

A

... :
...
...
...

H go .V. Ca do o

De a a e de A l gia, U i e idade de C i b a, P gal
De a e f A h l g McMa e U i e i , Ca ada
hca d @a . c.

Re mo

organização social de qualquer sociedade. A investigação epidemiológica e antropológica actual na área da saúde considera o estatuto socioeconómico (ESE) como individual, ora aos riscos, ora aos benefícios que o ambiente físico e social pro-

conseguida através da utilização de indicadores que fornecem informação empírica acerca da posição relativa de um determinado indivíduo na hierarquia social. Neste trabalho discute-se o alcance e as principais limitações dos mais importantes

stratify human populations into groups that expose individual health to either positive or negative environments. Thus, health researchers have developed measures of SES in order to quantify relative social factors in the environment that affect human health and basically that is achieved by using indicators that provide empirical information about the relative position of an individual in the social hierarchy. Having discussed the scope and particular limitations of the main measures of SES (occupation, education and income) in the study of present and past populations, it is concluded that each indicator measures different components of SES and therefore, the choice of how to measure SES will remain open and dependent on a number of factors, especially availability of data with respect to historical research. Additionally, a model will be presented that wishes to conceptualise SES in a “downs-

responsible for creating and maintaining the social structure in the society.

Key words Socioeconomic status; health; disease; social inequalities; history.

Introduction

Foi apenas depois da revolução industrial que as nações ocidentais, ditas desenvolvidas, testemunharam um declínio geral na mortalidade e uma alteração do contexto epidemiológico. Nos países industrializados, as infecções e a fome deixaram de ser as principais causas de mortalidade e morbidade e foram sendo substituídas, sobretudo, por doenças crónicas (Omran, 1971; Fabrega, 1981; Adler *et al.*, 1993b) 15929 427.42B1 244.5B1 TJETBT4

(2) a associação inversa entre o estatuto socioeconómico e a mortalidade ou morbidade é geral e extraordinariamente consistente entre nações (Marmot *et al.*, 1987; Townsend *et al.*, 1992; Feinstein, 1993; Fein, 1995).

que se estende desde as classes mais baixas, passando pelas intermédias e acabando nas classes privilegiadas, e não apenas um limiar social que separa saúde e doença (Adler *et al.*, 1993; 1994; Adler e Ostrove, 1999).

Por outro lado, o declínio geral da mortalidade no mundo ocidental foi ainda acompanhado de um aumento da população em zonas urbanas. Nas últimas décadas, o contexto epidemiológico de muitos países em desenvolvimento também se tem alterado e nestes, o incremento da população nas cidades tem sido ainda mais dramático. Dado que as sociedades urbanas encerram as maiores desigualdades sociais e económicas (McMichael, 1999; Harphama e Molyneuxb, 2001), especialmente as de grandes dimensões

entre o estatuto socioeconómico e a mortalidade ou morbidade é geral e extraordinariamente consistente entre nações, revela-se de particular relevância para o mundo actual.

Neste contexto, a mensuração do estatuto socioeconómico encerra um potencial considerável, para examinar o modo como a organização social e material de uma sociedade afecta as desigualdades na saúde e na doença dos indivíduos, e o bem-estar geral da mesma sociedade. É

ou pré-industrializadas. No que diz respeito às populações históricas, e dadas as limitações inerentes, este trabalho irá apenas debruçar-se num tipo de testemunho: o registo documental. Os vestígios arqueológicos podem fornecer outro tipo de informação sobre as populações históricas, mas

contemporânea actual pode mensurar directamente os efeitos das desigualdades socioeconómicas na saúde, centrando-se, por exemplo, na mortalidade ou na morbilidade dos sobreviventes das diferentes classes sociais, dos quais se pode obter informação médica, sanitária e socioeconómica directamente através de diversos estudos transversais e longitudinais. Em investigações de carácter histórico, muito do que resta são os registos escritos e os investigadores estão

na saúde. Retrospectivamente, a qualidade da saúde em populações históricas só pode ser avaliada directamente através de dados de mortalidade, obtidos de registos paroquiais ou civis, e indirectamente através de dados históricos de estatura, sobretudo de origem militar. Além do mais, a investigação histórica está igualmente limitada no tipo de informação que pode recolher para mensurar o estatuto socioeconómico no passado.

