

A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde

Hugo F.V. Cardoso

Departamento de Antropologia, Universidade de Coimbra, Portugal

Department of Anthropology McMaster University, Canada

hcardoso@antrop.uc.pt

Resumo As desigualdades socioeconómicas na doença e na saúde são o reflexo da organização social de qualquer sociedade. A investigação epidemiológica e antropológica actual na área da saúde considera o estatuto socioeconómico (ESE) como actuando para estratificar as populações humanas em grupos que expõem a saúde individual, ora aos riscos, ora aos benefícios que o ambiente físico e social proporciona. Nesta medida, vários investigadores têm desenvolvido medidas do ESE de modo a quantificar a influência relativa dos factores sociais do ambiente que afectam, positiva ou negativamente, a saúde humana. Esta quantificação tem sido conseguida através da utilização de indicadores que fornecem informação empírica acerca da posição relativa de um determinado indivíduo na hierarquia social. Neste trabalho discute-se o alcance e as principais limitações dos mais importantes indicadores do ESE, nomeadamente a ocupação profissional, o grau de instrução e o rendimento económico, no estudo de populações actuais e pretéritas. Conclui-se que cada indicador avalia componentes diferentes do ESE e, conseqüentemente, isso determinará a sua escolha, ficando dependente de vários factores, sendo que em períodos históricos ela estará fortemente condicionada à disponibilidade de dados. No final deste trabalho é apresentado um modelo teórico que pretende conceptualizar o conceito de ESE numa perspectiva mais global e multidimensional. No modelo, pretende-se estabelecer a ligação do ESE a mecanismos a jusante que determinam a susceptibilidade dos indivíduos à doença, e a mecanismos causais a montante que são responsáveis pela criação e manutenção da estrutura social de qualquer sociedade.

Palavras-chave Estatuto socioeconómico; saúde; doença; desigualdades sociais; história.

Abstract Socioeconomic inequalities in health and disease are a reflection of the social organization of any society. Socioeconomic status (SES) is seen as acting to

stratify human populations into groups that expose individual health to either positive or negative environments. Thus, health researchers have developed measures of SES in order to quantify relative social factors in the environment that affect human health and basically that is achieved by using indicators that provide empirical information about the relative position of an individual in the social hierarchy. Having discussed the scope and particular limitations of the main measures of SES (occupation, education and income) in the study of present and past populations, it is concluded that each indicator measures different components of SES and therefore, the choice of how to measure SES will remain open and dependent on a number of factors, especially availability of data with respect to historical research. Additionally, a model will be presented that wishes to conceptualise SES in a “downstream-upstream” perspective, by linking SES to more proximate mechanisms that affect people’s susceptibility to disease and to more distant causal pathways that are responsible for creating and maintaining the social structure in the society.

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

Introdução

Foi apenas depois da revolução industrial que as nações ocidentais, ditas desenvolvidas, testemunharam um declínio geral na mortalidade e uma alteração do contexto epidemiológico. Nos países industrializados, as infecções e a fome deixaram de ser as principais causas de mortalidade e morbidade e foram sendo substituídas, sobretudo, por doenças crônicas (Omran, 1971; Fabrega, 1981; Adler *et al.*, 1993). Estas alterações estão associadas à melhoria económica e material da vida humana depois da industrialização, e são atribuídas aos melhoramentos introduzidos na higiene, no saneamento, na utilização de água potável, aos maiores cuidados na preparação dos alimentos, na literacia e no progresso dos cuidados de saúde. Apesar deste declínio generalizado da mortalidade e da eliminação das doenças infecciosas e subnutrição como principais causas de morte, as disparidades na saúde entre os grupos sociais desses países não foram suprimidas (Syme e Berkman, 1976; Haines, 1995). De facto, diversos estudos que se têm debruçado sobre as influências socioeconómicas na saúde desde o século XIX, nos países desenvolvidos, têm demonstrado que (1) as desigualdades sociais na saúde têm persistido, ou mesmo aumentado, ao longo da redução geral da mortalidade e da transição epidemiológica; e

(2) a associação inversa entre o estatuto socioeconómico e a mortalidade ou morbidade é geral e extraordinariamente consistente entre nações (Marmot *et al.*, 1987; Townsend *et al.*, 1992; Feinstein, 1993; Fein, 1995). As evidências indicam que existe um gradiente socioeconómico na saúde, que se estende desde as classes mais baixas, passando pelas intermédias e acabando nas classes privilegiadas, e não apenas um limiar social que separa saúde e doença (Adler *et al.*, 1993; 1994; Adler e Ostrove, 1999).

Por outro lado, o declínio geral da mortalidade no mundo ocidental foi ainda acompanhado de um aumento da população em zonas urbanas. Nas últimas décadas, o contexto epidemiológico de muitos países em desenvolvimento também se tem alterado e nestes, o incremento da população nas cidades tem sido ainda mais dramático. Dado que as sociedades urbanas encerram as maiores desigualdades sociais e económicas (McMichael, 1999; Harphama e Molyneux, 2001), especialmente as de grandes dimensões geográficas e populacionais, a conclusão de que a associação inversa entre o estatuto socioeconómico e a mortalidade ou morbidade é geral e extraordinariamente consistente entre nações, revela-se de particular relevância para o mundo actual.

Neste contexto, a mensuração do estatuto socioeconómico encerra um potencial considerável, para examinar o modo como a organização social e material de uma sociedade afecta as desigualdades na saúde e na doença dos indivíduos, e o bem-estar geral da mesma sociedade. É por esta razão, que o estudo das disparidades socioeconómicas na saúde tem constituído um importante tema de investigação epidemiológica e antropológica actual na área da saúde (Marmot *et al.*, 1987). Na procura dos factores que influenciam a susceptibilidade geral à doença, as medidas socioeconómicas têm desempenhado um papel fundamental na documentação e na análise dos padrões temporais e espaciais da saúde, doença e bem-estar das populações humanas. Conhecendo a distribuição socioeconómica da doença e os factores que estão na base da sua distribuição diferencial, ela pode fornecer uma fonte única de informação para auxiliar o planeamento de políticas de saúde ao nível local, nacional ou mesmo internacional.

Este trabalho pretende discutir alguns problemas associados à conceptualização e mensuração/operacionalização do estatuto socioeconómico, no contexto da monitorização das desigualdades na saúde em populações contemporâneas, tanto actuais como históricas, com ênfase especial nas sociedades europeias ou ocidentais e urbanas industrializadas

ou pré-industrializadas. No que diz respeito às populações históricas, e dadas as limitações inerentes, este trabalho irá apenas debruçar-se num tipo de testemunho: o registo documental. Os vestígios arqueológicos podem fornecer outro tipo de informação sobre as populações históricas, mas devido à sua especificidade não foi considerado discuti-lo. A investigação contemporânea actual pode mensurar directamente os efeitos das desigualdades socioeconómicas na saúde, centrando-se, por exemplo, na mortalidade ou na morbilidade dos sobreviventes das diferentes classes sociais, dos quais se pode obter informação médica, sanitária e socioeconómica directamente através de diversos estudos transversais e longitudinais. Em investigações de carácter histórico, muito do que resta são os registos escritos e os investigadores estão limitados na sua capacidade para avaliar as consequências do ambiente social na saúde. Retrospectivamente, a qualidade da saúde em populações históricas só pode ser avaliada directamente através de dados de mortalidade, obtidos de registos paroquiais ou civis, e indirectamente através de dados históricos de estatura, sobretudo de origem militar. Além do mais, a investigação histórica está igualmente limitada no tipo de informação que pode recolher para mensurar o estatuto socioeconómico no passado.

