênero pode se apresentar de três formas: individual, com base nas interações, e nas organizações e instituições.

Gênero como atributo pessoal é quando a categoria está implicada nas características que formam os indivíduos, está refletido no que as pessoas são, no seu comportamento que o acompanha no curso de sua vida. Já a visão interativa de gênero o analisa através do contexto social em que os indivíduos interagem. A ideia de caracterização social é essencial nesta visão, pois por meio desta que produzem as diferenciações que ocasionam nas desigualdades de gênero. Nesta corrente, Wharton apresenta três vertentes: a) “fazendo gênero”, baseada na divisão social em categorias mutuamente exclusivas através da ação e da interação; b) “características de *status*”, a vida social se dá pelas expectativas que criamos nas ações conforme o sexo, a tais ações são atribuídos estima de valor; c) “homofilia”, a semelhança atrai mais que a diferença, preferência pelo igual nas relações inter-pessoais⁷. Essas três perspectivas da visão interativa concordam que gênero se produz e reproduz pelas relações sociais (WHARTON, 2005).

Como mencionado, nossa categoria de análise de gênero será pautada sob as organizações e instituições sociais, por isso será a forma pela qual nos aprofundaremos com maior ênfase. Aqui, gênero é percebido como presente nos processos, práticas e na distribuição de poder em vários setores da vida social. São exercidas sobre nós “forças institucionais” que moldam nossa identidade conforme as categorias de gênero. Nessa perspectiva podemos capturar como gênero está embutido dentro da estrutura social. Gênero é um sistema multifacetado em que as práticas sociais produzem distinções entre homens e mulheres e desta forma se organizam as desigualdades. Dois tipos de processo estão envolvidos quando estudamos gênero, a criação de distinções e a desigualdade baseada nessas distinções e, a ligação entre tais processos se apresenta em todo o mundo social. A desigualdade de gênero é reproduzida por sua institucionalização e legitimação.

Na institucionalização, as relações sociais assumem características de uma instituição, se baseando em relações mais cristalizadas. Alguns tipos de desigualdades sociais

⁷ Para mais detalhes acerca destas perspectivas sociológicas sobre gênero conferir em: WHARTON, (2005).

se apresentam como institucionalizadas em longo prazo, ou seja, desigualdade de classe, raça e gênero estão enraizadas na estrutura e nas práticas das organizações sociais. Elas são constituídas pela estrutura social e as rotinas cotidianas as sustentam. Manifestam-se de tal maneira que são vistas como despersonalizadas e invisíveis. Assim as desigualdades se tornam persistentes porque as pessoas as legitimam, dificultando assim a redução das desigualdades. Essa legitimação acontece, pois as instituições são fontes de crenças culturais, vistas como certas, como coisas já dadas. Deste modo, nas relações desiguais o grupo dominante oferece ao grupo subordinado uma interpretação de suas relações sociais que obscurece os arranjos desiguais, fazendo com que eles sejam reproduzidos e se tornem permanentes.

Nesta análise, gênero é compreender homens e mulheres como categorias distintas, possuindo diferentes poderes no que tange ao acesso ao bem-estar material e social. Este discurso é utilizado para ordenar o mundo social, legitimando e instrumentalizando as relações sociais através de sua compreensão como instituição, além de estar em conexão com outras instituições. Algumas características presentes nas instituições são:

a)- as instituições são profundamente sociais; além de serem características dos grupos; b)- persistem através do tempo e das distintas práticas do tempo e das distâncias geográficas; c)- envolvem distintas práticas sociais que ocorrem periodicamente (Giddens, 1984); podem ser recicladas (Connel, 1987) ou são repetidas (todo o tempo) pelos membros do grupo; d)- ao mesmo tempo limitam e facilitam a ação e o comportamento dos membros do grupo e da sociedade; e)- as instituições têm posições e relações sociais que são caracterizadas pelas expectativas particulares, normas, regras e procedimentos; f)- são constituídas e reconstituídas por agentes corporificados; g)- elas são internalizadas pelos membros dos grupos e igualmente os membros se identificam com suas práticas, desta forma, o fenômeno institucional adquire significado e importância; j)- instituições são inconsistentes, contraditórias e abundantemente conflituosas; k)- apresentam-se em contínua mudança; l)- são organizadas de acordo com e permeada pelo poder e m)- instituições e indivíduos mutuamente se constituem, ambos estão separados dentro de fenômenos macro e micro sociais (Martin, 2004) (SOUZA, 2009).