Dado que a literatura sobre o assunto deste trabalho é vasta e diversa, tanto em formulações teóricas como em questões metodológicas, este cingir-se-á a problemas gerais na conceptualização e operacionalização do conceito de estatuto socioeconómico na investigação orientada para a saúde. Uma vez que o objectivo não é fazer a revisão exaustiva dos vários indicadores de estatuto socioeconómico, mas dos problemas na sua mensuração e dos diferentes níveis de análise, a discussão centrar-se-á em aspectos gerais dos principais e mais importantes indicadores. Numa

de estatuto socioeconómico, pretende-se ainda apresentar um modelo que procura captar e sumariar as ligações que se podem estabelecer entre o estatuto socioeconómico e a saúde, tanto a montante como a jusante dessa complexa relação. Dada a perspectiva adoptada, este trabalho destina-se sobretudo aos estudantes de antropologia biológica (no mais amplo sentido da palavra) e de epidemiologia, tanto no que se refere à investigação actual como histórica, mas poderá também suscitar algum interesse da parte de cientistas sociais, geógrafos e historiadores.

ambiente onde vivem, ora os riscos, ora os benefícios que esse ambiente proporciona, respectivamente. Neste esquema de repartição de riscos e benefícios, as classes sociais mais elevadas estão associadas sobretudo aos

Morris, 1979; Moss e Krieger, 1995). Historicamente, quando as mulheres tiveram acesso mais generalizado ao mercado de trabalho, a prática comum

1983). Ainda hoje, as desigualdades de género, que persistem no mercado

do pai (p. ex. Rona *et al.*, 1978), alguns autores consideram que é o nível de educação da mãe que tem o maior impacto na saúde infantil (Liberatos *et al.*, 1988), enquanto outros centram-se nas características do chefe de

1972; Knodel, 1988; Spree, 1988). Nas sociedades não industrializadas não advento da industrialização e, nestas, as divisões sociais estão normalmente restringidas a designações como nobreza, burguesia e povo (Vuorinen, 1991), ou ricos, remediados e pobres (Monteiro, 1996).

e o rendimento (entendido como salário, vencimento ou remuneração), estes

et al.,

das sociedades urbanas durante a vida adulta, cujos efeitos na saúde estão comprovados (Daly *et al.*, 2002). Devido a todas estas condicionantes, uma escolaridade ou instrução elevada não conduz necessariamente a uma

A utilização deste indicador como medida do ESE resulta fundamentalmente do facto de representar, por um lado, um veículo do tipo de conhecimentos que estilos de vida e o tipo de redes sociais e, por outro, de constituir uma medida

necessidades básicas da vida, fornece os instrumentos para controlar os

determinando assim oportunidades para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis (Geyer e Peter, 2000). No entanto, devido à possibilidade

factores como sejam o tamanho da família ou a qualidade dos serviços disponíveis, pode ser problemático obter dados sobre a remuneração (Krieger *et al.*, 1997). Além do mais, porque frequentemente as pessoas preferem não revelar dados concretos sobre os seus rendimentos ou falseiam-nos, a informação sobre este indicador pode ser de difícil acesso ou mesmo duvidosa, sendo muitas vezes considerada mais problemática de recolher *et al.*, 1997).

Em contraste com o rendimento ou remuneração, que consiste num e a propriedade/riqueza são indicadores que exprimem uma medida dos fundos de reserva económica de um indivíduo ou de uma família, num ponto

associados, estes indicadores representam conceitos distintos. A sua distinção deriva do facto de a remuneração representar uma recompensa monetária imediata, enquanto a propriedade ou riqueza resultam da acumulação de recursos (Daly *et al.*, 2002). Comparativamente à remuneração, a riqueza distingue-se como uma fonte de segurança económica, uma vez que indica a capacidade de um indivíduo ou família de enfrentarem situações adversas, nomeadamente de carácter económico, tal como uma crise grave de saúde ou o desemprego (Krieger *et al.*, 1997). O tipo de propriedade imobiliária, como seja a habitação própria ou arrendada, ou o género de bens mobiliários, como seja o tipo ou número de automóveis do agregado familiar, representam

socioeconómicas baseadas na propriedade ou na riqueza, e a informação sobre a sua posse e valor está menos condicionada a problemas de revelação.

