

Lidyane do Valle Camelo

STATUS SOCIAL SUBJETIVO, AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E
TABAGISMO. ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO
(ELSA-BRASIL)

Universidade Federal de Minas Gerais
Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2012

Lidyane do Valle Camelo

STATUS SOCIAL SUBJETIVO, AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E
TABAGISMO. ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO
(ELSA-BRASIL)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (Área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandhi Maria Barreto
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Luana Giatti Gonçalves

Belo Horizonte - MG
2012

C181s Camelo, Lidyane do Valle.
Status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo
[manuscrito]: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-BRASIL). /
Lidyane do Valle Camelo. - - Belo Horizonte: 2012.
77f.: il.
Orientadora: Sandhi Maria Barreto.
Co-Orientadora: Luana Giatti Gonçalves.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Desigualdades em Saúde. 2. Iniquidade Social. 3. Nível de Saúde. 4.
Saúde. 5. Saúde do Adulto. 6. Hábito de Fumar. 7. Dissertações
Acadêmicas. I. Barreto, Sandhi Maria. II. Gonçalves, Luana Giatti. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WA 100

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz.

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Maryane Oliveira Campos (Representante Discente Titular – Doutorado)

Tiago Lopes Coelho (Representante Discente Suplente – Mestrado)

DECLARAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640

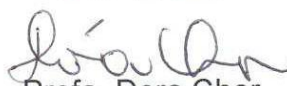


DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelas Professoras Doutoras: Sandhi Maria Barreto, Luana Giatti Gonçalves, Dora Chor, Ada Ávila Assunção, aprovou a defesa da dissertação intitulada “**STATUS SOCIAL SUBJETIVO, AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E TABAGISMO. ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)**” apresentada pela aluna **LIDYANE DO VALLE CAMELO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 28 de setembro de 2012


Profa. Sandhi Maria Barreto
Orientadora


Profa Luana Giatti Gonçalves
Coorientadora


Profa. Dora Chor


Profa. Ada Ávila Assunção

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de LIDYANE DO VALLE CAMELO número de registro 2011656057. Às quatorze horas do dia vinte e oito de setembro de dois mil e doze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "STATUS SOCIAL SUBJETIVO, AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E TABAGISMO. ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Sandhi Maria Barreto, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Sandhi Maria Barreto/orientadora
Profa. Luana Giatti Gonçalves/coorientadora
Profa. Dóra Chor
Profa. Ada Ávila Assunção

Instit: UFMG
Instit: UFOP
Instit: FIOCRUZ/RJ
Instit: UFMG

Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada
Indicação: Aprovada

Pelas indicações a candidata foi considerada ARROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de setembro de 2012.

Profa. Sandhi Maria Barreto

Profa. Luana Giatti Gonçalves

Profa. Dora Chor

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari/Subcoordenadora do CPG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Teresa Cristina de Abreu Ferrari
Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação
da Faculdade de Medicina - UFMG

***Aos meus pais, Antonio e Celeida, pelo grande exemplo de persistência, força
e dedicação.***

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades e pela pronta ajuda em todos os momentos difíceis.

À professora Sandhi Maria Barreto, pelas grandes oportunidades de aprendizado, compreensão nos momentos difíceis e confiança depositada em mim. Obrigada por ter me proporcionado essa “exposição” ao seu exemplo de mestre, pesquisadora e educadora, que contribuiu para meu crescimento acadêmico e pessoal nesse período de convivência.

À professora Luana Giatti Gonçalves, por ter me recebido no ELSA-UFMG, pela paciência constante com as minhas inúmeras perguntas e por estimular ainda mais minha curiosidade, desde que nos conhecemos. Também, pela constante disposição em ensinar, por ter me oferecido uma orientação tão competente, por me apoiar nos momentos de incerteza e por sua significativa contribuição à minha formação acadêmica.

A toda a equipe do Projeto ELSA-UFMG, em especial à Roberta Carvalho de Figueiredo, por ter me recebido no ELSA-UFMG e me estimulado no caminho científico, e ao Roberto Marini Ladeira, pela paciência com as minhas angústias e pelo apoio durante essa trajetória.

Aos participantes do Projeto ELSA, por contribuírem de forma tão generosa e solidária com o Projeto e por terem viabilizado a realização deste trabalho.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação, em especial à Jôsi Fernandes de Castro Rodrigues, Larissa Araújo Fortunato e Carolina Gomes Coelho, pelas incessantes discussões e auxílios nos momentos difíceis. Compartilhar conhecimentos e angústias foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do Programa da Pós-graduação em Saúde Pública da UFMG, em especial ao professor Mark Drew Crosland Guimarães, pela oportunidade de aprendizado desde a iniciação científica.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pela concessão da bolsa de mestrado.

À Valéria Solar, secretária do Centro de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, pelas orientações e disponibilidade.

A Adriana, Franca, Daniela, Carolina, Taciana, Juliana, Máira e Raphaella, pela amizade e carinho de sempre.

Ao Pedro, pelo companheirismo, compreensão, incentivo, carinho e paciência, que foram importantíssimos para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais, Antônio e Celeida, pelo exemplo, apoio, carinho e incentivo de sempre. Muito obrigada por me ajudarem dessa forma e por me proporcionarem tanta alegria.

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

STATUS SOCIAL SUBJETIVO, AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E TABAGISMO. ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)

INTRODUÇÃO: As iniquidades em saúde não resultam apenas dos níveis absolutos de renda, do grau de escolaridade ou do tipo de ocupação, mas também da posição relativa dos indivíduos na hierarquia social. O status social subjetivo expressa a percepção do indivíduo sobre sua localização relativa na hierarquia social. Objetiva apreender uma dimensão da estratificação social que não é captada pelos indicadores objetivos mais comuns de posição social, como renda e escolaridade.

OBJETIVOS: Investigar se o status social subjetivo está associado à autoavaliação de saúde e ao tabagismo, independentemente de indicadores objetivos de posição social, entre servidores públicos participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil); e verificar se há diferenças nas magnitudes dessas associações entre três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo: outras pessoas na sociedade, outras pessoas na mesma comunidade e outras pessoas do mesmo local de trabalho.

METODOLOGIA: Foram elegíveis para análise todos os 15.105 servidores com idade entre 35 a 74 anos que participaram da linha de base do ELSA-Brasil, realizada entre 2008 e 2010. O ELSA é um estudo prospectivo multicêntrico desenvolvido em instituições de ensino superior e pesquisa em seis estados brasileiros: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Rio Grande do Sul. Os participantes foram submetidos a entrevistas face a face. As variáveis resposta foram: autoavaliação de saúde (boa/ruim) e tabagismo (não fumantes/ex-fumantes/fumantes). A variável explicativa principal foi o status social subjetivo, mensurado pelas duas versões da escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo, que utiliza a sociedade e a comunidade como grupos de referência. Foi utilizada também uma adaptação dessa escala, utilizando como grupo de referência as pessoas no local de trabalho. As variáveis para ajuste foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade e renda familiar líquida. *Odds ratios* (OR) e intervalo de 95% de confiança foram obtidos por regressão logística para autoavaliação de saúde e regressão multinomial para tabagismo.

RESULTADOS: As escalas de status social subjetivo apresentaram correlações mais fortes entre si que com a renda e escolaridade. A prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 19,9%; de ex-tabagismo, de 30% e de tabagismo atual, de 13,1%. Nas três escalas, quanto pior o status social subjetivo maior a prevalência de autoavaliação de saúde ruim. Tabagismo atual e ex-tabagismo também foram associados a um pior status social subjetivo nas três escalas, porém não apresentaram um gradiente para ex-tabagismo. Independente de medidas objetivas de posição social, pior status social subjetivo foi significativamente associado à autoavaliação de saúde ruim e ao ex-tabagismo. Entretanto, o mesmo não pode ser observado com tabagismo atual. Não foram identificadas diferenças significativas nas magnitudes dessas associações entre as três diferentes escalas de status social subjetivo.

CONCLUSÃO: Os resultados sugerem que status social subjetivo, escolaridade e renda representam aspectos distintos das iniquidades sociais e sugerem que o efeito dessas variáveis na saúde ou no comportamento relacionado à saúde é diferente. Isso reforça a importância do status social subjetivo como medida complementar importante para o estudo das

desigualdades sociais em saúde e contribui para o crescimento do corpo de pesquisas que evidenciam a importância da percepção do status social para a saúde.

DESCRITORES: ELSA-Brasil, iniquidades em saúde, status social subjetivo, autoavaliação de saúde, tabagismo.

SUBJECTIVE SOCIAL STATUS, SELF-RATED HEALTH AND TOBACCO SMOKING. BRAZILIAN LONGITUDINAL STUDY OF ADULT HEALTH (ELSA-BRASIL)

INTRODUCTION: Health inequities do not result exclusively from absolute income levels, education or type of occupation, but also from individuals' relative position in social hierarchy. The subjective social status expresses individuals' sense of their relative place in social hierarchy. The object is to apprehend a dimension of social stratification which is not captured by ordinary objective indicators of social position, such as income and education.

OBJECTS: To investigate if subjective social status is associated with self-rated health and tobacco smoking, independently of objective indicators of social position, among civil servants participating in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Additionally, we assess if there are differences in the magnitudes of these associations, comparing three different reference groups for the subjective social status: other people from the society in general, other people from the local community and other people from the same work place.

METHODOLOGY: Were eligible for the study all the 15,105 civil servants between the age of 35 and 74 years who participated in the baseline of ELSA-Brasil (2008–2010). ELSA-Brasil is a prospective multicenter study developed in higher education and research institutions in six Brazilian states: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Rio Grande do Sul. All the participants were submitted to face-to-face interviews. The response variables were self-rated health (good/poor) and tobacco smoking (nonsmokers/former smokers/smokers). The main explanatory variable was the subjective social status measured by the two MacArthur Scales of Subjective Social Status, which use society and community as reference groups. A third scale was adapted for ELSA-Brasil, using the work environment as reference group. The adjustment variables were sex, age, skin color, education and net household income. Odds ratios (OR) and a 95% confidence interval were obtained by logistic regression for self-rated health, and multinomial regression for smoking.

RESULTS: The correlations among SSS ladders were stronger than the association of these ladders with income and education. The prevalence of poor self-rated health was of 19.9%; of former smoking, 30%; and of current smoking, 13.1%. In all three scales, the lower the subjective social status, the higher the prevalence of poor self-rated health. Current and former smoking were also associated with low subjective social status in the three scales, but there was no gradient for former smoking. Independently of objective measures of social position, low subjective social status was significantly associated with poor self-rated health and former smoking, although not with current smoking. No significant differences were identified between the magnitudes of these associations in the three scales.

CONCLUSION: The results suggest that subjective social status, education and income represent distinct aspects of social inequalities and indicate that the impact of these variables on health or health-related behavior is different. This reinforces the importance of subjective

social status as a complementary measure in the study of social inequities in health and contributes to the increase of researches which highlight the importance of perception of social status to health.

KEYWORDS: ELSA-Brasil, health inequities, self-rated health, subjective social status, tobacco smoking

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	18
2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
2.1 POSIÇÃO SOCIAL E INIQUIDADES EM SAÚDE	22
2.2 MENSURAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS SOCIOECONÔMICAS	25
2.3 STATUS SOCIAL SUBJETIVO	27
2.3.1 Fatores que afetam a percepção sobre a localização na hierarquia social	32
2.3.2 Status social subjetivo e saúde	36
2.4 JUSTIFICATIVA.....	39
3 OBJETIVO	42
3.1 OBJETIVO GERAL	43
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
4 ARTIGO ORIGINAL	44
INTRODUÇÃO	47
METODOLOGIA	49
Variáveis do estudo	49
Análise dos dados.....	52
RESULTADOS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
FIGURAS E TABELAS	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
ANEXOS	72
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO ELSA-BRASIL NA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP)	73
ANEXO 2 - ATA DE QUALIFICAÇÃO	76

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa *Epidemiologia das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Ocupacionais* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP-UFMG) e integra o “Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA- Brasil)”. O ELSA-Brasil é um estudo prospectivo multicêntrico, desenvolvido em instituições de ensino superior e pesquisa, em seis estados brasileiros: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Rio Grande do Sul. Os principais objetivos deste estudo são: investigar a incidência e a progressão do diabetes e das doenças cardiovasculares; e examinar os fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e a suas complicações, buscando compor um modelo causal que contemple suas inter-relações.¹

Esta dissertação preenche um requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia. Ela investiga se o status social subjetivo está associado à autoavaliação de saúde e ao tabagismo, independentemente de indicadores objetivos de posição social, entre adultos participantes do ELSA-Brasil. Além disso, verifica se há diferenças nas magnitudes dessas associações entre três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo.

O volume está apresentado na forma de artigo científico e essa formatação está de acordo com o regulamento do PPGSP-UFMG.²

Este volume contém:

1. *Considerações iniciais*: apresentação da fundamentação teórica da dissertação; breve revisão de literatura sobre a mensuração das circunstâncias socioeconômicas e o status social subjetivo (definição e características); e justificativa da dissertação.
2. *Objetivos*: apresentação dos objetivos da dissertação, respondidos no artigo científico.
3. *Artigo original*: contém introdução, metodologia, resultados, discussão, agradecimentos, referências bibliográficas, figuras e tabelas.

¹ Aquino EML, Barreto SM, Bensenor IM, et al. ELSA-Brasil (Brazilian Longitudinal Study of Adult Health): objectives and design. *Am J Epidemiol* 2012, 175(4):315-24.

² Programa de Pós-graduação em Saúde Pública Universidade Federal de Minas Gerais. Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - 2010. Belo Horizonte, 2010.

4. *Considerações finais*: discussão de aspectos relevantes do estudo; contribuição da dissertação para a saúde pública; e perspectivas futuras.
5. *Anexos*: aprovação do projeto ELSA-Brasil, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e ata de qualificação.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2.1 POSIÇÃO SOCIAL E INIQUIDADES EM SAÚDE

A relação entre as condições socioeconômicas e a saúde das populações é um fato bem estabelecido. Com frequência, essas associações assumem a forma de um gradiente tipo dose-resposta: quanto melhor a posição socioeconômica, mais os indivíduos vivem, usufruem de boa saúde e sofrem menor carga de morbidades, deficiências e incapacidades.^{3,4,5,6}

As desigualdades podem ser divididas em dois tipos: naturais e sociais. As naturais são decorrentes de diferenças imutáveis entre os indivíduos, tais como sexo e idade. As sociais configuram desigualdades resultantes da posição social que os indivíduos ocupam na sociedade. Enquanto o conceito de desigualdade assume um caráter descritivo e não remete, necessariamente, à ideia de injustiça, o de iniquidade tenta incorporar a dimensão de justiça social ao qualificar as desigualdades consideradas evitáveis, injustas e desnecessárias, tais como condições de vida e trabalho precárias e acesso restrito aos serviços essenciais de saúde e bem-estar.^{7,8}

Existem vários modelos conceituais que tentam explicar os mecanismos pelos quais as condições sociais resultam em iniquidades em saúde. Compreender como a estratificação social e o contexto sociopolítico interferem na saúde das populações é um dos principais desafios para a construção desses modelos. Para isso, é necessário conhecer processos de mediações complexos, pois a relação de determinação não pode ser resumida a uma simples relação direta de causa-efeito.⁹

³ Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 1997; 349(9066): 1655–59.