Esta percepção de gênero como instituição social nos permite compreender sua produção e reprodução. Já que estamos inseridos nas instituições assim como ela está dentro de nós. Desta forma, as distinções de gênero se manifestam nas práticas e na distribuição de poder, e como já dito, criam relações despersonalizadas e assim tornam a desigualdade invisível. Para nós, é importante compreender como a desigualdade de gênero é produzida e reproduzida para que assim sejamos capazes de visualizar alguma intervenção.

É necessário ressaltar que o estudo de gênero apenas é completo se abrangermos as categorias de trabalho e família, já que estas instituições afetam diária e diretamente a vida de homens e mulheres (WHARTON, 2005; FIGUEIREDO SANTOS, 2006). Tanto no mundo do trabalho como no mundo da família, em termos categóricos, o homem possui mais poder social que a mulher. Desta maneira, gênero – assim como classe social – se torna uma construção social que justifica, define e explica as desigualdades. Ao analisarmos gênero com base nas categorias de classe, entraremos diretamente no mundo do trabalho e da família. Estudos demonstram que as categorias de gênero apresentam um tratamento desigual no mercado de trabalho, ou seja, trabalhadores igualmente produtivos apresentam diferenças entre os rendimentos, conforme o gênero (FIGUEIREDO SANTOS, 2008b). Este fato causa um tipo de discriminação interna ao emprego ou de posição, fazendo com que mulheres recebam menores remunerações apesar de ocuparem a mesma posição trabalhista que homens ou que sejam alocadas, na maioria das vezes, em cargos com menores recompensas.

Estudo recente dos efeitos da composição por gênero das ocupações sobre os salários mostra que persiste no Brasil uma penalidade salarial para aqueles que estão inseridos em ocupações tipicamente femininas, sendo que esta penalidade mostra-se mais forte para as mulheres que para os homens. (FIGUEIREDO SANTOS, 2008b: 7)

Essa discrepância de remuneração por gênero faz com que homens e mulheres, enquanto categorias, difiram sistematicamente quanto ao poder social e bem-estar material. Mas mulheres não sofrem na mesma intensidade o ônus da penalidade de gênero, isso varia por classe (FIGUEIREDO SANTOS, 2006). Sendo assim, o grau da discriminação por gênero em favor dos homens cresce conforme se caminha para o topo da hierarquia de renda. Desta maneira, é importante analisarmos gênero em conformidade com classe uma vez que esta desempenha um importante papel mediador e uma relevante função moderadora – intensificadora ou atenuadora – em relação à desigualdade de gênero. Além de dar abertura para a tese da “dupla desvantagem”, na qual o indivíduo apresenta uma ocupação subordinada em mais de uma hierarquia, somando a desvantagem de ambas às dimensões (FIGUEIREDO SANTOS, 2008b).

Essa relação existente entre classe social e gênero se manifesta também na dimensão da saúde de homens e mulheres. Podemos apontar a existência de uma inter-relação entre desigualdade de gênero e saúde. Ao compararmos homens e mulheres em situações econômicas e sociais similares, as disparidades de gênero relacionadas a saúde praticamente desaparecem. Sendo que, a desigualdade de saúde em gênero apresenta uma relação maior com a ocupação do indivíduo. Portanto, o importante na análise de gênero relacionada à

desigualdade em saúde é destacar a influencia da classe social sobre esta categoria ao estudarmos saúde; fatores que pouco foram considerados, até então, como causas da desigualdade em saúde nas pesquisas sociológicas e epidemiológicas. Desta forma, as diferenças de gênero em saúde variam conforme os contextos de classe. “Supõe-se então que as discrepâncias de gênero em saúde possam ser intensificadas em determinados contextos de classe e atenuadas em outros contextos de classe” (FIGUEIREDO SANTOS, 2008a: 7).