Fontes históricas de rendimento/remuneração ou propriedade/riqueza podem ser escassas. Isto sobretudo porque os registos históricos, tais como testamentos ou livros de contabilidade, tendem necessariamente a estar enviesados na direcção dos segmentos sociais mais elevados e privilegiados. O registo de remunerações ou de propriedade (ou falta dela) raramente existe

para as classes mais baixas. Além de que, a probabilidade de quaisquer registos de rendimento ou propriedade sobreviverem até à actualidade, é

destas limitações, é muitas vezes possível obter medidas directas e indirectas de rendimento no passado. Por exemplo, em períodos relativamente mais recentes, é frequente existirem fontes governamentais de salários mensais,

1995) que fornecem medidas directas de rendimento. Outro exemplo de

de pobreza, o sobrepovoamento e a densidade populacional, a proporção de tipos de propriedade (casa arrendada *versus* casa própria) e o número de fogos sem casa de banho (Krieger *et al.*, 1997; Geronimus e Bound, 1998; Yen e Kaplan, 1999; Demissie *et al.*, 2000; Santana *et al.*, 2006). A

indivíduo, particularmente quando as pessoas são comparadas entre si. No entanto, porque a saúde individual pode ser determinada por factores ao

associação entre características socioeconómicas de área e a saúde individual não resultam necessariamente numa falácia ecológica (Korff *et al.*, 1992; Demissie *et al.*, 2000; Pearce, 2000).

Apesar de existirem alguns problemas relacionados com a subestimação dos efeitos socioeconómicos mensurados ao nível de área, devido à frequente heterogeneidade das unidades de área em análise, um dos seus grandes potenciais é o de oferecer uma medida estável seae57(e)-6(s)-6(t)-6astt

de investigador para investigador. Além do mais, o uso de índices não oferece a oportunidade de avaliar o poder explanatório dos vários indicadores que o compõem (Mueller e Parcel, 1981). De facto, a combinação da informação

entre os vários componentes do ESE e diversas enfermidades e o estado geral de saúde. Por exemplo, vários estudos sugerem que o efeito económico do rendimento no risco de mortalidade geral se sobrepõe aos efeitos de outros

factores de stresse ou tensão psicológica, as redes sociais de relacionamentos e a conduta e hábitos individuais.

distribuição do risco e depois sobre o estado de saúde, pode ser atribuída

directamente a capacidade individual de aceder a recursos fundamentais, como sejam a alimentação e nutrientes de qualidade ou a água potável, os cuidados de saúde primários e os medicamentos, ou até mesmo as actividades de lazer e recreativas (Mechanic, 1989; Townsend *et al.*, 1992). Para além das relações entre o ESE e a saúde que se podem estabelecer ao nível individual, pode-se ainda acrescentar o nível ambiental. Por exemplo, o baixo ESE está frequentemente associado a um número de condições ambientais que contribuem para sobrecarregar as condições de vida individuais já por si

ou a discriminação social (Mechanic, 1989; Adler e Ostrove, 1999; Baum *et al.*, 1999; Santana, 2005).

Em resumo, aqueles indivíduos que estão impossibilitados ou incapacitados de acederem ou partilharem das comodidades, recursos e facilidades fornecidas por uma sociedade ou que são incapazes de satisfazer as obrigações sociais e ocupacionais que lhe são colocadas, como resultado das suas limitações materiais, podem ser considerados desprivilegiados em termos socioeconómicos e, como tal, verdadeiramente desfavorecidos relativamente ao risco de contrair doenças, de sofrer acidentes ou de promover positivamente a sua saúde e o seu bem-estar. É neste acesso diferencial a recursos materiais e sociais que o ESE constitui um mediador dos riscos e benefícios que os indivíduos recebem do ambiente social e físico em que vivem.