⁴ Marmot MG, Davey SG, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet*. 1991; 337(8754): 1387–93.

⁵ Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int. J. Epidemiol*. 2005; 34(2): 316–26.

⁶ Krieger N. Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. *Int J Epidemiol*. 2001; 30(4):899-900.

⁷ Silva JB & Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002; 12(6): 375-383.

⁸ Organização Mundial de Saúde. Regional Office for Europe. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO; 2000.

⁹ Buss PM; Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.

Os modelos teóricos na área da Epidemiologia Social possuem quatro principais vertentes, que não são mutualmente excludentes: (a) Produção social das doenças/enfoque sociopolítico; (b) Abordagem psicossocial; (c) Teoria do capital social; (d) Enfoques multiníveis.^{10,11,12,13}

A produção social das doenças contempla uma abordagem que privilegia o enfoque sociopolítico. Para esses modelos, as interpretações das relações entre as desigualdades e a saúde devem privilegiar aspectos do contexto macrossocial. Assim, os principais determinantes sociais do processo saúde-doença estariam centrados no poder, na política e na economia.^{11,12}

O enfoque psicossocial compreende a percepção das desigualdades sociais e a privação relativa como principais processos mediadores entre os determinantes sociais e as iniquidades em saúde. Para esta vertente, as percepções e experiências dos indivíduos em uma sociedade desigual os levam à comparação de sua posição social e circunstâncias de vida com as de outras pessoas, gerando sentimentos de inferioridade e estresse crônico, que prejudicariam a saúde.^{14,15}

A teoria do capital social enfatiza as relações de solidariedade e confiança entre os indivíduos de uma sociedade. Sociedades com baixa coesão social, resultante das iniquidades de renda, fariam menos investimentos em capital humano e em redes de apoio social, que são imprescindíveis à promoção e manutenção da saúde individual e coletiva. A exposição a contextos com baixa coesão social resultaria em acesso prejudicado a bens e serviços e atuaria na produção de iniquidades em saúde.^{10,13}

Por fim, abordagens “multiníveis”, como a ecoepidemiologia, elaborada por Ezra e Mervyn Susser¹⁶, e a teoria ecossocial, proposta por Nancy Krieger¹², abordam o processo saúde-doença, integrando o social e o biológico, em uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.

¹⁰ Buss PM; Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.

¹¹ World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007.

¹² Krieger N. *Epidemiology and the People's Health - Theory and Context*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

¹³ Barata RB. Epidemiologia social. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(1): 7-17

¹⁴ Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 1997; 314(7080): 591-5.

¹⁵ Marmot M. *Status Syndrome*. London: Bloomsbury Publishing, 2004, pp. 288.

¹⁶ Schwartz S, Susser E, Susser M. A future for epidemiology? *Annu. Rev. Public Health*. 1999. 20:15-33

Com isso, novas percepções sobre os determinantes da distribuição populacional das doenças e das desigualdades sociais em saúde estão sendo desenvolvidas.

Segundo a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), da Organização Mundial de Saúde (OMS), um modelo teórico explicativo abrangente deve ser capaz de atender aos seguintes objetivos básicos: identificar os determinantes sociais de saúde e os de iniquidades em saúde; demonstrar como os principais determinantes estão relacionados entre si; esclarecer os mecanismos pelos quais os determinantes sociais geram iniquidades em saúde; fornecer um modelo de avaliação de prioridades; e mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde.¹⁷

Com o intuito de responder a todas essas questões, a CDSS criou um modelo conceitual combinando os pontos mais convergentes das diferentes abordagens explicativas da epidemiologia social. Com isso, a CDSS buscou elaborar um modelo abrangente, capaz de facilitar a identificação dos níveis passíveis de mudanças políticas, composto por três dimensões: contexto sociopolítico, determinantes estruturais e determinantes intermediários.¹⁸

O contexto sociopolítico corresponde a uma ampla gama de mecanismos sociais e políticos responsáveis pela geração, configuração e manutenção da estratificação social, aspectos que exercem grande influência nas oportunidades de saúde da população. O mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas podem ser citados como exemplos desses mecanismos.¹⁸

Os determinantes estruturais dizem respeito aos componentes que definem a posição social de cada um, como renda, escolaridade, ocupação, classe social, gênero e raça/cor. Esses aspectos irão gerar oportunidades diferenciadas ao acesso de bens, recursos, serviços e, conseqüentemente, oportunidades de saúde. Os determinantes estruturais e o contexto sociopolítico constituem os determinantes sociais das iniquidades em saúde.¹⁸

Os determinantes intermediários consistem nos produtos da estratificação social. São eles que causam os diferenciais de exposição e vulnerabilidade a condições que podem implicar em comprometimento da saúde da população, como as condições de vida e trabalho,

¹⁷ World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007.

¹⁸ World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2007.

circunstâncias psicossociais, disponibilidade de alimentos, comportamentos, obstáculos para a adoção de um estilo de vida saudável e acesso aos serviços de saúde.¹⁹

2.2 MENSURAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS SOCIOECONÔMICAS

Mensurar as desigualdades sociais é o primeiro passo para identificar as iniquidades em saúde. Para monitorar e compreender essas iniquidades, é necessário alcançar uma clareza conceitual sobre o parâmetro socioeconômico que está sendo utilizado e sua finalidade. As expressões *posição social*, *classe social* e *status social* remetem a conceitos diferentes, apesar de frequentemente serem utilizadas de forma intercambiável na literatura.^{19,20}

Classe social refere-se à formação de grupos sociais em decorrência das relações econômicas de uma sociedade. É, portanto, uma relação social criada pelas sociedades, e não uma propriedade individual dos seres humanos. Essa relação social ajuda a explicar alguns dos mecanismos pelos quais as desigualdades sociais se estabelecem, as quais resultam em iniquidades em saúde. Do ponto de vista analítico, a classe social é uma variável nominal e categórica, como empregadores, empregados, autônomos e desempregados.²⁰

Já os termos *posição social* e *status social* são utilizados para traduzir a distribuição dos elementos econômicos e de bem-estar social responsáveis pela criação das classes sociais, como renda, ocupação, escolaridade e status social. Enquanto *posição social* se refere aos recursos reais dos indivíduos, *status social* significa uma classificação: a posição relativa nas hierarquias socialmente determinadas, de acordo com critérios como honra e prestígio.²⁰

A mensuração das circunstâncias socioeconômicas deve ser considerada em diferentes fases da trajetória de vida e medida complementarmente nos níveis individual, domiciliar e da vizinhança.²¹ Essa mensuração é realizada a partir de um rol bastante diversificado de indicadores. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens e servem para atender diferentes objetivos. Um indicador para mensurar desigualdades deve ser capaz de refletir a dimensão socioeconômica das iniquidades em saúde e de incorporar informações sobre todos

¹⁹ Krieger N. Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*. 1997; 18:341–378.

²⁰ Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*. 1991;33:545–557.

²¹ Krieger N. Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*. 1997;18:341–378.

os grupos populacionais definidos pelo indicador, e não somente os extremos (pior condição socioeconômica *versus* melhor condição socioeconômica).²²

Os indicadores de condições socioeconômicas mais utilizados são aqueles baseados em dados objetivos, como renda, escolaridade e ocupação²³. A renda tem sido muito utilizada por ser fortemente associada à saúde e por exercer influência sobre outros indicadores socioeconômicos. Também é um marcador de consequências sociais, por proporcionar acesso diferenciado a bens e serviços e por correlacionar-se ao poder e influência social.^{24,24} A escolaridade é muito empregada devido à facilidade de sua mensuração e obtenção. Geralmente, é fixada cedo na vida adulta e se mantém estável ao longo da vida. É altamente correlacionada à renda, principalmente ao permitir ascensão social e inserção ocupacional, além de promover comportamentos saudáveis.^{24,25} A ocupação é outro indicador importante, pois, além de expressar escolaridade, renda, redes sociais e prestígio social, está relacionada à exposição às circunstâncias importantes para a saúde, como ambiente físico e ambiente psicológico do trabalho.²⁴

Os indicadores objetivos de posição social, a despeito das inúmeras vantagens de sua utilização, capturam somente uma parte do processo pelo qual as desvantagens socioeconômicas contribuem para uma maior morbidade e mortalidade da população. Além disso, eles não capturam os significados que determinada renda, nível ocupacional ou educacional possuem em diferentes culturas, comunidades e grupos étnicos, religiosos e sociais.^{25,26,27}

²² Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*. 1991;33:545–557.

²³ Kaufman J S. Social Epidemiology. In : Rothman KJ, Greenland S, Lash T. *Modern epidemiology*, 3ª ed. Washington: Lippincott-Raven, 2008; 623-41.

²⁴ Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull*. 2007; 81-82 (1): 21-37.

²⁵ Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 1997; 314(7080): 591–5.

²⁶ Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot, MG. Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med*. 2003; 56(6):1321-33.

²⁷ Adler NE, Singh-Manoux A, Schwartz JE, et al. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (5):1034-45.

Com o objetivo de transcender essas limitações, cada vez mais, estudos exploram outros indicadores de circunstâncias socioeconômicas, como classe social, privação material, apoio e prestígio social, oportunidades econômicas e status social subjetivo.^{27,28,28}

Vale ressaltar que não é possível definir “o melhor” indicador socioeconômico, pois cada um capta ou enfatiza aspectos diferentes do processo de estratificação social. Assim, os diferentes indicadores sociais não podem ser tratados como equivalentes, apesar de correlacionados, pois capturam diferentes aspectos das circunstâncias socioeconômicas, sendo, portanto, medidas complementares.²⁹

2.3 STATUS SOCIAL SUBJETIVO

Status social subjetivo é definido como a percepção que os indivíduos têm de sua localização na hierarquia social. Refere-se a um fenômeno psicossocial, que compreende o sentimento de pertencimento a algum estrato na sociedade.^{30,31,32} Segundo Rosenberg³³, esse sentimento de pertencimento envolve os seguintes aspectos: identificação com determinada classe, segundo os indicadores objetivos; sentimento de união com os que estão na mesma situação objetiva; sentimento de dissociação das pessoas com posições objetivas diferentes; e elementos de consciência que levam em consideração a amizade intraclasse e o ressentimento e antagonismo entre os grupos sociais.

Este indicador tenta capturar também: a situação socioeconômica atual e passada, perspectivas futuras, recursos da família, oportunidades de vida, forma como as pessoas vivenciam a sociedade e como se percebem em relação aos demais. Dessa forma, o uso deste indicador permite apreender uma dimensão relevante da estratificação social, que não pode ser mensurada apenas por indicadores objetivos de posição social³³ Para alguns autores, o

²⁸ Castro AB, Gee GC, Takeuchi DT. Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: the relevance of economic opportunity, subjective social status, and financial strain. *J Immigr Minor Health*. 2010; 12(5): 659-71.

²⁹ Krieger N. Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*. 1997; 18:341–378.

³⁰ Davis JA. Status symbols and the measurement of status perception. *Sociometry*. 1956; 19(3): 154–165.

³¹ Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *Am Sociol Rev*. 1973; 38(5): 569–82.

³² Rosenberg M. Perceptual Obstacles to Class Consciousness. *Social Forces*. 1953; 32: 22-7.

³³ Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, et al. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, White women. *Health Psychol*. 2000;19(6):586-92.

status social subjetivo seria equivalente à expressão *consciência de classe*.^{34,35} Já para outros autores, este último conceito seria um fenômeno mais amplo, por considerar o status social subjetivo e, também, seus efeitos nas orientações políticas.^{36,37}

Atualmente, no campo da saúde, é cada vez mais frequente o uso do status social subjetivo como indicador de características socioeconômicas.^{34,35,36,38,39,40,41} Para alguns autores, sua utilização justifica-se porque as iniquidades em saúde não são apenas resultado dos níveis absolutos de renda, escolaridade ou do tipo de ocupação, mas também da posição relativa dos indivíduos na hierarquia social.^{42,43} Estresse e sentimentos de inferioridade associados a baixa posição socioeconômica afetariam a saúde por meio de mecanismos neuroendócrinos e/ou por exposições a comportamentos e condições de vida e trabalho que poderiam ser nocivos à saúde.^{44,45}

O status social subjetivo pode ser mensurado por diferentes instrumentos. Comumente, é avaliado a partir da solicitação aos indivíduos para indicarem onde se localizam na hierarquia social: *classe baixa, classe média, classe trabalhadora ou classe alta*.^{46,47,48,49} Tal método

³⁴ Hodge RW, Donald JT. Class identification in the United States. *Am J Sociol*. 1968; 73:535-47.

³⁵ Guest AM. Class consciousness and American political attitudes. *Social Forces* 1974; 52:496-510.

³⁶ Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *Am Sociol Rev*. 1973; 38(5): 569-82.

³⁷ Morris RT, Raymond JM. A paradigm for the study of class consciousness. *Sociology and Social Research*. 1966; 50:297-313.

³⁸ Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med*. 2005; 67(6): 855-61.

³⁹ Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008; 67 (2): 330-40.

⁴⁰ Ostrove JM, Adler NE, Kupperman M, et al. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol*. 2000; 19(6): 613-8.

⁴¹ Adler NE, Singh-Manoux A, Schwartz JE, et al. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (5):1034-45.

⁴² Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 1997; 314(7080): 591-5.

⁴³ Marmot M. Status Syndrome. London: Bloomsbury Publishing, 2004, pp. 288.

⁴⁴ Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 1997; 314(7080): 591-5.

⁴⁵ Marmot M. Status Syndrome. London: Bloomsbury Publishing, 2004, pp. 288.

⁴⁶ Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *Am Sociol Rev*. 1973; 38(5): 569-82.

⁴⁷ Farkas J, Pahor M, Zaletel-Kragelj L. Self-rated health in different social classes of Slovenian adult population: nationwide cross-sectional study. *Int J Public Health*. 2011; 56(1):45-54.