Pesquisas já realizadas, relacionando gênero e saúde, demonstram que as mulheres são mais susceptíveis de viver mais tempo em plena saúde do que a maioria dos homens, mas isso varia de acordo com o país (PAYNE, 2006) e também com o contexto de classe. Para a análise de tais categorias, a auto-avaliação do estado de saúde é um indicador muito utilizado, isso porque muitos inquéritos de saúde do mundo utilizam a auto-avaliação do estado de saúde como medidores de saúde/doença (PAYNE, 2006; AQUINO, MENEZES & AMOEDO, 1992). Mas ao utilizarmos tal indicador, devemos considerar que muitas pessoas não têm o conhecimento real de sua saúde, ou até não querem admitir uma doença, interferindo diretamente nos dados coletados. Vários fatores podem justificar esta discrepância como, na construção da masculinidade os homens reconhecem menos que as mulheres os sintomas de doenças, e até mesmo demandam menos os serviços médicos.

Como podemos observar na tabela 3, ao analisarmos a auto-avaliação do estado de saúde, como não-bom, segundo as categorias de gênero, podemos perceber que 23,90% do total de mulheres auto-declaram sua saúde como não-bom em oposição a 19,94% do total de homens. Ou seja, a razão proporcional de mulheres que auto percebem sua saúde como não boa é 1,20 vezes maior do que os homens. Fato este que vai de encontro com a literatura aqui utilizada (PAYNE, 2006) e com pesquisas anteriores relacionadas ao tema (AQUINO, MENEZES & AMOEDO, 1992), afirmando que as mulheres reconhecem mais as doenças do que os homens.

Entre as categorias de classe os melhores índices de boa saúde, isto é, os que apresentam porcentagens menores de saúde não-bom, estão nas categorias capitalista, especialista autônomo e empregado especialista, respectivamente 6,68%, 5,77% e 8,41%. Já o trabalhador de subsistência, apresenta o pior índice, com 39,10% de saúde não-bom, seguido do autônomo agrícola (30,39%) e empregado doméstico (29,40%). Neste ponto é importante mais uma vez considerar que, as classes que se encontram na base da pirâmide social, muitas vezes desconhecem o seu estado de saúde, devido à falta de informação sobre a importância do cuidado e da prevenção com a saúde, e também do acesso restrito encontrado por estes aos serviços de saúde.

Tabela 3. Prevalência ajustada por idade da auto-avaliação do estado de saúde como não-boua, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos). Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Auto-avaliação do estado de saúde como não-boua (%)*			
	Homem	Mulher	Razão Mulher/Homem	Total
Capitalista	7,27	5,19	0,71	6,68
Pequeno empregador	16,43	14,56	0,89	15,93
Autônomo com ativos	19,89	23,01	1,16	20,79
Autônomo agrícola	29,27	37,83	1,29	30,39
Especialista autônomo	6,11	5,30	0,87	5,77
Gerente	11,71	11,56	0,99	11,74
Empregado especialista	7,47	9,16	1,23	8,41
Empregado qualificado	11,98	14,74	1,23	13,52
Supervisor	13,16	14,83	1,13	14,30
Trabalhador típico	18,27	20,30	1,11	19,04
Trabalhador elementar	25,14	30,04	1,19	26,24
Autônomo precário	24,15	29,59	1,22	26,50
Empregado doméstico	22,40	29,82	1,33	29,40
Trabalhador de subsistência	37,26	39,97	1,07	39,10
Trabalhador excedente	25,33	29,01	1,14	27,63
Total (não diferenciado)	19,94	23,90	1,20	21,73

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: * Agregação das categorias “regular”, “ruim” e “muito ruim” em “não-boua”.