Dado que a literatura sobre o assunto deste trabalho é vasta e diversa, tanto em formulações teóricas como em questões metodológicas, este cingir-se-á a problemas gerais na conceptualização e operacionalização do conceito de estatuto socioeconómico na investigação orientada para a saúde. Uma vez que o objectivo não é fazer a revisão exaustiva dos vários indicadores de estatuto socioeconómico, mas dos problemas na sua mensuração e dos diferentes níveis de análise, a discussão centrar-se-á em aspectos gerais dos principais e mais importantes indicadores. Numa tentativa de clarificar a conceptualização e operacionalização das medidas de estatuto socioeconómico, pretende-se ainda apresentar um modelo que procura captar e resumir as ligações que se podem estabelecer entre o estatuto socioeconómico e a saúde, tanto a montante como a jusante dessa complexa relação. Dada a perspectiva adoptada, este trabalho destina-se sobretudo aos estudantes de antropologia biológica (no mais amplo sentido da palavra) e de epidemiologia, tanto no que se refere à investigação actual como histórica, mas poderá também suscitar algum interesse da parte de cientistas sociais, geógrafos e historiadores.

Conceptualização

De modo a compreender melhor a relação entre as desigualdades socioeconómicas e a saúde, é necessário clarificar o significado de estatuto socioeconómico (ESE). Uma das primeiras dificuldades é a variedade de expressões empregues. Estatuto social, posição social, estatuto socioeconómico, estatuto ocupacional e classe social são, frequente e alternadamente, utilizados como sinónimos. Os três primeiros, que pretendem incorporar essencialmente o mesmo conceito, representam apenas variações de vocabulário. De entre estes, foi dada preferência a estatuto socioeconómico, pois é o termo de mais ampla e consistente utilização. Quanto a estatuto ocupacional e classe social, são expressões que incorporam conceitos ligeiramente diferentes do de ESE, mas que a ele estão relacionados. Por exemplo, o estatuto ocupacional materializa a mesma ideia subjacente a ESE mas está assente apenas no estatuto ou posição atribuída pela ocupação profissional (ver abaixo). O **estatuto socioeconómico** refere-se, assim, à posição ou ordem relativa de um *indivíduo* numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, que se exprimem no acesso diferencial a recursos e comodidades valorizadas. Por sua vez, **classe social** refere-se a um *grupo* de indivíduos numa sociedade que possui o mesmo estatuto socioeconómico, isto é, um grupo que partilha dos mesmos atributos sociais e económicos. Uma vez que os indivíduos estão ordenados com base em qualidades socioeconómicas, as classes não são simples categorias nominais, mas sim grupos dispostos numa ordem hierárquica que partilham de algum tipo de relações sociais e económicas. As classes sociais referem-se, assim, às divisões na sociedade que resultam do processo de estratificação social (Haug, 1977; Liberatos *et al.*, 1988). Neste contexto, medir o estatuto socioeconómico resulta da construção de um sistema que reúne informação empírica sobre os indivíduos e os classifica em diferentes categorias de modo a reflectir a estrutura de hierarquia social e as desigualdades socioeconómicas de qualquer sociedade (Duncan, 1961; Osborn e Morris, 1979; Mueller e Parcel, 1981; Blishen e Carroll, 1982; Nam e Terrie, 1982; Powers, 1982; Liberatos *et al.*, 1988; Townsend *et al.*, 1992).

Na investigação epidemiológica e antropológica orientada para a saúde, o ESE actua no sentido de estratificar as populações ou sociedades humanas em categorias que expõem a saúde dos indivíduos a ambientes negativos ou positivos, repartindo os mesmos em grupos que recebem do

ambiente onde vivem, ora os riscos, ora os benefícios que esse ambiente proporciona, respectivamente. Neste esquema de repartição de riscos e benefícios, as classes sociais mais elevadas estão associadas sobretudo aos ambientes que se saldaram como positivos (onde prevalecem os benefícios), enquanto as classes sociais mais baixas aos ambientes negativos (onde são os riscos ou as adversidades que predominam). De modo a quantificar os factores sociais e económicos do ambiente que afectam, positiva ou negativamente, a saúde humana, tem-se procurado desenvolver medidas do ESE. Estas constituem uma representação desses factores e do acesso diferencial dos indivíduos a recursos sociais e económicos fundamentais e valorizados, que têm impacto na saúde. Os indicadores do ESE tradicionais e mais importantes são três e informam sobre o grau de instrução, o nível dos rendimentos e a ocupação profissional (Nagi e Stockwell, 1973; Morgan, 1983; Liberatos *et al.*, 1988; Mechanic, 1989; Krieger *et al.*, 1997; Geyer e Peter, 2000; Daly *et al.*, 2002).

Considerando que as classes sociais e o ESE são construções humanas, o número e a designação específica das classes (proletariado, burguesia, etc.) e sua definição concreta, dependem do contexto espacial, temporal e da teorização sociológica, estando a sua discussão fora do objectivo deste trabalho. Dado que na investigação orientada para a saúde o ESE constitui uma variável essencialmente explanatória, dependerá das características de cada estudo individual a definição do número e significado de cada uma das classes ou estatutos considerados. A próxima secção poderá oferecer algumas orientações nessa matéria.

Operacionalização

Estatuto socioeconómico com base na ocupação profissional

Historicamente, a ocupação profissional tem sido considerada como o indicador mais fiável da posição relativa de um qualquer indivíduo na hierarquia social (Haug, 1977; Mueller e Parcel, 1981; Powers, 1982; Marmot *et al.*, 1987; Liberatos *et al.*, 1988). A utilização deste indicador, como medida do ESE em sociedades industrializadas, decorre fundamentalmente de a profissão estar definida em termos que derivam da revolução industrial, das classes profissionais que ela criou e das desigualdades sociais e da

estratificação social que dela resultaram (Reiss, 1961; Osborn e Morris, 1979; Morgan, 1983). A informação socioeconómica que a ocupação profissional fornece resulta sobretudo desta servir de base para uma escala salarial e de profissões distintas possuírem níveis diferentes de segurança e de estabilidade financeira; de a cada ocupação profissional ser conferida uma determinada autoridade e controle relativos sobre outros indivíduos e sobre os recursos, oferecendo níveis diferentes de satisfação pessoal e de tensão física e psicológica; e de diferentes graus de prestígio serem ainda atribuídos a ocupações distintas (Haan *et al.*, 1989; Townsend *et al.*, 1992). Além do mais, o estatuto ocupacional é ainda indicativo de factores de risco para a saúde concomitantes de determinadas profissões, como por exemplo a exposição a agentes tóxicos ou a riscos para a integridade física (Mechanic, 1989).