⁴⁸ Lindemann, K. The Impact of Objective Characteristics on Subjective Social Position. *Trames*. 2007; 11: 54-68.

vem recebendo críticas por não levar em consideração a percepção da população quanto à estrutura dos sistemas de classe e por desconsiderar a forte conotação política dos termos *classe trabalhadora* e *classe média*. Tais situações variam entre os países, conforme a história política de cada um, o que inviabiliza a comparação dos resultados em diferentes populações.⁵⁰

Por essa razão, instrumentos que utilizam representações visuais vêm sendo utilizados para minimizar as desvantagens dos métodos mais convencionais de aferição do status social subjetivo. Segundo alguns autores, o uso dessas representações apresentam a vantagem de permitir comparações entre os resultados de pesquisas realizadas em diferentes populações. Essa vantagem persistiria mesmo diante dos indicadores objetivos de posição social, uma vez que esses podem ser influenciados pelas diferenças no sistema educacional, na estrutura das ocupações e no poder de compra em diferentes populações.^{51,52,53} Entretanto, mesmo com a utilização de escalas que utilizam representações visuais para aferir o status social subjetivo, comparações entre populações devem ser realizadas com cautela, já que percepções de status social podem também variar de acordo com características culturais. Por exemplo, o estudo de Hu et al. (2005)⁵⁴, que usou uma escala com representação visual para aferir o status social subjetivo (valores de um a 10) entre idosos residentes em Taiwan, identificou um escore médio de 3,9. Os autores discutem o baixo valor do escore de status social subjetivo poderia ser reflexo da influência da cultura tradicional chinesa, que valoriza muito a modéstia e humildade nos costumes da população de Taiwan.

A escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo, desenvolvida por pesquisadores americanos⁵⁵ e vem sendo utilizada em diferentes países em grandes estudos epidemiológicos

⁴⁹ Kluegel JR, Singleton R, Starnes CE. Subjective class identification: A multiple indicator approach. *Am Sociol Rev.* 1977; 42(4): 599–611.

⁵⁰ Kelley J, Evans MDR. Class and Class Conflict in Six Western Nations. *Am Sociol Rev.* 1995; 60(2): 157-78

⁵¹ Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, White women. *Health Psychol.* 2000;19(6):586-92.

⁵² Kelley J, Evans MDR. Class and Class Conflict in Six Western Nations. *Am Sociol Rev.* 1995; 60(2): 157-78.

⁵³ Adler NE, Singh-Manoux A, Schwartz JE, et al. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med.* 2008; 66 (5):1034-45.

⁵⁴ Hu, P, Adler, NE, Goldman, N, Weinstein, M, Seeman, TE (2005) Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 53(3): 483-488.

⁵⁵ Adler N, Stewart J. The MacArthur Scale of Subjective Social Status. 2007. [www.macses.ucsf.edu]

como o *Whitehall II Study*⁵⁶, *English Longitudinal Study of Ageing*⁵⁷, *CARDIA*⁵⁴ e *Jackson Heart Study*.⁵⁸ Essa escala possui um formato ilustrado de uma escada, na qual é solicitado às pessoas que escolham o degrau em que se localizam na hierarquia social, que pode variar de 1 a 10 (Figura 1). Existem duas versões desta escala, as quais diferem quanto ao grupo de referência: um distal, outro proximal. O distal refere-se ao modo como as pessoas se posicionam na sociedade, a partir de indicadores objetivos, como renda, escolaridade e ocupação (escala da sociedade). O proximal refere-se à posição das pessoas na comunidade onde vivem (escala da comunidade), considerando seu padrão de vida.⁵⁷ Essa distinção é importante, pois a percepção da localização na hierarquia social depende de comparações com outros grupos sociais.^{57,59} Além disso, em populações com grandes desvantagens socioeconômicas os indivíduos podem se localizar em um degrau muito baixo na escada (em termos de renda, ocupação e educação) e se posicionarem em nível mais elevado dentro de seus grupos sociais, como sua vizinhança, amigos, grupo religioso ou comunidade.⁵⁷ Dessa forma, os grupos em desvantagens sociais podem ser mais propensos a fazer comparações com seu próprio grupo social ou com outros grupos em situação socioeconômica similar.^{57,61}

⁵⁶ Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med*. 2005; 67(6): 855-61.

⁵⁷ Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008; 67 (2): 330-40.

⁵⁸ Subramanyam MA, Diez-Roux AV, Hickson DA, et al. Subjective social status and psychosocial and metabolic risk factors for cardiovascular disease among African Americans in the Jackson Heart Study. *Soc Sci Med* 2012;74(8):1146-54.

⁵⁹ Wolff LS, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, et al.. Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample. *Soc Sci Med*. 2010; 70(12):2019-28.



Figura 1 - Representação ilustrada da escada utilizada na escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo. FONTE: Adler N, Stewart J. The MacArthur Scale of Subjective Social Status. 2007. [www.macses.ucsf.edu].

Em geral, os estudos tendem a reportar (publicar) mais frequentemente associações entre indicadores de saúde e status social subjetivo utilizando referências distais.^{60,61,62} Entretanto, estudos indicam que a escolha do grupo de referência pode ser situacional e composta, principalmente, por referenciais proximais.^{63,64} Além disso, a escolha do grupo de referência tem se mostrado susceptível a mudanças associadas a características pessoais.⁶⁶

⁶⁰ Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, et al. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, White women. *Health Psychol.* 2000;19(6):586-92.

⁶¹ Operario D, Adler NE, Williams DR. Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychol & Health.* 2004; 19(2), 237-46.

⁶² Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med.* 2005; 67(6): 855-61

⁶³ Kelley J, Evans MDR. Class and Class Conflict in Six Western Nations. *Am Sociol Rev.* 1995; 60(2): 157-78

⁶⁴ Wolff LS, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, et al. Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample. *Soc Sci Med.* 2010; 70(12):2019-28.

A escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo apresentou boa confiabilidade por meio do teste-reteste em população de adultos americanos⁶⁵ e em subamostra dos participantes do ELSA-Brasil.⁶⁶

2.3.1 Fatores que afetam a percepção sobre a localização na hierarquia social

Os indivíduos utilizam vários critérios para determinar sua posição na hierarquia social. Diversos estudos nas áreas de Sociologia e Epidemiologia tentaram compreender o sentimento de pertencimento a algum grupo social e a própria consciência de classe. Entretanto, ainda existem muitas lacunas nessa área do conhecimento.

Kelley & Evans defendem que os fatores que interferem na identificação das pessoas em determinada classe são: condições sociais objetivas, grupos de referência e heurística da disponibilidade.⁶⁷ Os autores estudaram os fatores que influenciam a percepção de classe social em seis países, tendo observado que a imagem de classe, particularmente os aspectos menos visíveis, derivam, principalmente, da experiência de pessoas próximas, como familiares, amigos e colegas de trabalho. Como esses grupos são mais homogêneos em relação ao status social, os indivíduos se identificariam mais centralmente na hierarquia social. Este achado seria válido para ricos e pobres, mais ou menos escolarizados, trabalhadores e patrões. Como essas imagens são muito fortes, elas atenuam os fatos objetivos relativos à classe social. Por isso, a correlação entre a posição hierárquica objetiva e a subjetiva seria apenas modesta. A imagem baseada em indivíduos próximos ou de um mesmo círculo social tende a ser mais harmoniosa, menos conflituosa do que é em realidade.⁷⁵

Jackman & Jackman⁶⁸, em estudo realizado com adultos americanos, identificaram como fatores importantes na identificação de classe social: indicadores sociais objetivos, contatos sociais (amigos, vizinhos, conhecidos), propriedade, condições de trabalho e etnia. Para os autores, as relações sociais seriam a maior variável interveniente entre a posição social objetiva e a subjetiva.

⁶⁵ Operario D, Adler NE, Williams DR. Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychol & Health*. 2004; 19(2), 237-46.

⁶⁶ Giatti L, Camelo LV, Rodrigues JFC, Barreto SM. Reliability of the MacArthur Scale of Subjective Social Status. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, 2012. [no prelo]

⁶⁷ Kelley J, Evans MDR. Class and Class Conflict in Six Western Nations. *Am Sociol Rev*. 1995; 60(2): 157-78

⁶⁸ Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. *Am Sociol Rev*. 1973; 38(5): 569-82.

Segundo Franzini & Fernandez-Esquer⁶⁹, a determinação do status social subjetivo envolve a combinação de comparações: comparações de si mesmo com outros e avaliações individuais baseada na percepção que os indivíduos têm da visão das outras pessoas diante dele no que tange a sua posição social. Os autores encontraram que, além da escolaridade, da ocupação e da classe social, o apoio social e o sentimento de oportunidade apresentaram associação independente com o status social subjetivo em adultos de origem mexicana de baixa renda que vivem nos Estados Unidos.

No *Whitehall II Study*, ocupação, escolaridade, renda familiar, satisfação com o padrão de vida e sentimentos de segurança financeira apresentaram associação independente com o status social subjetivo, mensurado pela escala de *MacArthur*.⁷⁰

Estudo qualitativo realizado com adultos americanos encontrou que o principal critério utilizado para decidir o status social subjetivo na escala de *MacArthur*, foi os recursos materiais. Entretanto, este mesmo critério não apareceu quando a escala tinha como referência a comunidade onde eles viviam, nesse caso os critérios relativos à solidariedade com a vizinhança foram mais significativos.⁷¹

Parece haver algumas diferenças nos fatores que influenciam a percepção de posição social em homens e mulheres. Nas mulheres, além da própria ocupação e escolaridade, a ocupação do cônjuge assume um papel importante. A influência da renda parece ser mais forte nos homens que nas mulheres. Essas diferenças podem refletir o modo como homens e mulheres compreendem o mundo, avaliam seu sucesso e encaram a vida, que podem ter impactos distintos na saúde.^{72,73}

Os critérios adotados para determinar a própria localização na hierarquia social variam entre as populações e refletem o contexto sociopolítico e cultural. Como exemplo, cita-se o estudo

⁶⁹ Franzini L, Fernandez-Esquer ME. The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Soc Sci Med*. 2006; 63(3): 788-804.

⁷⁰ Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot, MG. Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med*. 2003; 56(6):1321-33.

⁷¹ Snibbe AC, Stewart J, Adler NE. Where do I stand? How people determine their subjective socioeconomic status. 2007 (in preparation). [www.macses.ucsf.edu]

⁷² Baxter J. Is husband's class enough? Class location and class identity in the United States, Sweden, Norway, and Australia. *Am Sociol Rev*. 1994; 59 (2): 220-35.

⁷³ Ritter KV, Hargens LL. Occupational positions and class identifications of married working women: A test of the asymmetry hypothesis. *Am J Sociology*. 1975; 80(4): 934-48.

de Adler et al.⁷⁴, em que se compararam fatores associados ao status social subjetivo entre americanos participantes do *CARDIA* e ingleses participantes do *Whitehall II study*. A ocupação foi a variável que apresentou associação mais forte com o status social subjetivo em trabalhadores ingleses. Entretanto, esta variável não foi associada ao status social subjetivo em americanos, sendo a renda a variável mais correlacionada ao status social subjetivo.

Estudos que avaliaram os fatores que afetam a percepção sobre a localização na hierarquia social, como os supracitados, apontaram aspectos relevantes para a compreensão do status social subjetivo. Entretanto, apenas um estudo qualitativo, que abordou esse tema, foi encontrado. É possível que teorias sociológicas sobre as classes sociais, como as de Marx, Weber e Bourdieu, consigam trazer elementos para subsidiar a compreensão do status social subjetivo.

Karl Marx afirmava que a classe social era fragmentada em dois construtos: a “classe em si”; e a “classe para si”. A primeira seria resultado do compartilhamento das condições sociais objetivas. Já a segunda seria construída a partir da organização política das pessoas para a defesa de seus interesses, que seria uma identidade construída do ponto de vista subjetivo. A consciência de classe seria um fenômeno resultante desse componente subjetivo e consistiria em um sentimento individual de pertencimento a uma classe social específica. Para a estruturação da consciência de classe, concorrem aspectos como lugar ocupado no processo de produção e percepções coletivas das condições objetivas e da experiência de trabalho, por ser nesse ambiente em que se estabeleciam as principais relações sociais.⁷⁵

Para Weber, a classe social identifica um grupo de indivíduos que possuem a mesma posição econômica no que se refere à propriedade ou não de bens ou serviços, situação essa determinada pelo mercado. Já o componente social de sentimento de pertencimento a grupos prende-se a critérios de ordem social, como a honra e o prestígio, considerados como “estamentos”. Nesse sentido, a classe seria diferente da consciência de classe: enquanto a

⁷⁴ Adler NE, Singh-Manoux A, Schwartz JE, et al. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (5):1034-45.

⁷⁵ Oliveira MG, Quintaneiro T. *Karl Marx*. In: Quintaneiro T, Barbosa MLO, Oliveira, MGM. Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber. Belo Horizonte: UFMG, 1996.

primeira seria resultado apenas de indicadores objetivos econômicos, a segunda seria um fenômeno na esfera social que incorpora o conceito de estamentos.⁷⁶

Bourdieu defendia que para a estruturação das classes, além do capital econômico, concorrem outras formas básicas de poder: capital cultural (maneira como a cultura atua nas condições de vidas dos indivíduos), capital social (contatos sociais) e capital simbólico (prestígio). Segundo o autor, o conceito de classe social possui duas esferas: a classe teórica, ou provável; e a classe concreta. A classe teórica seria a “probabilidade” de um indivíduo ocupar determinada classe na hierarquia social dada à disponibilidade das formas básicas de poder: o capital econômico, o capital social, o capital cultural e o capital simbólico. Assim, a classe teórica seria formada por grupos de pessoas que possuem a mesma “probabilidade” de ocupar uma dada classe social. Já a classe real, depende, além dessa “probabilidade”, de outros princípios aglutinadores e formadores de identidades entre os grupos.⁷⁷ O movimento da probabilidade para a realidade não é um processo consciente, e sim resultante do *habitus* de classe. O *habitus* é definido como o conjunto de disposições duráveis e transponíveis que integram experiências passadas. Funciona como uma gama de percepções sobre o mundo. Essas disposições incluem as percepções do mundo social, mais relacionadas às estruturas de personalidade, incluindo a percepção de posição social relativa no conjunto das relações de classe, que conduz as condutas de cada classe em relação às demais. O *habitus* também inclui formas de apreciação relacionadas a gostos, preferências e escolhas.^{72,78} O *habitus* seria uma “inconsciência de classe”, determinada por características específicas das experiências objetivas de cada classe e produto da incorporação da divisão em classes sociais.^{72,73,79}

Segundo Sallum Jr (2005; p. 28 -29)⁷², é necessário destacar que

[...] as categorias de percepção do mundo social são, no essencial, produtos da incorporação das estruturas objetivas do espaço social. Assim, elas "levam os agentes a tomarem o mundo como ele é e a aceitarem-no como natural, mais do que a rebelarem-se contra ele". O *habitus* dá o sentido do lugar próprio de cada um. Daí, diz ele, "o profundo realismo dos dominados" que funciona "como uma espécie de instinto de conservação socialmente constituído". O *habitus*, porém, *não é hábito*, mas *disposição para ação* em relação a outras classes. Os limites entre as classes não são, pois, *dados*, mas *ativos e dinamicamente* produzidos e reproduzidos por agentes portadores daquelas disposições. Quer dizer, os

⁷⁶ Barbosa, MLO; Quintaneiro T. *Max Weber*. In: Quintaneiro T, Barbosa MLO, Oliveira, MGM. Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber. Belo Horizonte: UFMG, 1996.