Como ultima análise da tabela 3, podemos perceber a influência das categorias de classe na auto-avaliação do estado de saúde como não-boua, conforme o gênero, ou seja, o quanto classe interfere na categoria gênero ao auto-avaliarem a saúde. Neste aspecto, observamos que categorias como, capitalista, especialista autônomo e empregado especialista apresentam os menores índices de saúde não-boua, independente do gênero, apesar de haver certa distinção entre eles. A categoria autônomo agrícola é a que apresenta a maior desproporção de gênero, a favor dos homens, sendo que as mulheres apresentam uma razão 1,29 vezes maior de auto-avaliar sua saúde como não boua em comparação com os homens. Já categorias como capitalista, especialista autônomo e gerente apresentam discrepâncias

desfavoráveis ao homem, fatores que demarcam não só a distinção de gênero, como também de classe, ao analisarmos a tabela tanto horizontal como verticalmente.

Neste momento, torna-se necessário destacar que não apenas a auto-avaliação do estado de saúde se apresenta como indicador de saúde, a utilização dos serviços de saúde se diferencia conforme o gênero e a classe social. Mulheres normalmente usam com maior frequência os serviços de saúde (PAYNE, 2006). Podemos perceber que os fatores influenciadores da saúde que permeiam a categoria de gênero se demonstram através de inúmeros contextos e causas sociais. Como já dito, condições trabalhistas como segurança, rendimento e ocupação também interferem no estado de saúde, além de raça, etnia e classe social (VILLELA, MONTEIRO & VARGAS, 2009). Mas tal influência não está presente apenas no campo social, homens e mulheres sofrem de forma mais aguda, diferentes tipos de doenças, e a explicação de tal fato pertence, em igual teor, também ao campo biológico. Portanto, a desigualdade em saúde de gênero está ligada tanto a biologia quanto as relações de classe e raça, já que para mulheres e homens, suas experiências quanto a saúde e a doença é afetada pela biologia, pelas relações de gênero assim como pela idade, renda, raça, classe, cultura, localidade, etc.

Partindo para a análise no Brasil, estudos demonstram que as mulheres têm vivido mais que os homens. E essa sobremortalidade masculina tem se dado principalmente por causas de mortes violentas, como homicídios e acidentes de trânsito (AQUINO, MENEZES & AMOEDO, 1992), fatores relacionados aos hábitos diferenciados por gênero. Estes diferenciais que interferem na saúde de homens e mulheres são a exposição a fatores de risco, diferenças na construção da experiência do adoecimento e também de morbidade e utilização dos serviços de saúde. Além disso, as mulheres também sofrem do ônus da dupla jornada de trabalho, tendo que cuidar da casa – e assim estando mais expostas a produtos químicos de uso doméstico – e dos filhos – se expondo também a doenças infecciosas que se manifestam com maior frequência nas crianças – mesmo quando inseridas no mercado de trabalho formal.

Conforme apresentado na tabela 4, percebemos que a presença de alguma das doenças crônicas, aqui analisadas, está presente em 22,48% das mulheres em oposição a 16,09% dos homens, em média geral. Portanto, a exposição de mulheres a fatores de risco apresenta um impacto maior a sua saúde em comparação aos homens. Ao medirmos por classe à presença de pelo menos uma doença crônica, conforme as categorias de gênero, percebemos que em todas as categorias de classe as mulheres apresentam um prevalência de pelo menos uma doença crônica em comparação com os homens. E, apesar dos indicadores se

destoarem, ao analisarmos as categorias de classe, a distinção entre estes é mínima, isso quer dizer que independente da categoria de classe, as mulheres sempre apresentam certa prevalência quanto à presença de pelo menos uma doença crônica em comparação com os homens.

Tabela 4. Prevalência ajustada por idade da presença de pelo menos uma doença crônica musculoesquelética, conforme as categorias de classe e gênero (pessoas de 18 a 65 anos). Brasil, 2008.