O primeiro e mais utilizado sistema de classificação socioeconómica baseado na ocupação profissional foi desenvolvido no Reino Unido pelo *British General Registrar* (Conk, 1978; Smith, 1987). Esta classificação é baseada numa categorização de profissões que divide a população em cinco classes sociais e tem sido utilizada há quase 100 anos para a apresentação de estatísticas vitais e da saúde no Reino Unido (Leete e Fox, 1977; Townsend *et al.*, 1992). Este esquema é construído com base em dois critérios distintos (Powers, 1982; Liberatos *et al.*, 1988; Krieger *et al.*, 1997). Num, a profissão é considerada como sinónimo de prestígio, e a informação que é utilizada para elaborar o esquema assenta na avaliação subjectiva que os indivíduos fazem das diferentes profissões. O outro critério, é mais objectivo e baseia-se no nível de formação que é necessário para exercer determinada profissão e no rendimento que a ela está associado. Apesar de esta e outras classificações profissionais (Conk, 1978; Giraldes, 1996) serem amplamente utilizadas, devido à sua facilidade de mensuração, elas tendem a partilhar do mesmo tipo de limitações e que se referem de seguida.

Um dos problemas com classificações socioeconómicas baseadas na posição relativa da ocupação profissional, é a de que poderão não captar disparidades em condições de vida e de trabalho ao longo de importantes divisões populacionais (Osborn e Morris, 1979; Adler *et al.*, 1993; Krieger *et al.*, 1997). Por exemplo, apenas os membros activos da população podem ser eficazmente classificados, excluindo deste modo as crianças e os adolescentes, os desempregados, os pensionistas ou os aposentados. Além do mais, as classificações assentes na ocupação profissional podem ter diferentes implicações sociais e económicas para homens e para mulheres (Osborn e

Morris, 1979; Moss e Krieger, 1995). Historicamente, quando as mulheres tiveram acesso mais generalizado ao mercado de trabalho, a prática comum de classificar as mulheres casadas de acordo com a profissão do marido tornou-se problemática, dado que este indicador deixou de ser fiável (Morgan, 1983). Ainda hoje, as desigualdades de género, que persistem no mercado de trabalho, vão obviamente influenciar diferencialmente a aplicação destas classificações aos homens e às mulheres. No caso das crianças, apesar de serem frequentemente classificadas de acordo com a ocupação profissional do pai (p. ex. Rona *et al.*, 1978), alguns autores consideram que é o nível de educação da mãe que tem o maior impacto na saúde infantil (Liberatos *et al.*, 1988), enquanto outros centram-se nas características do chefe de família ou no membro do casal que mais contribui para o rendimento familiar (Hauser, 1994).

Em documentos históricos, tal como registos paroquiais, civis ou censos populacionais, as medidas do ESE estão normalmente restringidas a profissões masculinas (Armstrong, 1972; Knodel, 1988; Spree, 1988). Esta limitação implica, frequentemente, que largos sectores da sociedade não possam ser classificados, nomeadamente as mulheres. Outro inconveniente em utilizar a ocupação profissional como indicador do ESE em períodos históricos, refere-se ao problema das modificações temporais do estatuto ocupacional e da designação das várias profissões. Estas variações derivam, inicialmente, do advento da classe trabalhadora industrial no final do século XIX e inícios do século XX (Conk, 1978) e, depois, com a terciarização das sociedades ocidentais. Alguns ofícios podem referir-se a profissões que deixaram de existir, as designações podem ser imprecisas, as categorias ocupacionais podem mudar de estatuto ao longo do tempo e pode ainda ser difícil de atribuir um ESE a actividades profissionais que já não se aplicam aos modernos sistemas de classificação. Alguns títulos ocupacionais podem encobrir importantes variações temporais na definição de profissões e ocultar ainda transformações nas economias local e regional, particularmente se estão em causa longos períodos de tempo (Armstrong, 1972; Thernstrom, 1973; Willigan e Lynch, 1982). Neste sentido, o estatuto ocupacional tenderá a encobrir importantes transformações socioeconómicas e, simultaneamente, os títulos atribuídos a determinadas profissões serão menos comparáveis com o passar do tempo. No entanto, apesar das limitações do registo histórico, os historiadores sociais também tendem a subscrever a ideia de que o mais importante indicador do ESE de um indivíduo em sociedades industrializadas

é a sua filiação num grupo particular de profissões ou ocupações (Armstrong, 1972; Knodel, 1988; Spree, 1988). Nas sociedades não industrializadas não existe a ocupação profissional tal como é entendida historicamente desde o advento da industrialização e, nestas, as divisões sociais estão normalmente restringidas a designações como nobreza, burguesia e povo (Vuorinen, 1991), ou ricos, remediados e pobres (Monteiro, 1996).

Dada a relação directa entre a ocupação profissional, o grau de instrução e o rendimento (entendido como salário, vencimento ou remuneração), estes dois últimos indicadores têm sido alternativamente utilizados para construir classificações socioeconómicas (Mueller e Parcel, 1981; Liberatos *et al.*, 1988; Krieger *et al.*, 1997). Enquanto o grau de instrução ou educação é considerado como um pré-requisito para exercer uma determinada profissão, o rendimento representa a compensação monetária que é conferida a cada ocupação profissional.

Estatuto socioeconómico com base no grau de instrução

Medidas de ESE baseadas na educação são populares e fáceis de recolher, podendo tomar várias formas. As mais comuns são a idade aquando da desistência dos estudos, o número de anos de escolaridade, o grau escolaridade/instrução ou simplesmente a literacia/iliteracia. Algumas das vantagens destes indicadores advêm do facto de poderem ser facilmente aplicados a indivíduos que não fazem parte da população activa, como sejam os desempregados, e são medidas mais estáveis ao longo da vida adulta do que a ocupação profissional ou o rendimento (Liberatos *et al.*, 1988; Krieger *et al.*, 1997). Por outro lado, o grau de educação pode estar muito dependente da distribuição etária da população alvo, devido a um efeito de cohortes na escolaridade (Liberatos *et al.*, 1988; Reijneveld e Gunning-Schepers, 1994). Isto é, normalmente o segmento adulto mais jovem da população tem uma maior proporção de indivíduos que completaram mais anos de escolaridade do que o segmento mais idoso, e assim uma população alvo ou uma amostra populacional mais envelhecida tenderá a ter um nível educacional menor do que uma mais jovem. Por outro lado, uma vez que a educação escolar é completada cedo na vida adulta, enquanto indicador do ESE, ela não incorpora acções de formação profissional no local de trabalho e outros investimentos de carreira feitos por indivíduos com a mesma escolaridade. O nível de educação não capta ainda a volatilidade do estatuto ocupacional

das sociedades urbanas durante a vida adulta, cujos efeitos na saúde estão comprovados (Daly *et al.*, 2002). Devido a todas estas condicionantes, uma escolaridade ou instrução elevada não conduz necessariamente a uma remuneração elevada ou a uma posição profissional também ela elevada. A utilização deste indicador como medida do ESE resulta fundamentalmente do facto de representar, por um lado, um veículo do tipo de conhecimentos que os indivíduos adquirem capaz de afectar o seu comportamento, influenciando estilos de vida e o tipo de redes sociais e, por outro, de constituir uma medida da capacidade de usar esses conhecimentos, de uma forma mais ou menos eficaz, de modo a confrontar e a tolerar situações sociais e económicas exigentes e potencialmente tensas ou stressantes que têm efeitos na saúde (Geyer e Peter, 2000). Por exemplo, a escolaridade parece estar associada com o conhecimento sobre as consequências para a saúde de uma dieta inadequada, de hábitos de tabagismo e alcoolismo e da falta de informação sobre a vacinação ou sobre outras medidas médicas preventivas, e de falta de monitorização da saúde individual ou familiar (Adler *et al.*, 1994; Mechanic, 1989).