⁷⁷ Silva GOV. Capital Cultural, Classe e Gênero em Bourdieu. *INFORMARE - Cad. Prog. Pós-Grad. Ci. Inf.* 1995; 1(2):24-36.

⁷⁸ Sallum Jr B. Classes, cultura e ação coletiva. *Lua Nova: Rev. de Cultura e Política*. 2005;65: 11-42.

⁷⁹ Camargo JCG. *Habitus ou Consciência Prática? Por uma crítica comparativa na proposta teórico-metodológica de Bourdieu e Giddens. Urbanidades*. 2009; 6:artigo 7.

agentes procuram distinguir-se, diferenciar-se socialmente de outras classes ou frações de classe. Assim, o espaço das classes traduz-se em um espaço de estilos de vida, diferenciados e hierarquizados de alto a baixo. Desta perspectiva, o conceito weberiano de estamento se "moderniza", já não se opõe em princípio à classe, torna-se inerente a ela.

Aplicando esses conceitos para a compreensão do status social subjetivo é possível concluir que para Marx e Weber os elementos formadores da percepção de classe, apesar de serem elementos distintos, remetem a algo em comum: o prestígio social. O lugar ocupado no processo de produção e as relações sociais do trabalho, que segundo Marx estrutura a consciência de classe, estão intrinsecamente correlacionadas ao prestígio social, que por sua vez integra o conceito de estamentos de Weber. Já para Bourdieu a percepção da posição social relativa integra o *habitus*, um elemento importante para a compreensão da estratificação social e da mobilidade social. O *habitus* ao incorporar percepções de experiências passadas relacionadas a gostos, preferências e escolhas, juntamente com a percepção da posição social, é responsável pelo movimento da classe teórica para a classe real, que frequentemente são incongruentes. É possível que uma melhor clareza do conceito de *habitus* de Bourdieu consiga elucidar melhor o status social subjetivo como um indicador socioeconômico.

2.3.2 Status social subjetivo e saúde

Independentemente de indicadores objetivos de situação socioeconômica, um grande número de estudos tem identificado associações entre status social subjetivo e saúde em diferentes grupos populacionais provenientes de diversas regiões do mundo. Essa associação, de forma independente, tem-se mostrado consistente quando o desfecho analisado é a autoavaliação de saúde.^{80,81,82,83,84,85,86}

⁸⁰ Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot, MG. Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc Sci Med*. 2003; 56(6):1321-33.

⁸¹ Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, et al. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, White women. *Health Psychol*. 2000;19(6):586-92.

⁸² Operario D, Adler NE, Williams DR. Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychol & Health*. 2004; 19(2), 237-46.

⁸³ Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med*. 2005; 67(6): 855-61

⁸⁴ Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008; 67 (2): 330-40.

⁸⁵ Ostrove JM, Adler NE, Kupperman M, et al. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol*. 2000; 19(6): 613-8.

Levantou-se a hipótese de a associação entre status social subjetivo e autoavaliação de saúde ser resultado de um viés psicológico. Para os defensores desta hipótese, os indivíduos que acreditam que sua saúde é boa possuem mais chances de se classificarem como tendo um status social subjetivo elevado, em decorrência de aspectos psicológicos, como otimismo e autoestima. Entretanto, estudos realizados com diferentes populações mostram a persistência dessa associação após ajuste por aspectos psicológicos como negatividade e otimismo.^{83,84,85,89,87} Além disso, o baixo status social subjetivo está associado a diversos indicadores normativos de saúde, independentemente dos indicadores objetivos de posição social, como: pior saúde mental,^{83,86,87,88,89} pior saúde física,^{89,90} mortalidade⁹¹, disfunção endotelial⁹², diabetes tipo 2 e diminuição da fração HDL de colesterol em mulheres⁹³, susceptibilidade a infecção respiratória⁹⁴, síndrome metabólica⁹⁵, hipertensão arterial⁹⁸, aumento da relação cintura quadril⁹⁸ e resistência insulínica em mulheres⁹⁶. Mesmo assim, não é possível excluir totalmente a influência do estado psicológico negativo na associação entre o status social subjetivo e a autoavaliação de saúde, tendo em vista a complexidade desses construtos.

⁸⁶ Hu P, Adler NE, Goldman N, et al. Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(3): 483-8.

⁸⁷ Miyakawa M, Magnusson Hanson LL, et al. Subjective social status: its determinants and association with health in the Swedish working population (the SLOSH study). *Eur J Public Health*. 2011 Jun 6.

⁸⁸ Franzini L, Fernandez-Esquer ME. The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Soc Sci Med*. 2006; 63(3): 788-804.

⁸⁹ Adler NE, Singh-Manoux A, Schwartz JE, Stewart J, Matthews K, Marmot, MG. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (5):1034-45.

⁹⁰ Chen B, Covinsky KE, Cenzer IS, et al. Subjective social status and functional decline in older adults. *J Gen Intern Med* 2012;27(6):693-9.

⁹¹ Kopp M, Skrabski A, Réthelyi J, Kawachi I, Adler NE. Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behav Med*. 2004; 30(2): 65-70.

⁹² Cooper DC, Milic MS, Mills PJ, Bardwell WA, Ziegler MG, Dimsdale JE. Endothelial Function: The Impact of Objective and Subjective Socioeconomic Status on Flow-Mediated Dilation. *Ann Behav Med*. 2010; 39(3): 222-31.

⁹³ Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008; 67 (2): 330-40.

⁹⁴ Cohen S, Alper CM, Doyle WJ, Adler N, Treanor JJ, Turner RB. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychol*. 2008; 27(2): 268-74

⁹⁵ Manuck SB, Phillips JE, Gianaros PJ, Flory JD, Muldoon MF. Subjective socioeconomic status and presence of the metabolic syndrome in midlife community volunteers. *Psychosom Med*. 2010; 72(1): 35-45.

⁹⁶ Subramanyam MA, Diez-Roux AV, Hickson DA, et al. Subjective social status and psychosocial and metabolic risk factors for cardiovascular disease among African Americans in the Jackson Heart Study. *Soc Sci Med* 2012;74(8):1146-54

Em estudos longitudinais, o status social subjetivo predisse mudanças no estado de saúde em adultos⁹⁷ e idosos⁹⁸ após ajustes por indicadores objetivos de condição socioeconômica. Além disso, no *Whitehall II study* a ocupação não predisse alterações no estado de saúde após considerar o efeito do status social subjetivo.¹⁰⁰

Estudo que utilizou imagens do cérebro revelou que indivíduos com baixo status social subjetivo possuem uma diminuição da substância cinzenta no córtex cingulado anterior, região do cérebro ligada à emoção e à reatividade fisiológica ao estresse psicossocial. Esse achado permaneceu significativo após controle por renda individual, escolaridade, sintomas depressivos e afeto negativo.⁹⁹ Wright & Steptoe¹⁰⁰ identificaram que idosos com baixo status social subjetivo possuíam níveis de cortisol ao despertar mais elevados, o que sugere estresse mais significativo neste grupo. Essa associação manteve-se significativa mesmo após ajuste por escolaridade e satisfação financeira.

Além da autoavaliação de saúde e indicadores normativos de saúde, o baixo status social subjetivo tem se mostrado associado também a comportamentos de risco à saúde, principalmente ao tabagismo. Estudos têm encontrado que experimentação de cigarros e prevalência de tabagismo em adolescentes é maior entre aqueles que reportaram percepção de baixo status social.^{101,102,103} De forma análoga, Reizel et al.¹⁰⁴ concluíram que existe maior vulnerabilidade ao retorno do tabagismo após abstinência durante gravidez entre mulheres com baixo status social subjetivo. Essa associação se repetiu em outros dois estudos

⁹⁷ Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med*. 2005; 67(6): 855-61

⁹⁸ Chen B, Covinsky KE, Cenzer IS, et al. Subjective social status and functional decline in older adults. *J Gen Intern Med* 2012;27(6):693-9.

⁹⁹ Gianaros P J, Horenstein JA , Cohen S , Matthews KA, Brown SM, Flory JD, et al. Perigenual anterior cingulate morphology covaries with perceived social standing. *Soc Cogn Affect Neurosci* .2007; 2 (3): 161-173.

¹⁰⁰ Wright CE, Steptoe A. Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. *Psychoneuroendocrinology*. 2005; 30(6): 582-90.

¹⁰¹ Wilkinson AV, Shete S, Vasudevan V, Prokhorov AV, Bondy ML, Spitz MR. Influence of Subjective Social Status on the Relationship Between Positive Outcome Expectations and Experimentation with Cigarettes. *J Adolesc Health*. 2009; 44(4):342-8.

¹⁰² Rittnerman ML, Fernald LC, Ozer EJ, et al. Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Soc Sci Med*. 2009;68(10):1843-51.

¹⁰³ Finkelstein DM, Kubzansky LD, Goodman E. Social status, stress, and adolescent smoking. *J Adolesc Health*. 2006;39(5):678-85.

¹⁰⁴ Reitzel LR, Vidrine JI, Li Y, et al. The Influence of Subjective Social Status on Vulnerability to Postpartum Smoking Among Young Pregnant Women. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1476-82.

realizados com adultos que avaliaram o retorno do tabagismo após período de abstinência do uso do cigarro.^{105,106}

2.4 JUSTIFICATIVA

Com base no que foi apresentado e no modelo teórico da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, é possível afirmar que a percepção dos indivíduos sobre seu status social é influenciada pelo contexto sociopolítico e pelos determinantes estruturais.

O capitalismo transformou os sistemas econômicos e sociais a partir do surgimento da sociedade de classes e da desigualdade entre classes. Vários indicadores objetivos são utilizados para capturar a estratificação social resultante desse sistema econômico. As políticas públicas que regem o sistema educacional, o mercado de trabalho, a distribuição de renda e os mecanismos de proteção social; somado aos valores sociais de uma sociedade, como honra, prestígio e valores culturais, incluindo gênero e raça, molda a expressão objetiva e subjetiva da estratificação social.

Tendo em vista a importância das desigualdades sociais em saúde verificadas no país, torna-se relevante o estudo do status social subjetivo como um indicador de características socioeconômicas que está relacionado aos diferenciais de saúde. Entretanto, no Brasil foi encontrado apenas um estudo que utilizou o status social subjetivo. Nesse trabalho, cujo objetivo foi avaliar fatores associados ao comportamento de *bullying* em escolares, apurou-se que as vítimas desse comportamento apresentaram status social subjetivo inferior em relação aos agressores.¹⁰⁷

O ELSA-Brasil incluiu uma ampla gama de medidas objetivas e subjetivas de condições socioeconômicas em sua linha de base. O estudo é pioneiro na utilização das escalas de *MacArthur* de Status Social Subjetivo em adultos no país. Com o objetivo de acrescentar uma nova dimensão e importância para o estudo das fontes de desigualdades sociais em saúde, pesquisadores do ELSA-Brasil fizeram uma adaptação da escala de *MacArthur* de Status

¹⁰⁵ Reitzel LR, Mazas CA, Cofta-Woerpel L, et al. Subjective social status affects smoking abstinence during acute withdrawal through affective mediators. *Addiction*. 2010; 105(5):928-36.

¹⁰⁶ Reitzel LR, Businelle MS, Kendzor DE, et al. Subjective social status predicts long-term smoking abstinence. *BMC Public Health*. 2011; 11:135.

¹⁰⁷ Levandoski G. Análise de fatores associados ao comportamento bullying no ambiente escolar: características cineantropométricas e psicossociais [Dissertação em Ciências do Movimento Humano]. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina; 2009.165 p.

Social Subjetivo, utilizando como referência pessoas que ocupam postos de trabalho mais e menos valorizados no local de trabalho: a escala do trabalho.¹⁰⁸

Em razão da importância de compreender a complexidade da expressão das desigualdades sociais, que resultam em iniquidades em saúde no país, esta dissertação, inserida no ELSA-Brasil, pretendeu responder às seguintes questões:

- O status social subjetivo está associado a uma pior autoavaliação de saúde e ao tabagismo independentemente dos indicadores objetivos convencionais de posição social?
- As magnitudes dessas associações são diferentes quando se utilizam diferentes grupos de referência para a determinação do status social subjetivo?

A autoavaliação de saúde e o tabagismo foram escolhidos como variáveis resposta desta dissertação pelas seguintes razões:

- A autoavaliação de saúde é um indicador robusto de saúde e prediz a mortalidade e a internação hospitalar mesmo após o ajuste por avaliações objetivas de estado de saúde. Ao mesmo tempo, associa-se a inúmeros indicadores objetivos de saúde, condições socioeconômicas e psicossociais. Provavelmente, é a medida de mais fácil obtenção, acessível, abrangente e informativa em estudos populacionais.^{109,110,111}
- O tabagismo não é um comportamento distribuído aleatoriamente nas populações e sua prevalência é maior entre populações com baixos níveis socioeconômicos. É um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas não transmissíveis. Após a hipertensão arterial, o tabagismo é a principal causa de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento e no mundo, além de ser a sexta maior causa de Anos de

¹⁰⁸ Giatti L, Camelo LV, Rodrigues JFC, Barreto SM. Reliability of the MacArthur Scale of Subjective Social Status. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, 2012. [no prelo].

¹⁰⁹ Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009; 69(3): 307-16.

¹¹⁰ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38(1):21-37.

¹¹¹ Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(4): 364-72.

Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life Years- DALYs*) no mundo e a terceira maior causa de *DALYs* nos países em desenvolvimento.^{112,113}

¹¹² Organização Mundial de Saúde. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO; 2010.

¹¹³ Organização Mundial de Saúde. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o status social subjetivo como um indicador de percepção das circunstâncias socioeconômicas associado à saúde e ao tabagismo em uma coorte de servidores de instituições públicas de ensino superior e pesquisa brasileiras.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar se o status social subjetivo está associado à autoavaliação de saúde e ao tabagismo, independentemente de indicadores objetivos de posição social;
- Verificar se há diferenças nas magnitudes dessas associações quando utilizados três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo: outras pessoas na sociedade, outras pessoas na mesma comunidade e outras pessoas do mesmo local de trabalho.

**Status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo.
Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)**

Lidyane do Valle Camelo ¹

Luana Giatti ¹

Sandhi Maria Barreto ¹

1 - Grupo de Pesquisa em Epidemiologia de Doenças Crônicas e Ocupacionais (GERMINAL). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Correspondência:

Lidyane do Valle Camelo

Projeto ELSA-UFMG

Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.