Categorias de Classe	Presença de pelo menos uma doença crônica (%) *			
	Homem	Mulher	Razão Mulher/Homem	Total
Capitalista	12,42	22,83	1,84	15,17
Pequeno empregador	15,65	20,08	1,28	16,78
Autônomo com ativos	14,47	22,56	1,56	16,78
Autônomo agrícola	20,11	23,16	1,15	20,53
Especialista autônomo	13,04	19,35	1,48	15,21
Gerente	12,91	18,18	1,41	15,02
Empregado especialista	12,32	17,53	1,42	15,04
Empregado qualificado	14,50	20,64	1,42	17,89
Supervisor	15,15	19,60	1,29	16,08
Trabalhador típico	15,95	21,85	1,37	17,99
Trabalhador elementar	17,04	22,73	1,33	18,70
Autônomo precário	16,81	25,64	1,52	20,71
Empregado doméstico	16,18	22,53	1,39	22,08
Trabalhador de subsistência	19,78	24,27	1,23	22,84
Trabalhador excedente	17,29	24,13	1,39	21,32
Total (não diferenciado)	16,09	22,48	1,40	18,83

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas:* Agregação das doenças crônicas “coluna ou costas”, “artrite ou reumatismo” e “tendinite ou tenossinovite”.

As mulheres, apesar de viver mais que os homens, suportam uma maior carga de problemas de saúde, ou seja, elas vivem mais, só que não em condições de bem-estar melhores. Em todo o mundo, mulheres sobrevivem aos homens e apresentam uma mortalidade menor, mas isso não quer dizer que elas vivem em melhores condições de saúde

(PARAHYBA, 2006). Podemos demonstrar isto com alguns indicadores de mobilidade física, conforme descritos na tabela 5 abaixo.

Tabela 5. Prevalência ajustada por idade da graduação de dificuldade em mobilidade física, conforme os indicadores de mobilidade e as categorias de gênero (pessoas de 18 a 65 anos). Brasil, 2008.

Indicadores de mobilidade física	Homem (%)	Mulher (%)	Total (%)
Dificuldade de alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro			
Nenhuma	97,25	96,59	96,90
Pequena dificuldade	1,54	2,17	1,87
Grande dificuldade	0,81	0,95	0,88
Não consegue	0,38	0,28	0,33
Dificuldade para caminhar mais de um quilômetro (*)			
Nenhuma	92,35	83,73	89,40
Pequena dificuldade	4,77	8,12	6,52
Grande dificuldade	2,25	4,09	3,22
Não consegue	0,60	1,04	0,83
Dificuldade para subir ladeira ou escada (*)			
Nenhuma	90,81	83,72	87,09
Pequena dificuldade	5,88	10,18	8,13
Grande dificuldade	2,78	5,19	4,05
Não consegue	0,52	0,89	0,72
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se (*)			
Nenhuma	89,45	84,15	86,66
Pequena dificuldade	6,93	10,16	8,62
Grande dificuldade	3,18	5,05	4,17
Não consegue	0,42	0,62	0,53
Dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados (*)			
Nenhuma	84,51	77,59	80,89
Pequena dificuldade	8,17	11,73	10,02
Grande dificuldade	5,32	7,84	6,64
Não consegue	1,98	2,82	2,42

Fonte: IBGE. 2009. PNAD – 2008. Microdados com o suplemento especial sobre saúde (tabulações especiais do autor).

Notas: os quesitos com asteriscos (*) referem-se à pessoa que não tem dificuldade ou tem somente pequena dificuldade de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro sem ajuda.