Em períodos históricos, é extraordinariamente difícil medir o ESE com base no grau de escolaridade, simplesmente porque o baixo nível de instrução e a iliteracia eram muito comuns até aos inícios do século XX. Por outro lado, dado que a literacia era frequentemente um privilégio apenas das classes sociais mais elevadas, a simples capacidade de ler e escrever pode traduzir-se num indicador do ESE muito importante no passado. Por exemplo, os registos históricos de casamentos religiosos ou civis, que requeriam a assinatura dos noivos, caso estes o soubessem fazer, oferece uma importante fonte de informação socioeconómica (Sewell, 1982), que pode depois ser ligada, por exemplo, a dados de mortalidade, obtidos através de métodos histórico-demográficos de reconstituição de famílias, para examinar diferenças socioeconómicas na mortalidade prematura.

Estatuto socioeconómico com base no rendimento e na propriedade/riqueza

O rendimento ou remuneração como indicador do ESE é reconhecido como uma medida da recompensa monetária (ou da falta dela), associada à ocupação profissional ou trabalho de um indivíduo. Ele irá limitar directamente o acesso às condições materiais essenciais para satisfazer as

necessidades básicas da vida, fornece os instrumentos para controlar os meios de subsistência, como sejam uma nutrição adequada ou a habitação, e o recurso a serviços e assistência, nomeadamente de cuidados de saúde, determinando assim oportunidades para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis (Geyer e Peter, 2000). No entanto, devido à possibilidade de flutuações nas remunerações e/ou na economia, juntamente com outros factores como sejam o tamanho da família ou a qualidade dos serviços disponíveis, pode ser problemático obter dados sobre a remuneração (Krieger *et al.*, 1997). Além do mais, porque frequentemente as pessoas preferem não revelar dados concretos sobre os seus rendimentos ou falseiam-nos, a informação sobre este indicador pode ser de difícil acesso ou mesmo duvidosa, sendo muitas vezes considerada mais problemática de recolher do que a ocupação profissional ou a instrução (Hauser, 1994; Krieger *et al.*, 1997).

Em contraste com o rendimento ou remuneração, que consiste num fluxo de recursos ao longo de um determinado período de tempo, os bens e a propriedade/riqueza são indicadores que exprimem uma medida dos fundos de reserva económica de um indivíduo ou de uma família, num ponto específico no tempo. Apesar de o rendimento e a propriedade/riqueza estarem associados, estes indicadores representam conceitos distintos. A sua distinção deriva do facto de a remuneração representar uma recompensa monetária imediata, enquanto a propriedade ou riqueza resultam da acumulação de recursos (Daly *et al.*, 2002). Comparativamente à remuneração, a riqueza distingue-se como uma fonte de segurança económica, uma vez que indica a capacidade de um indivíduo ou família de enfrentarem situações adversas, nomeadamente de carácter económico, tal como uma crise grave de saúde ou o desemprego (Krieger *et al.*, 1997). O tipo de propriedade imobiliária, como seja a habitação própria ou arrendada, ou o género de bens mobiliários, como seja o tipo ou número de automóveis do agregado familiar, representam alguns dos elementos mais frequentemente incorporados em classificações socioeconómicas baseadas na propriedade ou na riqueza, e a informação sobre a sua posse e valor está menos condicionada a problemas de revelação.

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

para as classes mais baixas. Além de que, a probabilidade de quaisquer registos de rendimento ou propriedade sobreviverem até à actualidade, é muito maior para as classes sociais mais elevadas (Ackerman, 1991). Apesar destas limitações, é muitas vezes possível obter medidas directas e indirectas de rendimento no passado. Por exemplo, em períodos relativamente mais recentes, é frequente existirem fontes governamentais de salários mensais, semanais ou diários para cada profissão ou grupo de profissões (Haines, 1995) que fornecem medidas directas de rendimento. Outro exemplo de medidas directas é a informação sobre a propriedade familiar que se encontra disponibilizada em algumas fontes de registos civis (Burström *et al.*, 1998). Em Portugal, os róis das décimas de propriedade, que apresentam uma lista de casas e propriedades com o nome do titular e o valor da décima a cobrar, podem fornecer informações importantes na caracterização socioeconómica dos indivíduos e dos agregados. Esta informação socioeconómica pode depois ser ligada a dados de mortalidade obtidos de registos paroquiais.

A alternativa a indicadores directos é fornecida por informação indirecta. O investimento feito no dote (Morrison *et al.*, 1977) ou a dimensão de monumentos funerários em cemitérios (Smith *et al.*, 1992) constituem exemplos de fontes indirectas sobre a propriedade ou a riqueza. Nestes, foi demonstrada uma associação inversa entre a mortalidade de mulheres jovens e adolescentes, e o investimento da família no dote, e uma associação directa entre a esperança média de vida e a dimensão dos monumentos funerários. Um dote valioso é indicativo de jovens de estatuto socioeconómico mais elevado e, concomitantemente, de uma taxa de mortalidade mais baixa. No caso dos monumentos funerários, maiores monumentos são indicativos de estatuto elevado e, por conseguinte, de uma maior esperança de vida.

Estatuto socioeconómico ao nível geográfico

Para além dos indicadores do ESE serem mensurados ao nível do indivíduo, é muito frequente serem-no também ao nível de uma determinada área geográfica, assumindo a designação de indicadores de área. Entre os mais comuns encontram-se as medidas agregadas, que resultam do agrupamento de informação sobre vários indivíduos numa dada área geográfica, num só indicador, como seja o rendimento médio dos habitantes de uma determinada freguesia. Exemplos de outras variáveis agregadas incluem a proporção de indivíduos com curso superior, a percentagem de famílias abaixo do nível

de pobreza, o sobrepovoamento e a densidade populacional, a proporção de tipos de propriedade (casa arrendada *versus* casa própria) e o número de fogos sem casa de banho (Krieger *et al.*, 1997; Geronimus e Bound, 1998; Yen e Kaplan, 1999; Demissie *et al.*, 2000; Santana *et al.*, 2006). A utilização de informação agregada significa que cada indivíduo é classificado de acordo com as variáveis socioeconómicas da sua área de residência (o rendimento médio colectivo) e não de acordo com variáveis individuais (o rendimento individual). As medidas de área não agregadas não dependem de informação recolhida sobre os indivíduos, e fornecem informação sobre as condições de vida da população em cada uma das áreas consideradas. São exemplos, o grau de insalubridade ou o número de fontes de poluição ambiental de uma determinada área, e o tipo e a distribuição de serviços e comércio que essa área encerra, como seja o número de farmácias ou a distância a centros de saúde ou hospitais (Yen e Kaplan, 1999; Subramanian *et al.*, 2006).

Estas medidas de área baseiam-se sobretudo em variáveis espaciais, como seja o bairro, a freguesia, ou outras divisões territoriais que são normalmente elaboradas para os censos. Os dados da saúde recolhidos ao nível individual são posteriormente associados a atributos socioeconómicos recolhidos ao nível geográfico destas áreas, utilizando para tal informação sobre o local de residência, tal como a freguesia ou o código postal. Por exemplo, os riscos de mortalidade detectados em indivíduos que habitam bairros de baixa condição socioeconómica são, consideravelmente, mais elevados do que os detectados em indivíduos que habitam zonas de condição mais elevada, mesmo controlando para medidas individuais de ESE e de percepções de saúde (Yen e Kaplan, 1999).

Esta abordagem de área pode ser descrita como um meio de quantificar as características sociais e económicas do ambiente próximo em que determinado indivíduo habita e está baseada no pressuposto de que essas características são mais ou menos homogéneas dentro de uma determinada área geográfica. Em zonas urbanas, apesar de a população tender a ser espacialmente heterogénea em termos socioeconómicos, é possível identificar áreas de relativa homogeneidade, em particular no caso de zonas de exclusão social ou áreas de elevado prestígio social. No entanto, comparações socioeconómicas efectuadas ao nível do indivíduo, mas baseadas em classificações socioeconómicas de área, podem resultar naquilo que se chama de “falácia ecológica” (Liberatos *et al.*, 1988; Korff *et al.*, 1992; Demissie *et al.*, 2000; Pearce, 2000). Este erro pode resultar do facto de as cidades

serem frequentemente heterogêneas e de a classificação socioeconómica obtida de forma agregada não reflectir o real estatuto socioeconómico do indivíduo, particularmente quando as pessoas são comparadas entre si. No entanto, porque a saúde individual pode ser determinada por factores ao nível do indivíduo e factores ao nível da área de residência, a análise da associação entre características socioeconómicas de área e a saúde individual não resultam necessariamente numa falácia ecológica (Korff *et al.*, 1992; Demissie *et al.*, 2000; Pearce, 2000).

Apesar de existirem alguns problemas relacionados com a subestimação dos efeitos socioeconómicos mensurados ao nível de área, devido à frequente heterogeneidade das unidades de área em análise, um dos seus grandes potenciais é o de oferecer uma medida estável do estatuto socioeconómico, através de divisões populacionais como a idade, o sexo ou a etnia (Krieger *et al.*, 1997). A sua maior vantagem reside ainda na sua relativa facilidade de recolha e baixo custo económico, quando comparado com o das medidas individuais, porque são frequentemente disponibilizadas por organismos governamentais que as obtêm para os censos ou outros inquéritos oficiais (Liberatos *et al.*, 1988; Reading *et al.*, 1990; Demissie *et al.*, 2000; Santana, 2005).

Estatuto socioeconómico com base em índices socioeconómicos

Um aspecto fundamental na mensuração do ESE é se este representa uma conceptualização unitária, onde todos os indicadores medem o mesmo conceito, ou se as diferentes medidas são distintas, mas relacionadas entre si, formando componentes distintas de uma concepção múltipla do ESE. Se o ESE for definido em termos multidimensionais, alguns autores consideram que deverá combinar informação fornecida pela ocupação profissional, pelo grau de educação e pelo rendimento (Duncan, 1961; Stockwell, 1963; Powers, 1982; Liberatos *et al.*, 1988; Krieger *et al.*, 1997). Os índices socioeconómicos que combinam múltiplos indicadores, como seja o índice de Duncan (1961), foram desenvolvidos para fornecer essa informação multidimensional. No entanto, a utilização desses índices enfrenta algumas dificuldades. Por um lado, a elevada correlação entre os vários indicadores levanta dúvidas quanto à vantagem dos índices relativamente aos indicadores, quando estes são considerados individualmente. Por outro lado, as opiniões quanto ao peso diferencial que se deve atribuir a cada indicador variam muito

de investigador para investigador. Além do mais, o uso de índices não oferece a oportunidade de avaliar o poder explanatório dos vários indicadores que o compõem (Mueller e Parcel, 1981). De facto, a combinação da informação fornecida por vários índices pode mascarar diferenças significativas na relação entre os vários componentes do ESE e diversas enfermidades e o estado geral de saúde. Por exemplo, vários estudos sugerem que o efeito económico do rendimento no risco de mortalidade geral se sobrepõe aos efeitos de outros indicadores do ESE (Reijneveld e Gunning-Schepers, 1994; Geyer e Peter, 2000). Noutro exemplo, as doenças cardiovasculares foram a causa de morte mais fortemente associada com o grau de instrução, enquanto as doenças não relacionadas com enfermidades cardiovasculares e o cancro foram as causas mais fortemente associadas com a ocupação profissional (Smith *et al.*, 1998). Esta diferença nas causas de morte associadas a indicadores de ESE distintos pode derivar do facto da educação fornecer informação apenas numa fase mais precoce da vida, quando os indivíduos são adultos jovens, enquanto a ocupação profissional o faz para mais tarde na vida adulta. Estes exemplos sugerem que a magnitude das desigualdades socioeconómicas detectadas em qualquer estudo pode depender da escolha que se faz do indicador do ESE. Apesar dos três principais indicadores individuais (a ocupação profissional, o grau de instrução e o rendimento) estarem estatisticamente associados, muitos investigadores partilham a ideia de que a força da associação não é suficiente para garantir que todos partilham do mesmo conteúdo e significado empírico (Mueller e Parcel, 1981; Mechanic, 1989; Smith *et al.*, 1998; Geyer e Peter, 2000).

Relações causais entre o estatuto socioeconómico e a saúde

De modo a compreender de que modo o ESE determina o estado de saúde é essencial definir caminhos causais entre o ESE e a saúde que operam desde factores sociais e económicos a montante, a factores individuais a jusante. Nesta medida, para melhor compreender quais os princípios que podem explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde, é importante olhar para lá dos indicadores empíricos do ESE. Apesar de a revisão aqui apresentada não ser exaustiva e constituir uma simplificação, ela procurará fornecer o contexto para um modelo que as pretende representar (Figura 1).

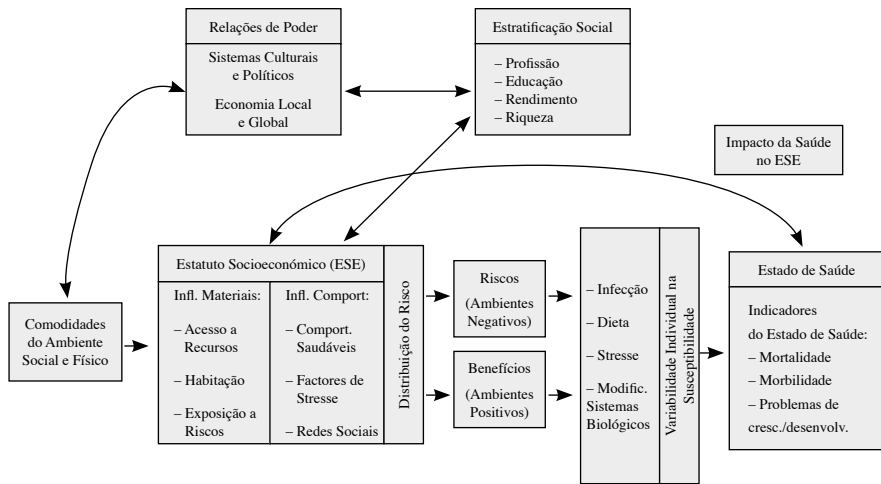


Figura 1. Modelo conceptual que ilustra a associação entre o estatuto socioeconómico e a saúde, os seus factores mediadores e as relações que se estabelecem tanto a montante como a jusante.

A utilização dos indicadores de ESE para identificar desigualdades na saúde baseia-se no pressuposto de que, os determinantes ou causas sociais e económicos operam através de mecanismos básicos que afectam a saúde e são comuns a todas as enfermidades. No modelo aqui apresentado, a exposição a condições físicas e psicológicas adversas ou benéficas é considerada como o factor mediador chave entre o ESE e as desigualdades na saúde (Carroll *et al.*, 1996; Stronks *et al.*, 1998). A exposição diferencial a estas condições traduz-se depois em riscos ou benefícios para o estado de saúde individual, que são mediados por processos como a infecção, a dieta, o stresse psicológico e diversas alterações nos sistemas biológicos (alterações no metabolismo, regulação hormonal, etc.). No modelo, os mecanismos que estão na base desta exposição diferencial foram separados em duas categorias genéricas, denominadas de influências estruturais (condições físicas) e comportamentais (condições psicológicas). As influências estruturais realçam as condições e os mecanismos materiais e económicos que podem expor os indivíduos a riscos ou benefícios ambientais, como explicação dos padrões de saúde e bem-estar. São exemplos de influências estruturais o acesso a recursos materiais, as condições de habitabilidade e de vida. As influências comportamentais, por outro lado, acentuam o papel das condições e mecanismos sociais e padrões de comportamento individual, tais como

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

A influência dos mecanismos estruturais e comportamentais sobre a distribuição do risco e depois sobre o estado de saúde, pode ser atribuída directa ou indirectamente ao ESE. Por exemplo, o rendimento influencia directamente a capacidade individual de aceder a recursos fundamentais, como sejam a alimentação e nutrientes de qualidade ou a água potável, os cuidados de saúde primários e os medicamentos, ou até mesmo as actividades de lazer e recreativas (Mechanic, 1989; Townsend *et al.*, 1992). Para além das relações entre o ESE e a saúde que se podem estabelecer ao nível individual, pode-se ainda acrescentar o nível ambiental. Por exemplo, o baixo ESE está frequentemente associado a um número de condições ambientais que contribuem para sobrecarregar as condições de vida individuais já por si deprimidas, como sejam o sobrepovoamento, a violência e o crime, a poluição ou a discriminação social (Mechanic, 1989; Adler e Ostrove, 1999; Baum *et al.*, 1999; Santana, 2005).

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

O modelo aqui apresentado assume que a posição socioeconómica determina o estado de saúde. Uma interpretação alternativa poderia ser a de que é a saúde que determina o ESE. Esta condição pode verificar-se se os indivíduos menos saudáveis tiverem maior probabilidade de apresentar uma mobilidade social descendente, ou tiverem menor probabilidade de ascender socialmente. Apesar de, em teoria, esta mobilidade social diferencial poder explicar as diferenças socioeconómicas na mortalidade e na morbilidade populacionais, a maioria dos autores concorda que este fenómeno, na realidade, não contribui significativamente para explicar a associação entre o ESE e a saúde (Marmot *et al.*, 1987; Haan *et al.*, 1989; Townsend *et al.*,

1992; Carroll *et al.*, 1996; Stronks *et al.*, 1998). Estes autores defendem a ideia de que é o estado de saúde que tem um importante impacto no ESE e, por conseguinte, na estrutura social da própria população. Por exemplo, são as condições socioeconómicas empobrecidas durante os primeiros anos de vida que condicionam frequentemente as hipóteses de vida e depois a saúde adulta (Marmot *et al.*, 1987; Haan *et al.*, 1989). A saúde pobre pode depois provocar uma descida adicional do estatuto socioeconómico que, por sua vez, deprime ainda mais o estado de saúde, promovendo uma espiral de desigualdade, desfavorecimento e fatalidade que facilita o caminho para a pobreza extrema, contribuindo assim para o aumento das disparidades socioeconómicas. Esta espiral pode estar reduzida à vida do indivíduo mas, frequentemente, é transmitida às gerações seguintes, promovendo assim um ciclo intergeracional de miséria, doença e saúde pobre.

Discussão e conclusões

Nesta revisão, o ESE foi definido como um conceito que pretende incorporar os efeitos combinados da desigualdade e da estratificação social, para depois avaliar o impacto da estrutura das sociedades humanas na saúde dos indivíduos ou das comunidades, sejam elas actuais ou pretéritas. No entanto, os indicadores do ESE apenas parecem incorporar este conceito de uma forma parcial e incompleta. Apesar de existir uma associação muito forte entre os vários indicadores, provavelmente nenhum deles deve ser considerado suficiente para captar diferenças de ESE entre indivíduos e entre grupos. Além do mais, algumas doenças e enfermidades não estão associadas com todos os indicadores de igual modo e existem ainda os determinantes ambientais da saúde, que se podem revelar factores poderosos ao nível supra-individual. Neste contexto, e sempre que possível, não só seria interessante, como provavelmente fundamental, examinar como os diferentes indicadores ao nível agregado, de área e individual actuam conjuntamente para influenciar o estado de saúde e qual o contributo relativo de cada um deles para explicar os riscos de saúde, doença, morbidade ou mortalidade (Dutton e Levine, 1989; Mechanic, 1989; Geyer e Peter, 2000).

Em perspectiva, a escolha de como medir o ESE parece permanecer largamente em aberto. Essa escolha irá depender do tipo de informação disponível ou de como será obtida, da unidade ou nível de análise, da

população alvo ou da hipótese que está a ser examinada. Isto verifica-se em particular nos estudos históricos, onde os dados são significativamente mais limitados. Enquanto nestes os indicadores do ESE são operacionalizados muitas vezes em função de informação e dados disponíveis, nas populações contemporâneas existe normalmente uma teorização implícita ou explícita sobre qual dos indicadores melhor representa o ESE, ou quais os efeitos das diferentes dimensões do ESE que o investigador deseja captar.

Um aspecto importante do modelo apresentado, e que não foi previamente discutido, é a necessidade de considerar, não só os mecanismos causais próximos da associação entre ESE e saúde, mas também o ambiente social a montante de uma perspectiva dinâmica e multidimensional. Neste contexto, é de importância fundamental compreender e avaliar de que modo o ESE medeia a relação entre as causas, a jusante (tal como a exposição a agentes infecciosos ou o acesso a uma dieta adequada) e a montante (como sejam as do contexto político e económico e a sua evolução espaço-temporal). Sem estabelecer a ligação entre as causas a jusante e a montante da doença, a classificação de indivíduos em classes sociais não terá beneficiado de todo o seu potencial explanatório sobre os estados de saúde e doença. Assim, a classificação de indivíduos em classes sociais, talvez não devesse ser um fim em si mesmo. De acordo com Thomas (1998; Smith e Thomas, 1998), examinar as desigualdades socioeconómicas na saúde e bem-estar é apenas o primeiro passo na compreensão do estado de saúde das classes mais desfavorecidas e o antropólogo deverá sentir-se compelido a confrontar a dinâmica social que jaz subjacente à classificação socioeconómica.

Se, por um lado, as relações sociais através das quais alguns membros da sociedade exercem poder sobre outros, estruturam o sistema de estratificação socioeconómica, por outro, as instituições políticas e económicas criam, impõem e perpetuam as desigualdades sociais originadas por esse sistema. Deste modo, o estudo dos agrupamentos socioeconómicos não deveria ignorar as dimensões históricas, políticas e económicas que ocorrem a montante e que são responsáveis pela formação e manutenção das classes sociais (Goodman e Leatherman, 1998; Kaplan, 1999; Krieger, 2001). As desigualdades socioeconómicas na saúde só poderão ser inteiramente compreendidas se a causalidade for estendida aos processos político-económicos, tais como as políticas de estado no que diz respeito, por exemplo, a acordos de comércio, a leis de trabalho e ambiente e a despesas em sistemas de apoio social. Causalidade estendida também a opções estratégicas e a aspectos

organizativos das empresas, como por exemplo a condições de segurança e higiene no trabalho e a tabelas salariais inadequadas, que dão prioridade à acumulação de capital em detrimento da saúde e do bem-estar. E, finalmente, estabelecer ligações a contingências histórico-políticas, como sejam o sistema ideológico dominante ou a existência de regimes totalitários, e a aspectos locais e globais da economia, tais como privatizações do sistema de saúde.