Tel/Fax: +55 31 3409-9016

Email: lidyanecamelo@gmail.com

RESUMO

O status social subjetivo (SSS) expressa a percepção do indivíduo quanto a sua localização relativa na hierarquia social. Objetiva apreender uma dimensão da estratificação social que não é captada pelos indicadores objetivos mais comuns de posição social, como renda e escolaridade. O objetivo deste estudo foi investigar se o status social subjetivo está associado à autoavaliação de saúde e ao tabagismo, independentemente de indicadores objetivos de posição social, entre servidores públicos participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil); e verificar se há diferenças nas magnitudes dessas associações entre três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo. Foram elegíveis para análise todos os 15.105 servidores com idade entre 35 a 74 anos que participaram da linha de base do ELSA-Brasil (2008-2010). As variáveis resposta foram: autoavaliação de saúde e tabagismo. A variável explicativa principal foi o SSS, mensurado pelas duas escalas de *MacArthur* de SSS, que utilizam a sociedade e a comunidade como grupos de referência. Uma terceira escala foi adaptada para o ELSA-Brasil, a qual tem como grupo de referência o ambiente de trabalho. As variáveis para ajuste foram sexo, idade, cor da pele, escolaridade e renda familiar líquida. *Odds ratios* (OR) e intervalo de 95% de confiança foram obtidos por regressão logística para autoavaliação de saúde e regressão multinomial para tabagismo. Independente de medidas objetivas de posição social, o SSS foi significativamente associado à autoavaliação de saúde ruim e ao ex-tabagismo, mas não ao tabagismo atual. Não foram identificadas diferenças significativas na magnitude dessas associações entre as três escalas empregadas. Os resultados sugerem que SSS, escolaridade e renda representam aspectos distintos das iniquidades sociais e sugerem que o efeito dessas variáveis na saúde ou no comportamento relacionado à saúde é mediado por mecanismos diferentes. Isso reforça a importância do SSS como medida complementar importante no estudo das desigualdades sociais em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Status social subjetivo, Autoavaliação de saúde, Tabagismo, Iniquidades em saúde, Condições socioeconômicas, ELSA-Brasil.

INTRODUÇÃO

As iniquidades em saúde não resultam apenas dos níveis absolutos de renda, do grau de escolaridade ou do tipo de ocupação, mas também da posição relativa dos indivíduos na hierarquia social. As percepções e as experiências dos indivíduos em sociedades desiguais os levam a comparar sua posição social e suas circunstâncias de vida com as de outras pessoas. Isso gera sentimentos de inferioridade que somados aos aspectos estruturais das desigualdades podem prejudicar a saúde por resposta do sistema neuroendócrino e/ou por exposições a comportamentos e condições de vida e trabalho que podem ser nocivas à saúde (Wilkinson, 1997; Marmot, 2004).

O status social subjetivo tenta capturar a percepção do indivíduo sobre sua localização na hierarquia social (Davis, 1956) e o sentimento de pertencimento a algum estrato na sociedade (Rosenberg, 1953). Pretende apreender a situação socioeconômica atual e passada, perspectivas futuras, recursos da família, oportunidades de vida, forma como as pessoas vivenciam a sociedade e como se percebem em relação aos demais. Assim, provavelmente, reflete condições socioeconômicas ao longo da vida (Chen et al., 2012) e permite apreender uma dimensão relevante da estratificação social que não pode ser mensurada apenas por indicadores objetivos de posição social (Adler et al., 2000).

A escala de *MacArthur* de Status Social Subjetivo é um instrumento comumente utilizado para aferir esse indicador em estudos epidemiológicos (Singh-Manoux et al., 2003; Adler et al., 2000; Operario et al. 2004; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Adler et al., 2008). Existem duas versões dessa escala, que utilizam diferentes grupos de referência. A *escala da sociedade* utiliza um grupo de referência distal e refere-se a como as pessoas se percebem na hierarquia social quando comparadas a outras pessoas na sociedade em geral, segundo os indicadores objetivos como renda, escolaridade e ocupação. A *escala da comunidade* utiliza um grupo de referência proximal e refere-se a como os indivíduos se percebem na hierarquia social quando comparados a outras pessoas de sua comunidade de residência, considerando o seu padrão de vida. Essa distinção é importante, pois grupos em desvantagens sociais podem ser mais propensos a fazer comparações com seu próprio grupo social ou com outros grupos em situação socioeconômica similar (Wolff et al., 2010a; Adler & Stewart, 2007). De fato estudos indicam que a escolha do grupo de referência é susceptível a mudanças de acordo com características pessoais (Wolff et al., 2010a) e tende a ser situacional e composta, principalmente, por referenciais proximais (Wolff et al., 2010a;

Kelley & Evans, 1995). Entretanto, em geral, os estudos que reportaram associações mais relevantes entre o status social subjetivo e os indicadores de saúde adotaram somente referências distais, como a sociedade com um todo (Adler et al., 2000; Operario et al. 2004; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Adler et al., 2008).

A associação entre status social subjetivo e saúde tem sido reportada em diferentes populações, mesmo após controle por indicadores objetivos de situação socioeconômica. Essa associação tem-se mostrado consistente quando o evento analisado é a autoavaliação de saúde. (Singh-Manoux et al., 2003; Adler et al., 2000; Operario et al. 2004; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Franzini & Fernandez-Esquer, 2006; Ostrove et al., 2000; Hu, et al. 2005). O baixo status social subjetivo também tem sido associado, independentemente, a pior saúde mental (Singh-Manoux et al., 2003; Adler et al., 2000; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Adler et al., 2008; Franzini & Fernandez-Esquer, 2006; Subramanyam et al., 2012; Ghaed & Gallo, 2007), estresse psicossocial (Wright & Steptoe, 2005; Gianaros et al. 2007), pior saúde física (Chen et al., 2012; Adler et al., 2000; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Hu, et al. 2005; Cohen et al., 2008; Cooper et al., 2010; Manuck et al., 2010), e comportamentos de risco à saúde, como o tabagismo (Reitzel et al. 2007, 2010, 2011; Rittnerman et al. 2009; Finkelstein et al. 2006). Em estudos longitudinais, o status social subjetivo predissem mudanças no estado de saúde em adultos (Singh-Manoux et al., 2005) e idosos (Chen et al., 2012), mesmo após ajustes por indicadores objetivos de condição socioeconômica. Além disso, no *Whitehall II study* a ocupação não predissem alterações no estado de saúde após considerar o efeito do status social subjetivo (Singh-Manoux et al., 2005).

Tendo em vista a singularidade das características sociais da população brasileira, assim como as disparidades socioeconômicas e as diversidades culturais e raciais vigentes do país, este estudo teve por objetivo: (1) Investigar se o status social subjetivo está associado à autoavaliação de saúde e ao tabagismo, independentemente de indicadores objetivos de posição social, entre adultos participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil); e (2) Verificar se há diferenças nas magnitudes dessas associações quando utilizados três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo: outras pessoas na sociedade, outras pessoas que vivem na mesma comunidade e outras pessoas do mesmo local de trabalho.

METODOLOGIA

Foram elegíveis para análise todos os 15.105 servidores com idade entre 35 a 74 anos, ativos e aposentados, que participaram da linha de base do ELSA-Brasil realizada entre agosto de 2008 e dezembro de 2010. O ELSA-Brasil é um estudo prospectivo multicêntrico, desenvolvido em instituições de ensino superior e pesquisa, em seis estados brasileiros: Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia e Rio Grande do Sul. Os principais objetivos deste estudo são: investigar a incidência e a progressão do diabetes e das doenças cardiovasculares; e examinar os fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e a suas complicações, buscando compor um modelo causal que contemple suas inter-relações (Aquino et al. 2012).

Todos os participantes foram submetidos a entrevistas face a face com entrevistadores treinados e certificados. O questionário, organizado em módulos temáticos, incluiu uma ampla gama de medidas de condições socioeconômicas, entre as quais as escalas de *MacArthur* de Status Social Subjetivo (Aquino et al. 2012).

O ELSA foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer 976/2006, e pelas Comissões de Ética das instituições envolvidas no estudo. Mais detalhes sobre a metodologia do estudo foram descritos por Aquino et al. (2012).

Variáveis do estudo

Variáveis resposta

As variáveis resposta do estudo foram: autoavaliação de saúde e tabagismo.

A autoavaliação de saúde foi aferida por meio da pergunta: *De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?* A questão foi respondida em uma escala com as opções *Muito bom, Bom, Regular, Ruim* e *Muito ruim*. Essas opções foram agrupadas em duas categorias: Boa (*Muito bom* e *Bom*) e Ruim (*Regular, Ruim* e *Muito ruim*). A categoria “Boa” foi utilizada como referência.

O tabagismo atual foi avaliado por meio das perguntas “*O(a) senhor(a) é ou já foi fumante, ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros (cinco maços de cigarros) ao longo da sua vida?*” e “*O(a) senhor(a) fuma cigarros atualmente?*”. Os participantes foram categorizados em:

fumantes (aqueles que declararam ter fumado pelo menos 100 cigarros ao longo da vida e que fumavam no momento da realização da pesquisa); ex-fumantes (aqueles que afirmaram ter fumado pelo menos 100 cigarros ao longo da vida e que não fumavam no momento da realização da pesquisa); e não fumantes (aqueles que alegaram não ter fumado pelo menos cinco maços ou 100 cigarros ao longo da vida). O grupo de referência compreendeu aqueles que nunca fumaram.

Status social subjetivo

A variável explicativa de interesse foi o status social subjetivo, mensurado por meio das duas versões da escala de *MacArthur*: a escala da sociedade e a escala da comunidade. Além disso, foi utilizada uma terceira escala, que consiste em uma adaptação da escala de *MacArthur*, realizada por pesquisadores do ELSA-Brasil (Giatti, et al., 2012), a qual pretende avaliar como os indivíduos se percebem na hierarquia ocupacional, utilizando como referência pessoas que ocupam os postos de trabalho mais e menos valorizados no local de trabalho: a escala do trabalho.

Durante a adaptação da escala da comunidade para a língua portuguesa, apurou-se que a palavra *comunidade* tinha uma conotação de “favela” para a população brasileira. Dessa forma, para manter o sentido original da escala, a palavra *comunidade* foi substituída por *vizinhança* (Giatti, et al., 2012).

A escala de *MacArthur* possui o formato ilustrado de uma escada com dez degraus. Os participantes do estudo eram apresentados à ilustração da escada por meio de um cartão e eram convidados a responder a escala da sociedade:

Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada, estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto o(a) senhor(a) se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde o(a) senhor(a) se colocaria nesta escada?

As instruções da escala da comunidade e do trabalho foram respectivamente:

Na mesma lógica da pergunta anterior, agora considere que essa escada representa o lugar que as pessoas ocupam na vizinhança onde o(a) senhor(a) vive. As pessoas definem suas vizinhanças de diversas formas. Por favor, faça esta definição da maneira mais significativa para o(a) senhor(a). No topo desta escada, encontram-se as pessoas que têm um padrão de vida mais alto, em sua vizinhança. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que tem um padrão mais baixo em sua vizinhança. Considerando o padrão de vida das pessoas da sua vizinhança, onde o(a) senhor(a) se colocaria nesta escada?

Por fim, seguindo a mesma lógica, considere mais uma vez que essa escada representa o lugar que as pessoas ocupam no seu trabalho. As pessoas definem seu trabalho de diversas formas. Por favor, faça esta definição da maneira mais significativa para o(a) senhor(a). No topo desta escada estão as pessoas que estão no escalão superior, como diretor ou presidente, por exemplo. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que estão nos trabalhos menos valorizados. Considerando o seu trabalho, onde o(a) senhor(a) se colocaria nesta escada?

As escalas de *MacArthur* de Status Social Subjetivo apresentaram boa concordância no teste-reteste em estudo que avaliou sua confiabilidade em subamostra dos participantes do ELSA-Brasil. O coeficiente de correlação intraclasse encontrado foi de 0,67 na escala da sociedade, 0,64 na escala da comunidade e 0,75 na escala no trabalho (Giatti, et al., 2012).

Nesta análise, os escores das três escalas de status social subjetivo foram agrupados em quatro categorias: “Baixo” (degraus de 1 a 4), “Médio” (degraus 5 e 6), “Alto” (degraus 7 e 8) e “Muito alto” (degraus 9 e 10). A categorização foi realizada dessa forma, porque os escores das três escalas de status social subjetivo apresentaram distribuição assimétrica com desvio à direita. Categorizando os escores perdemos informações, entretanto os resultados se tornam mais fáceis de interpretar que quando utilizamos variáveis contínuas. Outros estudos também categorizaram os scores obtidos por meio da escala *MacArthur* de Status Social Subjetivo, no entanto ainda não foram estabelecidos pontos de cortes (Chen et al. 2012; Hu et al., 2005; Miyakawa et al. 2011; Singh-Manoux et al., 2003, 2005).

Indicadores objetivos de posição social

A situação socioeconômica objetiva foi estudada por meio de dois indicadores: escolaridade e renda familiar líquida. A escolaridade foi aferida por meio da pergunta “Qual seu grau de instrução?” e as respostas foram categorizadas em: pós-graduação, superior completo,

segundo grau completo, primeiro grau completo e primeiro grau incompleto. A renda familiar líquida foi avaliada por meio da pergunta “*No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?*” (≤ 1659 ; 1660 - 2489; 2490 - 3319; 3320 - 4149; 4150 - 4979; 4980 - 5809; 5810 - 6639; 6640 - 7469; ≥ 7470 reais).

Outras variáveis sociodemográficas

Foram incluídas no estudo as seguintes características sociodemográficas: sexo, idade (agrupada em faixas etárias: 35-44; 45-54; 55-64; 65-74 anos) e raça/cor autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena).

Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada a descrição das características sociodemográficas dos participantes do estudo e do status social subjetivo, por meio de distribuições de frequência e medidas de tendência central. Em seguida, apurou-se a presença de correlações entre as escalas de status social subjetivo, e dessas com escolaridade e renda familiar líquida, utilizando coeficiente de correlação de *Spearman*. Posteriormente, foram determinadas as prevalências de autoavaliação de saúde ruim, ex-tabagismo e tabagismo atual, segundo os indicadores objetivos de posição social, status social subjetivo e outras características sociodemográficas. Diferenças estatisticamente significantes entre os grupos foram verificadas por meio do teste de qui-quadrado de *Pearson*.

A análise univariada e a multivariável, ajustadas pelos indicadores objetivos de posição social e pelas outras características sociodemográficas, foram realizadas por meio da regressão logística, para autoavaliação de saúde, e regressão multinomial, para o tabagismo, com a obtenção do *odds ratio* e seu intervalo de 95% de confiança. Foram realizadas análises separadas para cada uma das escalas de status social subjetivo empregadas. A multicolinearidade entre as variáveis explicativas foi verificada pelo fator inflação da variância.