A tabela 5 demonstra que as mulheres declaram ter algum tipo de mobilidade física, maior do que os homens, em cinco das seis atividades indicadoras de mobilidade física, o que pode comprometer suas atividades cotidianas e estar relacionado ao estilo de vida de cada categoria, além de fatores biológicos

Desta forma, a análise da mortalidade – que se apresenta, na maioria dos estudos já realizados, com um índice maior na categoria homem – representa apenas a deterioração extrema da saúde, e não dá conta das condições de saúde e bem-estar de homens e mulheres, fator importante a se considerar nos estudos sobre desigualdade em saúde. Assim, torna-se importante a avaliação da mobilidade física como parte importante da avaliação funcional (tabela 5), que impacta diretamente na vida cotidiana dos indivíduos e grupos. Desta maneira diferenças de gênero em relação à incapacidade funcional são importantes, e as mulheres reportam maior dificuldade do que os homens, como demonstrado no indicador “dificuldade de caminhar mais de um quilômetro” na tabela 5, 92,35% dos homens não apresentam nenhuma dificuldade, em oposição a 83,73% das mulheres.

Mas devemos considerar que os estudos têm demonstrado que as mulheres desenvolvem incapacidades funcionais com maior frequência que os homens, além de sobreviverem mais tempo do que eles com as suas limitações (PARAHYBA, 2006). Fato que pode ser explicado devido à diferença nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade, e por fatores comportamentais, que indicam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens. Sendo assim, o importante a se considerar neste momento é que apesar da expectativa de vida e as taxas de prevalência de incapacidade funcional ser maiores entre as mulheres, demonstra que elas viverem mais, e também que suportam por um maior tempo e com maior intensidade os problemas de saúde. Fatores que criam uma maior desigualdade no seu bem-estar e na sua condição de saúde em relação ao homem.

Após esta breve exposição podemos perceber que a categoria gênero exerce grande influencia sobre a saúde dos grupos e indivíduos, mas que apresenta um diferencial quando mediada por outros indicadores como classe. Mas de modo geral, mulheres apresentam piores condições de saúde do que homens, mesmo quando, em algum âmbito, manifeste condições positivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o quadro da desigualdade no Brasil, e mais especificamente a desigualdade de acesso à saúde, podemos concluir que esta persistirá enquanto houver desigualdades de recursos e oportunidades. Ou seja, a associação entre nível socioeconômico e doença é inversamente proporcional, assim apenas a inversão desse quadro poderá reduzir as desigualdades.

Outro fator muito importante na diminuição das desigualdades é o acesso a informação, já que o conhecimento sobre fatores de risco é mais útil pra quem se apresenta submetido a eles. Isso quer dizer que o acesso a informação sobre fatores de riscos pode ter uma maior influencia na diminuição destes se pessoas sujeitas a sua submissão tiverem acesso a tal conhecimento. Sobre este tema, destacamos o chamado “*give back effect*” (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010), ou seja, as informações sobre os fatores de risco interessam mais aos níveis socioeconômicos que estão expostos a eles, assim diminuiriam as desigualdades. Por exemplo, se considerarmos os estudos sobre tabagismo e seus efeitos sobre a saúde, iríamos parar de fumar, já que estes efeitos são nocivos a saúde. Assim, se houvesse mais pessoas pertencentes aos níveis socioeconômicos inferiores que se beneficiassem dessas informações a desigualdade nesse setor seria amenizada, já que entre eles apresentam-se a maior proporção de fumantes. Essa má distribuição das informações entre os grupos socioeconômicos cria então disparidades em saúde. Mas não funcionaria se apenas proporcionássemos o acesso a informação, também teríamos que esclarecer os indivíduos e grupos, proporcionando acesso do ensino de qualidade para que assim estes pudessem utilizar tais informações disponíveis.

A educação então seria um mecanismo de compensação, isto é, mecanismos que atuam sobre outros recursos para satisfazer os grupos. Mas ao tratarmos de saúde, os mecanismos fundamentais são indispensáveis. Além de que, nenhum mecanismo de compensação nega o poder do nível socioeconômico como uma das causas fundamentais da desigualdade de oportunidades de vida (PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010).