As desigualdades sociais na saúde constituem um importante desafio para as políticas sanitárias e de desenvolvimento no mundo inteiro e um espelho das consequências da estratificação social nas sociedades modernas e históricas, particularmente no que se refere às classes pobres e desfavorecidas. Procurar a relação entre os determinantes socioeconómicos da saúde e as causas a jusante e a montante, fornece aos decisores políticos informação fundamental sobre quais as estratégias políticas, económicas, sociais e médicas a adoptar para minimizar as desigualdades na saúde e, por último, as próprias desigualdades sociais. Os estudos históricos podem aqui oferecer um contributo importante. Se por um lado, estes permitem alargar o nosso conhecimento sobre a história e o modo como o passado condicionou o presente, por outro lado, permitem utilizar esse conhecimento de maneira preditiva, ao informar sobre possíveis cenários futuros que podem derivar do contexto actual, em particular, se no presente forem replicadas, por contingências históricas, as condições políticas, sociais e económicas do passado. Este aspecto ajudará não só a estabelecer a ligação entre os estudos históricos e as preocupações das populações actuais, mas também contribuirá para planear e delinear políticas e programas de saúde de uma forma mais eficaz, tanto em termos sociais como económicos.

Estabelecer a ligação entre os mecanismos a montante e a jusante que determinam as desigualdades sociais na saúde representa, contudo, um esforço muito elevado para ultrapassar o fosso que se tem criado entre as perspectivas médica/biológica e a política-económica/social da saúde e da antropologia, e traduz-se ainda numa missão gigantesca e esmagadora para ser levada a cabo por um só investigador ou disciplina. Em alternativa, será preciso estabelecer uma colaboração multidisciplinar que traga para este assunto, diversos especialistas de várias áreas que, em conjunto, forneçam uma perspectiva mais completa e abrangente das desigualdades sociais na saúde, tanto pretérita como presente.

Agradecimentos

Este trabalho beneficiou bastante dos comentários prestados pela Dra. Cristina Padez, pelos três revisores e pelo conselho editorial da *Antropologia Portuguesa*, pela Susana Garcia e ainda das correcções editoriais da Ana Maria Antunes. A elaboração deste trabalho foi apoiada financeiramente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref. SFRH/BPD/22142/2005).

Bibliografia

- Ackerman, R. G. 1991. Economic means index: a measure of social status in the Chesapeake, 1690-1815. *Historical Archaeology*, 25(1): 26-36.
- Adler, N. E.; Boyce, W. T.; Chesney, M. A.; Folkman, S.; Syme, S. L. 1993. Socio-economic inequalities in health: no easy solution. *Journal of the American Medical Association*, 269(24): 3140-3145.
- Adler, N. E.; Boyce, T.; Chesney, M. A.; Cohen, S.; Folkman, S.; Kahn, R. L.; Syme, L. 1994. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1): 15-24.
- Adler, N. E.; Ostrove, J. M. 1999. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 3-15.
- Armstrong, W. A. 1972. The use of information about occupation. In: Wrigley, E. A. (ed.). *Nineteenth-century society: essays in the use of quantitative methods for the study of social data*. Cambridge, Cambridge University Press: 191-310.
- Baum, A.; Garofalo, J. P.; Yali, A. M. 1999. Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 3-15.
- Blishen, B. R.; Carroll, W. K. 1982. Socioeconomic measures from Canadian census data. In: Powers, M. G. (ed.). *Measures of socioeconomic status: current issues*. Boulder, Westview Press Inc.: 43-54.
- Burström, B.; Diderichsen, F.; Bernhardt, E.; Smedman, L. 1998. Use of historical register in social epidemiology: child mortality in Stockholm at the turn of the 19th century. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(3): 166-171.
- Carroll, D.; Smith, G.; Bennett, P. 1996. Some observations on health and socio-economic status. *Journal of Health Psychology*, 1(1): 23-39.

- Conk, M. A. 1978. Occupational classification in the United States Census: 1870-1940. *Journal of Interdisciplinary History*, 9(1): 111-130.
- Daly, M. C.; Duncan, G. J.; Donough, P.; Williams, D. 2002. *Optimal indicators of socio-economic status for health research*. <http://www.frbsf.org/econsrch/workingp/wp99-03.pdf>.
- Demissie, K.; Hanley, J. A.; Menzies, D.; Joseph, L.; Ernst, P. 2000. Agreement in measuring socio-economic status: area-based versus individual measures. *Chronic Diseases in Canada* 21. http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic211/cd211a_e.html.
- Duncan, O. D. 1961. A socioeconomic index for all occupations. In: Reiss, Jr. A. J. (ed.). *Occupations and social status*. New York, The Free Press of Glencoe Inc.: 109-138.
- Dutton, D. B.; Levine, S. 1989. Socioeconomic status and health: overview, methodological critique and reformulation. In: Bunker, J. P.; Gomby, D. S.; Kehrer, B. H. (eds.). *Pathways to health: the role of social factors*. Menlo Park, The Henry J. Kaiser Family Foundation: 29-69.
- Fabrega Jr., H. 1981. Culture, biology and the study of disease. In: Rothschild, H. (ed.). *Biocultural aspects of disease*. Orlando, Academic Press Inc.: 53-94.
- Fein, O. 1995. The influence of social class on health status: American and British research on health inequalities. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10): 577-586.
- Feinstein, J. S. 1993. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 71(2): 279-322.
- Geronimus, A. T.; Bound, J. 1998. Use of census-based aggregate variables to proxy socioeconomic group: evidence from national samples. *American Journal of Epidemiology*, 148(5): 475-486.
- Geyer, S.; Peter, R. 2000. Income, occupational position, qualification and health inequalities – competing risks? (comparing indicators of social status). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4): 299-305.
- Giraldes, M. R. 1996. *Desigualdades socioeconómicas e seu impacte na saúde*. Lisboa, Editorial Estampa.
- Goodman, A. H.; Leatherman, T. L. 1998. Traversing the chasm between biology and culture: an introduction. In: Goodman, A. H.; Leatherman, T. L. (eds.). *Building a new biocultural synthesis: political-economic perspectives on human biology*. Ann Arbor, The University of Michigan Press: 3-41.
- Haan, M. N.; Kaplan, G. A.; Syme, S. L. 1989. Socioeconomic status and health: old observations and new thoughts. In: Bunker, J. P.; Gomby, D. S.; Kehrer,

- B. H. (eds.). *Pathways to health: the role of social factors*. Menlo Park, The Henry J. Kaiser Family Foundation: 76-135.
- Haines, M. R. 1995. Socio-economic differentials in infant and child mortality during mortality decline: England and Wales, 1890-1911. *Population Studies*, 49(2): 297-315.
- Harphama, T.; Molyneuxb, C. 2001. Urban health in developing countries: a review. *Progress in Development Studies*, 1(2): 113-137.
- Haug, M. R. 1977. Measurement in social stratification. *Annual Review of Sociology*, 3: 51-77.
- Hauser, R. H. 1994. Measuring socioeconomic status in studies of child development. *Child Development*, 65(6): 1541-1545.
- Kaplan, G. A. 1999. What is the role of the social environment in understanding inequalities in health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 116-119.
- Knodel, J. E. 1988. *Demographic behavior in the past: a study of fourteen German village populations in the eighteenth and nineteenth centuries*. New York, Cambridge University Press.
- Korff, M.; Koepsell, T.; Curry, S.; Diehr, P. 1992. Multi-level analysis in epidemiologic research on health behaviors and outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 135(10): 1077-1082.
- Krieger, N. 2001. Theories of social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4): 668-677.
- Krieger, N.; Williams, D. R.; Moss, N. E. 1997. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18: 341-378.
- Leete, R.; Fox, J. 1977. Registrar general's social classes: origins and uses. *Population Trends*, 8(1): 1-7.
- Liberatos, P.; Link, B. G.; Kelsey, J. L. 1988. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10: 87-121.
- Marmot, M. G.; Kogevinas, M.; Elston, M. A. 1987. Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8: 111-135.
- McMichael, A. J. 1999. Urbanisation and urbanism in industrialised countries. In: Schell, L. M.; Ulijaszek, S. J. (eds.). *Urbanism, health and human biology in industrialized countries*. Cambridge, Cambridge University Press: 21-45.
- Mechanic, D. 1989. Socioeconomic status and health: an examination of underlying processes. In: Bunker, J. P.; Gomby, D. S.; Kehrer, B. H. (eds.). *Pathways to*

- health: the role of social factors*. Menlo Park, The Henry J. Kaiser Family Foundation: 9-26.
- Monteiro, M. 1996. Migrantes e emigrantes de Fafe (1834-1926): territórios, estrutura social e itinerários. In: *1.ª Jornadas de história local*. Fafe, Câmara Municipal de Fafe: http://www.museu-emigrantes.org/Fafe_1as_jornadas_de_historia.pdf.
- Morgan, M. 1983. Measuring social inequality: occupational classifications and their alternatives. *Community Medicine*, 5(2): 116-124.
- Morrison, A. S.; Kirshner, J.; Molho, A. 1977. Life cycle events in 15th century Florence: records of the Monte Delle Doti. *American Journal of Epidemiology*, 106(6): 487-492.
- Moss, N.; Krieger, N. 1995. Measuring social inequalities in health. *Public Health Reports*, 110(3): 302-305.
- Mueller, C. W.; Parcel, T. L. 1981. Measures of socioeconomic status: alternatives and recommendations. *Child Development*, 52: 13-30.
- Nagi, M. H.; Stockwell, E. G. 1973. Socioeconomic differentials in mortality by cause of death. *Health Services Report*, 88(5): 449-465.
- Nam, C. B.; Terrie, E. W. 1982. Measurement of socioeconomic status from United States census data. In: Powers, M. G. (ed.). *Measures of socioeconomic status: current issues*. Boulder, Westview Press Inc.: 29-42.
- Omran, A. R. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*, 49(4): 509-538.
- Osborn, A. F.; Morris, T. C. 1979. The rationale for a composite index of social class and its evaluation. *British Journal of Sociology*, 30(1): 39-60.
- Pearce, N. 2000. The ecological fallacy strikes back. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(5): 326-327.
- Powers, M. G. 1982. Measures of socioeconomic status: an introduction. In: Powers, M. G. (ed.). *Measures of socioeconomic status: current issues*. Boulder, Westview Press Inc.: 1-28.
- Reading, R. F.; Openshaw, S.; Jarvis, S. N. 1990. Measuring child health inequalities using aggregations of enumeration districts. *Journal of Public Health Medicine*, 12(3-4): 160-167.
- Reijneveld, S. A.; Gunning-Schepers, L. J. 1994. Age, socioeconomic status, and mortality at the aggregate level. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(2): 146-150.
- Reiss Jr., A. J. 1961. *Occupations and social status*. New York, The Free Press of Glencoe Inc.

- Rona, R. J.; Swan, A. V.; Altman, D. G. 1978. Social factors and height of primary schoolchildren in England and Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(3): 147-154.
- Santana, P. 2005. *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra, Almedina.
- Santana, P.; Nogueira, H.; Santos, R. 2006. O papel do ambiente físico e social na construção de comunidades saudáveis. Ensaio metodológico aplicado à Amadora. *Revista Engenharia Civil*, 27: 17-27.
- Sewell Jr., W. H. 1982. Occupational status in nineteenth-century French urban society. In: Hauser, R. M.; Mechanic, D.; Haller, A. O.; Hauser, T. S. (eds.). *Social structure and behavior: essays in honor of William Hamilton Sewell*. New York, Academic Press: 183-201.
- Smith, A. 1987. Social factors and disease: the medical perspective. *British Medical Journal*, 294 (6576): 881-883.
- Smith, G. D.; Carroll, D.; Rankin, S.; Rowan, D. 1992. Socioeconomic differentials in mortality: evidence from Glasgow graveyards. *British Medical Journal*, 305(6868): 1554-1557.
- Smith, G. A.; Thomas, R. B. 1998. What could be: biocultural anthropology for the next generation. In: Goodman, A. H.; Leatherman, T. L. (eds.). *Building a new biocultural synthesis: political-economic perspectives on human biology*. Ann Arbor, The University of Michigan Press: 43-74.
- Smith, G. D.; Hart, C.; Hole, D.; MacKinnon, P.; Gillis, C.; Watt, G.; Blane, D.; Hawthorne, V. 1998. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(3): 153-160.
- Spree, R. 1988. *Health and social class in imperial Germany: a social history of mortality, morbidity and inequality*. Oxford, Berg Publishers Ltd.
- Stockwell, E. G. 1963. A critical examination of the relationship between socioeconomic status and mortality. *American Journal of Public Health*, 53(6): 956-964.
- Stronks, K.; van de Mheen, H. D.; Mackenbach, J. P. 1998. A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(9): 548-557.
- Subramanian, S. V.; Kubzansky, L.; Berkman, L.; Fay, M.; Kawachi, I. 2006. Neighborhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments.

- The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61: S153-S160.
- Syme, S. L.; Berkman, L. F. 1976. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104(1): 1-8.
- Thernstrom, S. 1973. *The other Bostonians: poverty and progress in the American metropolis 1880-1970*. Cambridge, Harvard University Press.
- Thomas, R. B. 1998. The evolution of human adaptability paradigms: toward a biology of poverty. In: Goodman, A. H.; Leatherman, T. L. (eds.). *Building a new biocultural synthesis: political-economic perspectives on human biology*. Ann Arbor, The University of Michigan Press: 43-74.
- Townsend, P.; Davidson, N.; Whitehead, M. 1992. *Inequalities in health: the black report and health divide*. London, Penguin Books.
- Vuorinen, S. H. 1991. Social variation in infant mortality in a core city of Finland during the 19th and early 20th centuries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19(4): 248-255
- Willigan, J. D.; Lynch, K. A. 1982. *Sources and methods of historical demography*. New York, Academic Press.
- Yen, I. H.; Kaplan, G. A. 1999. Neighborhood social environment and risk of death: multilevel evidence from the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology*, 149(10): 898-907.

Artigo recebido a 20 de Novembro de 2006 e aceite a 1 de Junho de 2007.