O nível de significância utilizado foi de 5%. As análises foram realizadas no *software* Stata 10.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

RESULTADOS

Entre os 15.105 participantes da linha de base do ELSA-Brasil, a maioria era do sexo feminino (54,4%) e informou cor da pele branca (52,2%); 39,5% tinham entre 45 e 54 anos; 23%, renda igual ou superior a 7470 reais; 52,6%, ensino superior completo e, entre esses, 36,5% tinham pós-graduação.

A distribuição do status social subjetivo foi assimétrica, com desvio à direita (Figura 1). Nas três escalas, aproximadamente 10% das observações foram encontradas nos degraus de 1 a 4 e cerca de 85% entre os degraus 5 a 9. A mediana nas três escalas foi igual a 7 (intervalo interquartilico na escala sociedade: 8-5; escala da comunidade e do trabalho: 8-6).

As escalas de status social subjetivo apresentaram correlações positivas moderadas entre si. Associações moderadas também foram encontradas entre a renda e duas escalas (sociedade e comunidade); e entre a escolaridade e a escala da sociedade. Correlação baixa foi encontrada entre a escala do trabalho e a renda e a escolaridade. As correlações das escalas de status social subjetivo entre si foram mais fortes que as correlações entre essas escalas e renda e escolaridade. Os indicadores objetivos foram mais fortemente correlacionados à escala da sociedade do que às escalas da comunidade e do trabalho (Tabela 1).

A prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 19,9%; de ex-tabagismo, 30%; e de tabagismo atual, 13,1% (Tabela 2). Na análise univariada, a autoavaliação de saúde ruim foi menos frequente entre os indivíduos de cor da pele branca e foi maior com o aumento da idade, diminuição da renda familiar líquida e da escolaridade. Sexo não foi associado à autoavaliação de saúde ruim. Ex-tabagismo foi positivamente associado ao aumento da idade, e foi menos frequente entre o sexo feminino e indivíduos pretos e pardos. Tabagismo atual esteve associado positivamente às faixas etárias de 45 a 64 anos e 55 a 64 anos, ter declarado cor da pele indígena, ter menor renda e escolaridade; e negativamente associado ao sexo feminino (Tabela 2).

Nas três escalas, quanto pior o status social subjetivo maior a prevalência de autoavaliação de saúde ruim. A prevalência de autoavaliação de saúde ruim na categoria “Baixo” status social subjetivo foi mais que o dobro da observada na categoria de “Muito alto” status social subjetivo (Tabela 3). A prevalência de tabagismo atual e ex-tabagismo também foi maior entre

os que declaram menor status social subjetivo, porém não apresentou gradiente para ex-tabagismo (Tabela 3).

As análises univariadas entre o status social subjetivo e as variáveis resposta, assim como as análises ajustadas por variáveis demográficas e socioeconômicas estão apresentadas na Tabela 4. As associações entre o status social subjetivo e as variáveis resposta foi pouco afetada pelos ajustes por sexo, idade e cor da pele. Após os ajustes pelos indicadores objetivos de posição social, as associações entre o status social subjetivo e a autoavaliação permaneceram significantes, mas as magnitudes diminuíram.

Com relação ao ex-tabagismo os ajustes pelos indicadores objetivos fizeram desaparecer a associação na escala da comunidade. Entretanto, mostrou que entre aqueles que declaram "Baixo" status social subjetivo a chance de se declarar ex-fumante foi de 33% maior que entre os que se declaram "Muito Alto" status social subjetivo na escala da sociedade e 26% maior na escala do trabalho. Em todas as escalas, a associação entre o status social subjetivo e tabagismo atual desapareceu após considerar o efeito da renda familiar líquida e da escolaridade em todas as escalas (Tabela 4). Não houve multicolinearidade entre as variáveis explicativas presentes nos modelos finais.

As associações entre o status social subjetivo e a autoavaliação de saúde foram bastante semelhantes entre as escalas de sociedade e comunidade, mas ligeiramente mais fracas para a escala do trabalho. Já para ex-tabagismo, a associação foi discretamente mais forte na escala da sociedade que a observada na escala do trabalho. Entretanto, houve sobreposição dos intervalos de confiança dos *odds ratio* obtidos nessas escalas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este trabalho apresentou a distribuição do status social subjetivo em uma coorte de servidores públicos brasileiros. Mostrou, ainda, que baixo status social subjetivo foi estatisticamente associado à autoavaliação da saúde ruim e ao ex-tabagismo e que essas associações podem ser creditadas apenas parcialmente à renda e à escolaridade, diferentemente do que ocorreu com tabagismo atual. As magnitudes das associações encontradas não variaram significativamente entre os três diferentes grupos de referência utilizados para a aferição do status social subjetivo.

A distribuição do status social subjetivo foi assimétrica, com maior concentração acima do ponto médio da distribuição, o que, provavelmente, reflete a alta escolaridade e renda da população estudada. Distribuição semelhante foi encontrada em estudo com mulheres brancas americanas que também tinham alta escolaridade e renda (Adler et al., 2000). Entretanto, a distribuição do status social subjetivo em populações com maior heterogeneidade dos indicadores objetivos de posição social, como a do *English Longitudinal Study of Ageing* (Demakakos et al. 2008), tendeu a apresentarem uma distribuição normal.

As distribuições dos escores da escala da comunidade e do trabalho apresentaram um desvio à direita maior do que o observado na escala da sociedade. Outros estudos têm apontado que os escores na escala da comunidade tendem a ser maiores que os encontrados na escala da sociedade (Wolff et al, 2010a; Subramanyam et al., 2012; Ghaed & Gallo, 2007). Isso pode ser explicado, em parte, pelo menor contraste sociocultural e material entre indivíduos residentes de uma mesma comunidade ou em um mesmo local trabalho *vis-à-vis* ao que ocorre na sociedade como um todo. É possível, ainda, que as escalas que utilizam grupos proximais como referência e que não evocam critérios objetivos de posição social em seu enunciado estejam capturando adicionalmente aspectos não apreendidos pela escala da sociedade, como autoestima, percepção de autoestima e autoeficácia (Wolff et al, 2010b), construtos que também são importantes para a saúde

Renda e escolaridade foram mais fortemente correlacionadas à escala da sociedade do que às escalas da comunidade e do trabalho. Isso é consistente com as instruções das escalas e sugere que a escala da sociedade captura melhor aspectos dos indicadores objetivos de posição socioeconômica. As escalas de status social subjetivo apresentaram correlação maior entre si que a apresentada com escolaridade e renda, o que, segundo Cundiff et al.(2011), sugere que esse indicador mede um construto diferente do capturado pelos indicadores objetivos de posição social. Essa conclusão é corroborada pela ausência de multicolinearidade entre as variáveis explicativas incluídas nos modelos finais nesta análise. Cundiff et al.(2011) avaliaram a validade de construto das escalas de *MacArthur* de Status Social Subjetivo. Foi encontrado que essas escalas apresentaram uma correlação maior entre si do que com indicadores objetivos de posição social (renda) e indicadores psicossociais (sintomas depressivos, otimismo, neuroticismo, ajustamento conjugal), sugerindo que essas escalas possuem validade de construto por mensurar aspectos diferentes do que é capturado por indicadores objetivos de posição social ou por fatores psicossociais (Cundiff et al., 2011).

A associação entre o status social subjetivo e autoavaliação de saúde, assim como em outros estudos (Singh-Manoux et al., 2003; Adler et al., 2000; Operario et al. 2004; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Franzini & Fernandez-Esquer, 2006; Ostrove et al., 2000; Hu, et al. 2005; Miyakawa et al., 2011), foi apenas parcialmente atribuída a renda e escolaridade. Vários estudos têm encontrado que a percepção de baixo status social, embora seja correlacionada a fatores psicossociais (sintomas depressivos, otimismo, afeto negativo etc.), está associada, independentemente desses fatores, à autoavaliação de saúde (Miyakawa et al., 2011; Singh-Manoux et al., 2003; Adler et al., 2000; Operario et al., 2004; Hu, et al. 2005). Entretanto, alguns autores afirmam que analisar a associação entre o status social subjetivo e a autoavaliação de saúde, ajustando por fatores psicossociais, trata-se, possivelmente, de um superajustamento (Adler et al., 2000; Miyakawa et al., 2011). Estudo realizado por Operario et al.(2004) revelou que a associação entre o status social subjetivo e a autoavaliação de saúde diminuiu em magnitude ao ajustar pelo afeto negativo. Entretanto, essa redução não foi maior que a observada ao fazer o ajustamento pelo afeto negativo no modelo que avaliava os indicadores objetivos (renda e escolaridade) como variáveis explicativas principais para explicar a variabilidade da autoavaliação de saúde. Segundo os autores, esses resultados sugerem que afeto negativo não seria uma variável confundidora na associação entre status social subjetivo e autoavaliação de saúde, mas sim uma variável mediadora entre as condições socioeconômicas (objetivas e subjetivas) e a saúde (Operario et al., 2004). Utilizando metodologia diferente, Cundiff et al. (2011) chegaram a resultados semelhantes. Por meio de uma análise de mediação, mostraram que fatores psicossociais (sintomas depressivos, otimismo, neuroticismo e ajustamento conjugal) seriam mediadores significativos da associação entre status social subjetivo e autoavaliação de saúde (Cundiff et al., 2011).

Encontramos que indivíduos com “Baixo” status social subjetivo nas escalas da sociedade e do trabalho tiveram chances discretamente maiores de se classificarem como ex-fumantes. Isso sugere que pessoas com baixo status social apresentam mais chances de terem sido fumantes no passado, independente da diferença de renda e escolaridade. Apesar de as taxas de abandono do tabagismo serem menores em populações que vivem em contextos sociais desfavoráveis (Iglesias et al. 2007), neste trabalho não foi analisado o índice de cessação do tabagismo, e sim comparamos os ex-tabagistas com pessoas que nunca fumaram.

A associação entre status social subjetivo e prevalência de tabagismo atual não foi independente dos indicadores objetivos de posição social. Essa associação desaparece ao ser considerado o efeito isolado da renda ou somente o efeito da escolaridade (resultados não apresentados), evidenciando a importância desses dois indicadores para compreender o tabagismo. Nossos resultados são contrários aos achados de estudos realizados entre adolescentes mexicanos e americanos (Finkelstein et al., 2006; Rittnerman et al., 2009). Entretanto, em adultos, o baixo status social subjetivo tem sido mais associado à vulnerabilidade ao retorno do tabagismo após período de abstinência (Reitzel et al. 2007, 2010, 2011) que com a prevalência de tabagismo (Ghaed & Gallo, 2007; Manuck et al., 2010; Castro et al. 2010).

Os resultados supracitados evidenciam que a associação entre o status social subjetivo e a saúde difere dependendo do evento estudado. Isso sugere que status social subjetivo, escolaridade e renda representam aspectos distintos das iniquidades sociais, sendo que o efeito dessas variáveis na saúde ou no comportamento relacionado à saúde é diferente. Isso reforça que, apesar de correlacionados, esses indicadores são medidas complementares.

Esperávamos que a magnitude das associações fossem maiores quando utilizados grupos de referência mais distais, tendo em vista a possibilidade de as escalas que utilizam grupos de referências proximais terem menor poder discriminatório devido à maior homogeneidade desses grupos. Entretanto, nossos resultados não confirmaram tal hipótese, já que as diferenças de magnitude encontradas não foram estatisticamente significantes. Nossos achados são consistentes com os resultados encontrados no *Jackson Heart Study*, no qual também não houve diferenças nas associações entre fatores de risco cardiovascular e status social subjetivo quando utilizada a escala da sociedade e da comunidade (Subramanyam et al. 2012). Entretanto, Wolf et al. (2010a) encontraram em adultos americanos que as associações mais importantes entre status social subjetivo e autoavaliação de saúde foi com a utilização de um grupo de referência distal (outros na sociedade americana). Já Ghaed et al. (2007) acharam que a escala da comunidade apresentou associações mais importantes com fatores psicossociais do que a escala da sociedade em mulheres americanas. Essas diferenças sugerem que o papel dos grupos de referência nas associações entre o status social subjetivo e a saúde parece variar entre populações e tipos de eventos de saúde analisados. Então, mais estudos são necessários para compreender melhor esse processo.

Os mecanismos responsáveis pela associação do status social subjetivo à saúde ainda não são totalmente conhecidos. É possível que o aumento do status social subjetivo seja um reflexo da diminuição do estresse psicossocial, que resultaria em uma menor ocorrência de doenças e comportamentos de risco à saúde (Operario et al., 2004). De fato, estudos têm demonstrado empiricamente que baixo status social subjetivo está associado, independente de indicadores objetivos de condição socioeconômica e de fatores psicológicos, a diminuição de região do cérebro ligada à emoção e a reatividade fisiológica ao estresse psicossocial (Gianaros et al. 2007) e elevados níveis de cortisol ao despertar, o que também sugere maior estresse (Wright, & Steptoe).

Nosso trabalho tem pontos fortes e fracos que devem ser levadas em consideração na interpretação de seus resultados. Uma importante vantagem deste estudo foi o uso de mais de um grupo de referência para o status social subjetivo: outras pessoas na sociedade em geral, outras pessoas que vivem na mesma comunidade e outras pessoas do mesmo local de trabalho. A percepção da posição na hierarquia social envolve um processo de comparação social com outras pessoas em situações similares. Assim, ao incluir vários grupos de referência, fornecemos uma visão mais aprofundada do status social subjetivo na população estudada.

Neste estudo, foram utilizadas duas medidas objetivas de posição social: renda e escolaridade. Ocupação não foi considerada como variável de ajuste nas análises, mas foi apontada como a variável objetiva de posição social mais associada ao status social subjetivo em coorte de trabalhadores ingleses (Singh-Manoux et al. 2003). Entretanto, esta variável não foi associada ao status social subjetivo em uma coorte americanos de origem africana (Adler et al. 2008). Nessa população, a renda foi a variável objetiva de posição social mais correlacionada ao status social subjetivo (Adler et al. 2008). É possível que a associação entre status social subjetivo e saúde seja reduzida com a adição da ocupação como variável de ajuste nesta análise.

A população do ELSA-Brasil é formada por trabalhadores com emprego estável e formal, beneficiários de aposentadoria e com escolaridade e renda média superiores à da população brasileira. Essa homogeneidade pode ter subestimado a associação entre os indicadores subjetivos e objetivos de posição social à saúde, além de não permitir generalizações para a população brasileira. Entretanto, apesar da menor diversidade dos indicadores

socioeconômicos na coorte do ELSA, fomos capazes de encontrar associações estatisticamente significantes.