Desta maneira, o essencial ao se tratar da desigualdade em saúde, é a redistribuição de recursos. Isso não quer dizer que ao escolhermos priorizar a diminuição das desigualdades em saúde estaremos nos opomos aos avanços no conhecimento da saúde e da tecnologia de ponta. Mas as políticas que incentivam o desenvolvimento da saúde devem romper com sua ligação entre estes avanços e o nível socioeconômico, uma vez que este elo cria restrições de acesso. Deve-se primeiramente priorizar a redistribuição dos recursos para

assim reduzir a desigualdade de acesso a recursos e conseqüentemente a desigualdade em saúde e no acesso à saúde.

Um fator importante ao se considerar intervenções sociais, é também considerar a sua abrangência, sendo assim devemos perceber se tais intervenções se apresentarão disponíveis a todos os grupos, sem restrições de acesso. Portanto, “quando nós criamos intervenções que são caras, complicadas e demoram a se realizar, e de difícil distribuição em geral, estamos propensos a criar disparidades em saúde” (CHANG & LAUDERDALE, 2009 *apud* PHELAN, LINK & TEHRANIFAR, 2010: 38). Além disso, também é de fundamental importância a divulgação e a informação clara de onde e quando as intervenções de saúde estarão disponíveis, se são gratuitas, ou se não, quanto irá custar aos indivíduos. Neste viés, devemos propor políticas sociais de mais fácil acesso, como as que visem uma alimentação mais saudável, o combate ao tabagismo, e a inserção de exercícios físicos na vida dos socialmente desfavorecidos, etc.

Ao nos embasarmos na *Teoria das Causas Fundamentais*, podemos dizer que as mudanças sociais são de fundamental, e porque não de principal, importância para que se possa modificar o quadro da saúde no Brasil. Se não a considerarmos com tal acuidade, estaremos persistindo no atual problema das reformas na área da saúde, no qual sua elaboração parte, em sua maioria, dos interessados politicamente nesta área relegando assim as principais necessidades da população. Desta maneira, o desenvolvimento de políticas sociais em saúde deve priorizar a base da pirâmide social, sendo este fator de essencial importância para a amenização da desigualdade em saúde apresentada no contexto atual. Portanto, cabe à sociologia informar sobre as deficiências emergenciais a serem priorizadas na área da saúde, e como investir seus recursos para saná-las. Abordando assim as inter-relações de acesso – qualidade – custo (HANKIN & WRIGHT, 2010).

O objetivo principal de nossa pesquisa foi o de analisar a desigualdade social levando em consideração que a riqueza do país estudado é o fator que apresenta o menor impacto sobre a estratificação. O importante aqui é a maneira como a riqueza de cada país é distribuída, nos seus estados e municípios, e dentro destes nas diferentes áreas de atendimento e interesse social. Desta forma, a maneira de lidar com os recursos públicos é fator essencial para a diminuição das desigualdades sociais. Uma vez que vivemos em uma sociedade com múltiplas diferenças, esses recursos devem ser distribuídos de forma heterogênea, de modo a compensar a distinção existente entre as classes, criando assim políticas de equidade eficientes, priorizando os que mais necessitam. Assim, a desigualdade em saúde poderia ser amenizada, já que é potencializada por diversos fatores sociais. Alguns desses fatores podem

ser demarcados, como a falta de acesso a informação e escolaridade, afetando inclusive a auto-avaliação do estado de saúde das pessoas, pois a negação de doenças pode partir do desconhecimento desta, o que, por sua vez, advém da falta de acesso e de informações necessárias para tal conhecimento. A percepção da doença, então, é detectada diferentemente conforme o gênero ou a classe social a que pertence o indivíduo.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e Saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 26, n 3, jun. 1992. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300011&lng=&nrm=iso&tlng=>. Acesso em: 20 ago. 2008.

AUGUSTO, Maria Helena O.; COSTA, Olavo V. A saúde como direito social: algumas questões. **Caderno de Sociologia**, Porto Alegre, vol. 4, Número Especial, 1993. p. 113-118.

BECKER, Howard S. **Outsiders. Estudos de Sociologia do Desvio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BLOOM S.W. Episodes in the institutionalization of medical sociology: a personal view. **Journal of Health and Social Behavior**. v. 31, p.1-10. 1990.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

COCKERHAM, W. C. **Social Causes of Health and Disease**. Cambridge (U.K.): Polity Press, 2007. p. 1-25.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp.385-405.