O modelo aqui apresentado assume que a posição socioeconómica determina o estado de saúde. Uma interpretação alternativa poderia ser a de

indivíduos menos saudáveis tiverem maior probabilidade de apresentar uma mobilidade social descendente, ou tiverem menor probabilidade de ascender socialmente. Apesar de, em teoria, esta mobilidade social diferencial poder explicar as diferenças socioeconómicas na mortalidade e na morbilidade populacionais, a maioria dos autores concorda que este fenómeno, na

o ESE e a saúde (Marmot *et al.*, 1987; Haan *et al.*, 1989; Townsend *et al.*,

1992; Carroll *et al* *et al*
ideia de que é o estado de saúde que tem um importante impacto no ESE

organizativos das empresas, como por exemplo a condições de segurança e higiene no trabalho e a tabelas salariais inadequadas, que dão prioridade à

aspectos locais e globais da economia, tais como privatizações do sistema de saúde.

para as políticas sanitárias e de desenvolvimento no mundo inteiro e um

Agadecimento

Antropologia Portuguesa, pela Susana Garcia e ainda das correcções editoriais da Ana

Bibliografia

Historical Archaeology, 25(1): 26-36.

- B. H. (eds.). *Pathways to health: the role of social factors*
Henry J. Kaiser Family Foundation: 76-135.
- Haines, M. R. 1995. Socio-economic differentials in infant and child mortality during mortality decline: England and Wales, 1890-1911. *Population Studies*, 49(2): 297-315.
- Harphama, T.; Molyneuxb, C. 2001. Urban health in developing countries: a review. *Progress in Development Studies*, 1(2): 113-137.
Annual Review of Sociology, 3: 51-77.
- Hauser, R. H. 1994. Measuring socioeconomic status in studies of child development. *Child Development*, 65(6): 1541-1545.
- Kaplan, G. A. 1999. What is the role of the social environment in understanding inequalities in health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 116-119.
- Knodel, J. E. 1988. *Demographic behavior in the past: a study of fourteen German village populations in the eighteenth and nineteenth centuries*

health: the role of social factors

Foundation: 9-26.

Monteiro, M. 1996. Migrantes e emigrantes de Fafe (1834-1926): territórios, estrutura social e itinerários. In: *1.ª Jornadas de história local*. Fafe, Câmara Municipal de Fafe: http://www.museu-emigrantes.org/Fafe_1as_jornadas_de_historia.pdf.

their alternatives. *Community Medicine*, 5(2): 116-124.

Morrison, A. S.; Kirshner, J.; Molho, A. 1977. Life cycle events in 15th century Florence: records of the Monte Delle Doti. *American Journal of Epidemiology*, 106(6): 487-492.

Moss, N.; Krieger, N. 1995. Measuring social inequalities in health. *Public Health Reports*, 110(3): 302-305.

Mueller, C. W.; Parcel, T. L. 1981. Measures of socioeconomic status: alternatives and recommendations. *Child Development*, 52: 13-30.

cause of death. *Health Services Report*, 88(5): 449-465.

Nam, C. B.; Terrie, E. W. 1982. Measurement of socioeconomic status from United States census data. In: Powers, M. G. (ed.). *Measures of socioeconomic status: current issues*. Boulder, Westview Press Inc.: 29-42.

Omran, A. R. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*, 49(4): 509-538.

Osborn, A. F.; Morris, T. C. 1979. The rationale for a composite index of social class and its evaluation. *British Journal of Sociology*, 30(1): 39-60.

Journal of Epidemiology and

Community Health, 54(5): 326-327.

Powers, M. G. 1982. Measures of socioeconomic status: an introduction. In: Powers, M. G. (ed.). *Measures of socioeconomic status: current issues*. Boulder, Westview Press Inc.: 1-28.

Reading, R. F.; Openshaw, S.; Jarvis, S. N. 1990. Measuring child health inequalities using aggregations of enumeration districts. *Journal of Public Health Medicine*, 12(3-4): 160-167.

Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J. 1994. Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(2): 146-150.

- Rona, R. J.; Swan, A. V.; Altman, D. G. 1978. Social factors and height of primary schoolchildren in England and Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(3): 147-154.
- Santana, P. 2005. *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra, Almedina.
- Santana, P.; Nogueira, H.; Santos, R. 2006. O papel do ambiente físico e social na construção de comunidades saudáveis. Ensaio metodológico aplicado à Amadora. *Revista Engenharia Civil*, 27: 17-27.

The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61: S153-S160.

American Journal of Epidemiology, 104(1): 1-8.

Thernstrom, S. 1973. *The other Bostonians: poverty and progress in the American metropolis 1880-1970*. Cambridge, Harvard University Press.

Thomas, R. B. 1998. The evolution of human adaptability paradigms: toward a biology of poverty. *In*