A análise apresentada não tem intenção de estabelecer nenhuma inferência causal. Entretanto, o status social subjetivo tem se mostrado um bom indicador de trajetória socioeconômica ao longo da vida, ao tentar capturar não somente a situação socioeconômica atual, mas também as circunstâncias sociais passadas e recursos da família (Chen et al., 2012; Singh-Manoux et al., 2003). Assim, é improvável que os resultados desse estudo sejam atribuídos a causalidade reversa.

Muitas questões ainda permanecem para ser tratadas em pesquisas futuras. Para melhor compreender esse indicador de posição social relativa, é importante investigar os mecanismos responsáveis pela conexão desse indicador à saúde e, a partir de estudos qualitativos, compreender também quais são os fatores que afetam as avaliações de status social subjetivo.

Este estudo fornece dados empíricos sobre a importância do status social subjetivo como indicador de condições socioeconômicas no contexto brasileiro. O próximo passo será investigar se ele prediz alterações no estado de saúde e a cessação do tabagismo. Isso poderá ser avaliado em breve com os dados do segundo seguimento ativo da coorte ELSA-Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos participantes do ELSA-Brasil que concordaram em colaborar para o desenvolvimento deste estudo.

A linha de base do ELSA-Brasil foi financiada pelo Ministério da Saúde (Departamento de Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Ciência e Tecnologia (Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq).

LVC recebeu uma bolsa de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). SMB é bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq (CNPq; processo nº. 300159/99-4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler N, Stewart J (2007) The MacArthur Scale of Subjective Social Status. Available at: www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/subjective.php (Acesso em 28 agosto de 2012).

Adler, NE, Epel, ES, Castellazzo, G, Ickovics, JR (2000) Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology* 19(6): 586-592.

Adler, N, Singh-Manoux, A, Schwartz, J, Stewart, J, Matthews, K, Marmot, MG (2008) Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall II with European- and African-Americans in CARDIA. *Social Science & Medicine* 66(5): 1034-1045.

Aquino, EM, Barreto, SM, Bensenor, IM, Carvalho, MS, Chor D, Duncan BB, Lotufo PA, Mill JG, Molina Mdel C, Mota EL, Passos VM, Schmidt MI, Szklo M (2012) ELSA-Brasil (Brazilian Longitudinal Study of Adult Health): objectives and design. *American Journal of Epidemiology* 175(4): 315-324.

Castro, AB, Gee, GC, Takeuchi, DT (2010) Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: the relevance of economic opportunity, subjective social status, and financial strain. *Journal of Immigrant and Minority Health* 12(5): 659-671.

Chen, B, Covinsky, KE, Stijacic Cenzer, I, Adler, N, Williams, BA (2012) Subjective social status and functional decline in older adults. *Journal of General Internal Medicine* 27(6): 693-699.

Cohen, S, Alper, CM, Doyle, WJ, Adler, N, Treanor, JJ, Turner, RB (2008) Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychology* 27(2): 268-274.

Cooper, DC, Milic, MS, Mills, PJ, Bardwell, WA, Ziegler, MG, Dimsdale, JE (2010) Endothelial Function: The Impact of Objective and Subjective Socioeconomic Status on Flow-Mediated Dilation. *Annals of behavioral medicine* 39(3): 222-231.

Cundiff, JM, Smith, TW, Uchino, BN, Berg, CA (2011) Subjective Social Status: Construct Validity and Association with Psychosocial Vulnerability and Self-Rated Health. *International Journal of Behavioral Medicine*: 1-11.

Davis, JA (1956) Status symbols and the measurement of status perception. *Sociometry* 19(3): 154–165.

Demakakos, P, Nazroo, J, Breeze, E, Marmot, M (2008) Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine* 67(2): 330-340.

Finkelstein, DM, Kubzansky, LD, Goodman, E (2006) Social status, stress, and adolescent smoking. *The Journal of Adolescent Health* 39(5): 678-685.

Franzini, L, Fernandez-Esquer, ME (2006) The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine* 63(3): 788-804.

Ghaed, SG, Gallo, LC (2007) Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology* 26(6): 668-674.

Gianaros, PJ, Horenstein, JA, Cohen, S, Matthews, KA, Brown, SM, Flory, JD, Critchley, HD, Manuck, SB, Hariri, AR (2007) Perigenual anterior cingulate morphology covaries with perceived social standing. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2(3): 161-173.

Giatti, L, Camelo, LV, Rodrigues, JFC, Barreto, SM (2012) Reliability of the MacArthur Scale of Subjective Social Status. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA Brasil). *BMC Public Health* [in press].

Hu, P, Adler, NE, Goldman, N, Weinstein, M, Seeman, TE (2005) Relationship between subjective social status and measures of health in older Taiwanese persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 53(3): 483-488.

Iglesias, R, Jha, P, Pinto, M, Silva, VLC, Godinho, J (2007) *Controle do Tabagismo no Brasil*. Washington: World Bank.

Kelley, J, Evans, MDR (1995) Class and Class Conflict in Six Western Nations. *American Sociological Review* 60(2): 157-178.

Manuck, SB, Phillips, JE, Gianaros, PJ, Flory, JD, Muldoon, MF. (2010) Subjective socioeconomic status and presence of the metabolic syndrome in midlife community volunteers. *Psychosomatic medicine* 72(1): 35-45.

Marmot, M (2004) *Status Syndrome*. London: Bloomsbury Publishing.

Miyakawa, M, Hanson, LLM, Theorell, T, Westerlund, H (2011) Subjective social status: its determinants and association with health in the Swedish working population (the SLOSH study). *European Journal of Public Health*: 1-6.

Operario, D, Adler, NE, Williams, DR (2004) Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychology and Health* 19(2): 237-246.

Ostrove, JM, Adler, NE, Kuppermann, M, Washington, AE (2000) Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology* 19(6): 613-618.

Reitzel, LR, Vidrine, JI, Li, Y, Mullen, PD, Velasquez, MM, Cinciripini, PM, Cofta-Woerpel, L, Greisinger, A, Wetter, DW (2007) The Influence of Subjective Social Status on Vulnerability to Postpartum Smoking Among Young Pregnant Women. *American Journal of Public Health* 97(8): 1476-1482.

Reitzel, LR, Mazas, CA, Cofta-Woerpel, L, Li, Y, Cao, Y, Businelle, MS, Cinciripini, PM, Wetter, DW (2010) Subjective social status affects smoking abstinence during acute withdrawal through affective mediators. *Addiction* 105(5): 928-936.

Reitzel, LR, Businelle, MS, Kendzor, DE, Li, Y, Cao, Y, Castro, Y, Mazas, CA, Cofta-Woerpel, L, Cinciripini, PM, David, WW (2011) Subjective social status predicts long-term smoking abstinence. *BMC Public Health*: 11:135.

Ritterman, ML, Fernald, LC, Ozer, EJ, Adler, NE, Gutierrez, JP, Syme, SL (2009) Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Social Science & Medicine* 68(10): 1843-1851.

Rosenberg, M. (1953) Perceptual Obstacles to Class Consciousness. *Social Forces* 32:22-27.

Singh-Manoux, A, Adler, NE, Marmot, MG (2003) Subjective social status: Its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social Science & Medicine* 56(6): 1321-1333.

Singh-Manoux, A, Marmot, MG, Adler, NE (2005) Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine* 67(6): 855-861.

Subramanyam, MA, Diez-Roux, AV, Hickson, DA, Sarpong, DF, Sims, M, Taylor, HA Jr., Williams, DR, Wyatt, SB (2012) Subjective social status and psychosocial and metabolic risk factors for cardiovascular disease among African Americans in the Jackson Heart Study. *Social Science & Medicine* 74(8): 1146-1154.

Wilkinson, RG (1997) Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? *The British Medical Journal* 314(7080): 591–595.

Wolff, LS, Acevedo-Garcia, D, Subramanian, SV, Weber, D, Kawachi, I (2010a) Subjective Social Status, a New Measure in Health Disparities Research: Do Race/Ethnicity and Choice of Referent Group Matter? *Journal of Health Psychology* 15(4): 560-574.

Wolff, LS, Subramanian, SV, Acevedo-Garcia, D, Weber, D, Kawachi, I (2010b) Compared to whom? Subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample. *Social Science & Medicine* 70(12): 2019-2028.

Wright, CE, Steptoe, A (2005) Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. *Psychoneuroendocrinology* 30(6): 582-590.

FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Distribuição do status social subjetivo medido pelas três escalas. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008-2010.

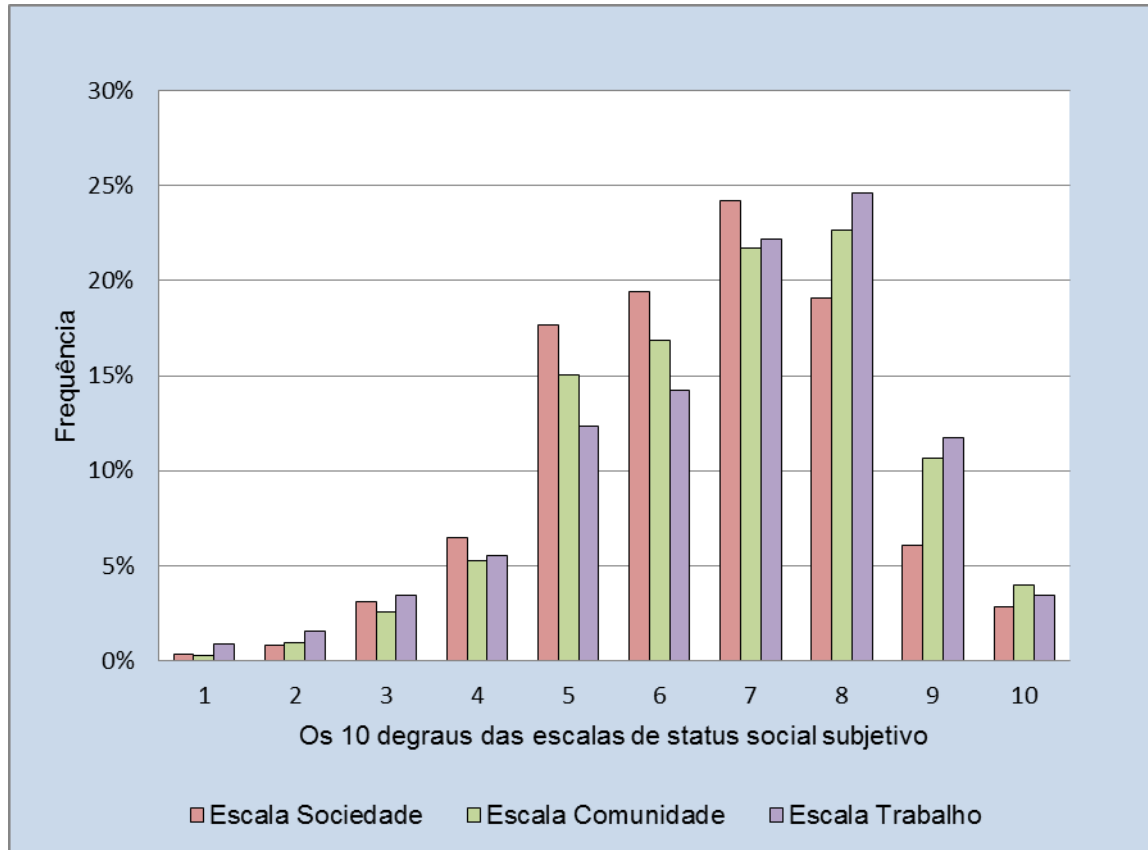


Tabela 1 - Correlações (*Spearman*) entre status social subjetivo, renda familiar líquida e escolaridade. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008-2010.

	1	2	3	4	5
1 Status Social Subjetivo - Sociedade	1.00				
2 Status Social Subjetivo - Comunidade	0.60	1.00			
3 Status Social Subjetivo - Trabalho	0.57	0.48	1.00		
4 Renda Familiar Líquida	0.45	0.40	0.39	1.00	
5 Escolaridade	0.44	0.38	0.38	0.71	1.00

Nota: Valores de r_s em negrito indicam $p < 0,001$

Tabela 2 – Odds ratio (OR), intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e prevalência de autoavaliação de saúde ruim, ex-fumante e tabagismo atual, segundo sexo, idade, cor da pele e indicadores objetivos de posição social. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008-2010.

Características	Autoavaliação de Saúde Ruim (N=15.100)		Ex-fumante (N=15.104)		Tabagismo Atual (N=15.104)	
	Prevalência (%)	OR (IC 95%)	Prevalência (%)	OR (IC 95%)	Prevalência (%)	OR (IC 95%)
Total	19,9	-	30,0	-	13,1	-
Sexo						
Masculino	20,0	1,00	35,3	1,00	14,3	1,00
Feminino	19,9	0,99 (0,92 -1,08)	25,5	0,58 (0,54-0,63)	12,1	0,68 (0,62-0,75)
	p = 0,921		p < 0,001		p < 0,001	
Idade em anos						
35-44	13,6	1,00	16,0	1,00	10,3	1,00
45-54	19,5	1,54 (1,37-1,74)	30,6	2,64 (2,37-2,95)	16,1	2,15 (1,88-2,46)
55-64	23,2	1,94 (1,71-2,19)	37,1	3,40 (3,04-3,81)	12,7	1,80 (1,56-2,09)
65-74	26,4	2,30 (1,98-2,67)	38,5	3,34 (2,90-3,84)	8,4	1,13 (0,91-1,40)
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Raça/cor						
Branca	15,0	1,00	31,5	1,00	12,3	1,00
Parda	23,8	1,77 (1,61-1,95)	28,7	0,89 (0,82-0,97)	13,6	1,08 (0,96-1,21)
Preta	27,9	2,19 (1,97-2,44)	27,2	0,83 (0,75-0,93)	14,6	1,14 (1,00-1,31)
Amarela	21,4	1,54 (1,20-1,99)	29,4	0,87 (0,69-1,10)	10,2	0,77 (0,54-1,09)
Indígena	33,3	2,84 (2,02-3,98)	30,1	1,05 (0,74-1,52)	17,8	1,58 (1,02-2,45)
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Renda familiar líquida em reais						
≥ 7470	11,0	1,00	33,2	1,00	8,6	1,00
6640 - 7469	12,0	1,10 (0,88-1,38)	27,9	0,78 (0,67-0,92)	9,8	1,06 (0,83-1,36)
5810 - 6639	15,4	1,47 (1,19-1,81)	26,1	0,72 (0,61-0,85)	10,5	1,11 (0,87-1,43)
4980- 5809	13,0	1,20 (0,97-1,48)	32,1	0,97 (0,84-1,13)	10,2	1,19 (0,94-1,51)
4150- 4979	18,6	1,84 (1,52-2,24)	28,5	0,82 (0,70-0,97)	11,0	1,21 (0,95-1,54)
3320 - 4149	19,4	1,94 (1,64-2,28)	28,0	0,84 (0,74-0,97)	14,2	1,65 (1,36-1,99)
2490 - 3319	23,0	2,40 (2,07-2,78)	29,6	0,94 (0,84-1,06)	15,5	1,89 (1,59-2,24)
1660 - 2489	28,7	3,24 (2,82-3,73)	29,0	0,92 (0,82-1,04)	16,2	1,99 (1,68-2,35)
≤ 1659	34,1	4,17 (3,60-4,83)	30,4	1,06 (0,93-1,21)	19,6	2,63 (2,21-3,14)
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
Escolaridade						
Pós-graduação	11,4	1,00	29,6	1,00	8,8	1,00
Superior completo	14,1	1,28 (1,11-1,48)	26,1	0,85 (0,76-0,95)	10,2	1,12 (0,95 -1,33)
Segundo grau completo	23,8	2,43 (2,19-2,69)	29,4	1,13 (1,03-1,23)	16,4	2,12 (1,87-2,39)
Primeiro grau completo	35,4	4,26 (3,66-4,96)	37,9	1,82 (1,57-2,11)	18,9	3,06 (2,52-3,72)
Primeiro grau incompleto	48,8	7,17 (6,14-8,38)	37,0	1,85 (1,59-2,17)	21,6	3,65 (3,00-4,46)
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	

Nota: Valores de OR em negrito indicam p<0,05.