FAHEL, M. C. X. . Desigualdades em Saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. In: **XII Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2007, Recife. Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2007.

FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. **Estrutura e posição de classe no Brasil: mapeamento, mudanças e efeitos na renda**. Belo Horizonte e Rio de Janeiro: Editora UFMG e IUPERJ, 2002.

FIGUEIREDO SANTOS, José Alcides. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 20, n. 58, p. 27-45, jun. 2005.

_____. Classe, gênero e família: a questão da unidade de análise. **Teoria e Cultura**, v. 1, p. 97-115, 2006.

_____. **Divisões sociais e desigualdade em saúde**: uma perspectiva de investigação para o Brasil. Artigo inédito. 2008a.

_____. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, vol.51 n. 2, p.353-402, 2008b.

_____. Posições de classe destituídas no Brasil. In: Jessé Souza. (Org.). **A ralé brasileira: quem é e como vive**. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, v. 1, p. 463-483.

_____. **Posições de classe e chances de saúde no Brasil**. Artigo submetido à Revista DADOS. 2010.

_____. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. 2011, vol.26, n.75, pp. 27-55. ISSN 0102-6909. doi: 10.1590/S0102-69092011000100002.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Política de Saúde: uma política social: políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. p.23-64.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1998.

GIDDENS, Anthony. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento; Gênero e sexualidade. In: _____. **Sociologia**. 4. ed. São Paulo: ARTMRD Editora, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOHN, Maria da Glória. Demandas Populares Urbanas no Brasil. In: _____. **História dos Movimentos e Lutas Sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo, Edições Loyola, 1995.

HANKIN, Jenet R. & WRIGHT, Eric R. Reflections on Fifty Years of Medical Sociology. **Journal of Health and Social Behavior**, November 2010; vol. 51, 1 suppl: pp. S10-S14.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2008**. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

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

MECHANIC, D. Medical sociology: some tensions among theory, method and substance. **Journal of Health and Social Behavior**, 1989; vol. 30, pp. S147- S160.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA Dias; MACHADO, Cristian Vieira. **O Sistema Único de Saúde: SUS**. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. pp. 435-472.

NUNES, E. D. Sociologia da saúde: história e temas. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DURMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b, pp. 19-51.

NUNES, E. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DURMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. pp. 295-315.

PAIM, Antonio (org). **Pombal e a cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1982.

PARAHYBA, M. I. C. A.. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2006, Caxambu. Encontro Nacional de Estudos Populacionais: desafios e oportunidades do crescimento zero. Campinas: ABEP, 2006.

PARSONS, T. **El Sistema Social**. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

PAYNE, S. Illness and health: sex, gender and morbidity. In: _____. **The Health of Men and Women**, Polity Press, 2006.

PHELAN, Jo C.; LINK, Bruce G.; TEHRANIFAR, Parisa. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, November 2010; vol. 51, 1 suppl: pp. S28-S40.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social**. 3. Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).

STATA CORPORATION. **Stata Statistical Software version 10.0**. [S.l.]: College Station, TX/ Stata Corporation, 2008.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SOUZA, Marcela Fernanda da Paz. Gênero e desigualdade sob o enfoque institucional. In: **CSONline**, ano3, ed. 7, pp. 42-57, 2009.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques Teórico- Metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C. (org.). **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, pp. 17-32.

TILLY, Charles. O acesso desigual ao conhecimento científico. Tradução: Alexandre Massella. **Tempo Social** – Revista de Sociologia da USP, vol. 18, n. 2, p. 47-62, nov. 2006.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

WHARTON, Amy S. Gender Inequality. **Handbook of Social Problems**, edited by George Ritzer. Thousand Oaks, CA: Sage. 2003.

WHARTON, Amy S. **The Sociology of Gender**: an introduction to theory and research. Oxford: Blackwell, 2005.