Tabela 3 - Prevalência de autoavaliação de saúde ruim, ex-fumante e tabagismo atual, segundo status social subjetivo, medido pelas três escalas. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008-2010.

	Status Social Subjetivo ¹											
	Escala Sociedade				Escala Comunidade				Escala Trabalho			
	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Autoavaliação de Saúde Ruim (%)	34,5	22,1	15,9	13,3	35,2	23,2	16,8	12,8	32,8	23,3	16,5	15,0
	p < 0,001				p < 0,001				p < 0,001			
Ex-fumante (%)	34,4	29,2	29,3	31,3	33,7	29,8	29,4	30,1	32,9	29,4	29,0	31,8
Tabagismo Atual (%)	16,6	14,0	12,1	10,0	16,0	14,2	12,4	10,9	17,4	13,8	12,0	12,1
	p < 0,001				p < 0,001				p < 0,001			

¹ As categorias equivalem a: "baixo" = degraus de 1 a 4; "médio" = degraus 5 e 6; "alto" = degraus 7 e 8; "muito alto" = degraus 9 e 10.

Tabela 4. Associação entre o status social subjetivo, medido pelas três escalas, e autoavaliação de saúde, ex-fumante e tabagismo atual. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008-2010.

Status Social Subjetivo	Autoavaliação de Saúde Ruim			Ex-fumante			Tabagismo Atual		
	OR Bruto	Modelo A: ajustado por idade e raça/cor	Modelo A, ajustado por escolaridade e renda familiar	OR Bruto	Modelo B: ajustado por idade, sexo e raça/cor	Modelo B, ajustado por escolaridade e renda familiar	OR Bruto	Modelo B: ajustado por idade, sexo e raça cor	Modelo B, ajustado por escolaridade e renda familiar
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Escala Sociedade¹									
Muito Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alto	1,23 (1,04-1,46)	1,31 (1,10-1,56)	1,26 (1,05-1,51)	0,94 (0,82-1,07)	1,09 (0,96-1,25)	1,08 (0,95-1,24)	1,21 (0,98-1,47)	1,25 (1,02-1,52)	1,16 (0,95-1,43)
Médio	1,84 (1,56-2,19)	1,87 (1,57-2,23)	1,38 (1,15-1,66)	0,96 (0,84-1,10)	1,20 (1,05-1,38)	1,10 (0,96-1,28)	1,44 (1,18-1,76)	1,49 (1,21-1,82)	1,06 (0,86-1,32)
Baixo	3,43 (2,84-4,14)	3,21 (2,64-3,89)	1,84 (1,50-2,26)	1,32 (1,12-1,55)	1,53 (1,29-1,82)	1,33 (1,11-1,59)	1,98 (1,57-2,49)	1,90 (1,50-2,40)	1,09 (0,86-1,41)
Escala Comunidade¹									
Muito Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alto	1,38 (1,20-1,59)	1,38 (1,19-1,59)	1,25 (1,08-1,45)	0,99 (0,89-1,11)	1,07 (0,95-1,19)	1,04 (0,93-1,17)	1,16 (0,99-1,35)	1,17 (1,00-1,37)	1,04 (0,88-1,22)
Médio	2,07 (1,79-2,38)	1,96 (1,70-2,27)	1,42 (1,21-1,65)	1,04 (0,93-1,17)	1,14 (1,02-1,29)	1,04 (0,92-1,18)	1,37 (1,16-1,61)	1,38 (1,17-1,62)	0,97 (0,81-1,15)
Baixo	3,71 (3,13-4,38)	3,25 (2,73-3,86)	1,84 (1,53-2,22)	1,31 (1,13-1,53)	1,32 (1,12-1,54)	1,11 (0,94-1,31)	1,72 (1,40-2,11)	1,62 (1,31-2,00)	0,94 (0,75-1,17)
Escala Trabalho¹									
Muito Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Alto	1,12 (0,98-1,27)	1,20 (1,05-1,37)	1,14 (1,00-1,31)	0,87 (0,78-0,96)	1,03 (0,92-1,15)	1,02 (0,91-1,14)	0,94 (0,81-1,09)	0,98 (0,84-1,14)	0,92 (0,78-1,07)
Médio	1,72 (1,50-1,98)	1,80 (1,56-2,08)	1,34 (1,16-1,56)	0,91 (0,81-1,02)	1,18 (1,04-1,33)	1,09 (0,96-1,24)	1,12 (0,96-1,32)	1,19 (1,01-1,41)	0,88 (0,74-1,05)
Baixo	2,77 (2,38-3,23)	2,72 (2,32-3,19)	1,62 (1,37-1,92)	1,17 (1,01-1,34)	1,44 (1,24-1,67)	1,26 (1,08-1,47)	1,62 (1,34-1,95)	1,64 (1,35-1,99)	1,02 (0,83-1,25)

Nota: Valores de OR em negrito indicam $p < 0,05$.

¹ As categorias equivalem a: “baixo” = degraus de 1 a 4; “médio” = degraus 5 e 6; “alto” = degraus 7 e 8; “muito alto” = degraus 9 e 10.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação consistiu na investigação da associação entre status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo, após considerar o efeito das variáveis renda, escolaridade, idade, sexo e cor da pele. Além disso, foi investigado se havia diferenças nas magnitudes dessas associações entre três diferentes grupos de referência para a determinação do status social subjetivo: outras pessoas na sociedade, outras pessoas na comunidade e outras pessoas no local de trabalho.

Verificamos que o status social subjetivo foi estatisticamente associado à autoavaliação da saúde e ao ex-tabagismo e que essas associações foram decorrentes apenas parcialmente da renda e da escolaridade. Entretanto, a associação entre status social subjetivo e tabagismo atual foi totalmente explicada por diferenças desses dois indicadores. Essa aparente contradição aponta para a complexidade da análise dos determinantes sociais na ocorrência de eventos de saúde e comportamentos relacionados à saúde. Cada indicador de características socioeconômicas consegue apreender alguns aspectos das iniquidades sociais. Assim, determinado indicador pode ser mais ou menos relevante para a ocorrência de dado evento relacionado à saúde. Esses resultados são interessantes por corroborarem a ideia de que não existe um indicador de características sociais que possa ser considerado completo. Além disso, evidenciam a necessidade de utilizar vários indicadores e índices para uma melhor compreensão do gradiente social em saúde.

Verificamos também que não houve diferenças significativas na magnitude das associações quando utilizados três diferentes grupos de referência para o status social subjetivo. Os grupos de referência são apontados como aspectos importantes para avaliações de status social. Entretanto, o papel desses grupos nas associações entre o status social subjetivo e a saúde ainda permanece controverso na literatura e parece variar entre populações e tipos de eventos de saúde analisados. Assim, mais estudos são necessários para esclarecerem melhor esse processo.

Com exceção da utilização da escala do trabalho para aferir o status social subjetivo, os resultados encontrados nesta dissertação não são inéditos na literatura internacional. Entretanto, são achados novos e relevantes no contexto brasileiro ao fornecerem dados empíricos sobre a importância do status social subjetivo como indicador de condições socioeconômicas. A coorte do ELSA-Brasil possui escolaridade e renda médias acima da população brasileira como um todo, sendo mais homogênea quanto às características socioeconômicas. Mesmo assim, conseguimos encontrar associações estatisticamente significantes. Com isso, há indícios de que

essas associações apresentarão uma magnitude superior quando considerada toda a esfera populacional brasileira. Assim, esta dissertação fornece resultados que justificam a realização de novos estudos que utilizem o status social subjetivo como indicador de características socioeconômicas na população brasileira.

Apesar da inegável importância do status social subjetivo, há ainda um grande debate sobre esse construto. Primeiramente, ainda não está totalmente esclarecido o que ele, de fato, captura, tendo em vista que ainda não foram elucidados os aspectos considerados pelos indivíduos para identificar sua posição na hierarquia social. Em segundo lugar, apesar de várias hipóteses que buscam esclarecer a conexão do status social subjetivo à saúde, fundamentadas na teoria psicossocial, os mecanismos responsáveis pela associação deste indicador à saúde ainda não são conhecidos.

Nossos achados reforçam também a importância do desenvolvimento de estudos longitudinais brasileiros que investiguem o status social subjetivo como exposição que antecede a ocorrência de eventos relacionados à saúde, a mudanças do estado de saúde e a mudanças de comportamentos. Esse tipo de estudo permitirá aprofundar o conhecimento sobre as relações encontradas, especialmente quanto à causalidade. Em breve, esse tipo de análise poderá ser realizada no ELSA – Brasil.

ANEXO 1

Aprovação do ELSA-Brasil na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Fls. nº 109
Rubrica f



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CARTA Nº 976 CONEP/CNS/MS

Brasília, 04 de agosto de 2006.

Senhora Coordenadora,

Tendo a CONEP recebido desse CEP o projeto de pesquisa "*Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA*" Registro CEP-HU/USP 659/06 - CAAE 0016.1.198.000-06, Registro Sipar MS: nº 25000.083729/2006-38, Registro CONEP nº 13065, verifica-se que:

Trata-se de protocolo a ser desenvolvido por consórcio vencedor da Chamada Pública DECIT/MS/FINEP/CNPq que foi constituído por sete instituições de ensino superior e pesquisa de seis estados, das regiões Nordeste (Universidade Federal da Bahia), Sudeste (FIOCRUZ/RJ, USP, UERJ, UFMG e UFES) e Sul (UFRS). Será um estudo de coorte de 15 mil funcionários de instituições públicas com idade igual ou superior a 35 anos. A coorte será acompanhada anualmente para verificação do estado geral e, a cada três anos, será chamada para avaliações mais detalhadas que incluem exames clínicos. Os sujeitos de pesquisa serão entrevistados por pessoas treinadas e certificadas e os exames serão realizados por profissionais de saúde. O estudo tem como objetivos principais: estimar a incidência do diabetes e das doenças cardiovasculares e estudar sua história natural; investigar associações entre fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e complicações decorrentes, buscando compor modelo causal que contemple suas inter-relações; descrever a evolução temporal desses fatores e os determinantes dessa evolução; identificar modificadores de efeito das associações observadas; identificar diferenciais nos padrões de risco entre os centros participantes que possam expressar variações regionais relacionadas a essas doenças no país. Dentre os objetivos secundários consta "*estocar material biológico, para estudos futuros com diversos tipos de marcadores relacionados à inflamação, coagulação, disfunção endotelial, resistência à insulina, obesidade central, estresse e fatores de risco tradicionais, bem como prover a extração de DNA para exames genéticos futuros*". De acordo com informação da pág. 11 do protocolo, item "coleta de sangue", as amostras de sangue serão estocadas para

Fls. nº 110
 Rubrica f

Cont. Carta CONEP nº 976/2006

exames adicionais e formação de banco de DNA. Haverá um laboratório central que fará as "determinações básicas do estudo em amostras encaminhadas pelos centros de investigação", as "determinações simples" serão feitas nos próprios laboratórios. O banco de material biológico está em fase de planejamento com local e coordenador a serem definidos.

Diante do exposto, embora nos objetivos do estudo verifica-se que haverá também pesquisa genética, pelas informações do protocolo tal pesquisa não será realizada no momento, não estando descrito ainda (nem no protocolo, nem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE) os procedimentos para tal. Portanto, nesse primeiro momento do estudo não se trata de projeto da área temática especial "genética humana" (Grupo I), conforme registrado na folha de rosto, mas sim, do grupo III. Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos do grupo III, conforme o fluxograma disponível no site : <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP. Não cabe, portanto, a referência a CONEP no 3º parágrafo da pág. 1 e no 6º parágrafo da pág.2 do TCLE. Evidenciamos, entretanto, que o armazenamento e utilização de materiais biológicos humanos no âmbito de projetos de pesquisa está regulamentado pela Resolução CNS 347/2005 e que o projeto em questão deve incluir as determinações dessa resolução. Quando for elaborado o protocolo para os estudos genéticos, deverá também ser cumprida a Resolução CNS 340/04 incluindo obtenção de TCLE específico. Em se tratando de pesquisa com funcionários de instituições públicas, cabe ressaltar o disposto no item IV.3 "b" da Res. 196/96.

Atenciosamente,



CORINA BONTEMPO DUCA DE FREITAS
 Secretária Executiva da
 COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

À Sua Senhoria

Sr(a) Maria Teresa Zulini da Costa
 Cordenadora Comitê de Ética em Pesquisas
 Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP
 Av. Profº Lineu Prestes, 2565
 Cidade Universitária São Paulo
 Cep:05.508-900

C/ cópia para os CEPs: UFBA, FIOCRUZ/RJ, UERJ, UFMG, UFES e UFRS



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda LIDYANE DO VALLE CAMELO

Aos sete dias do mês de outubro de dois mil e onze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu a mestranda **LIDYANE DO VALLE CAMELO** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **“ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO: POSIÇÃO SOCIAL SUBJETIVA, AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE E TABAGISMO”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Fernando Augusto Proietti – UFMG e Ada Ávila Assunção – UFMG. Participou da sessão como ouvintes, as professoras Sandhi Maria Barreto – UFMG e Luana Giatti Gonçalves – UFMG orientadora e coorientadora da dissertação. A sessão iniciou-se às 10:00 horas, na sala 828, 8º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou a aluna APTA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de outubro de 2011.

Profa. Sandhi Maria Barreto/orientadora – ouvinte

Profa. Luana Giatti Gonçalves/coorientadora – ouvinte

Prof. Fernando Augusto Proietti

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção /Coordenadora

Para uso da banca:

