

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Mobilidade social e saúde: uma análise do survey ‘Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD)’, Brasil, 2008”

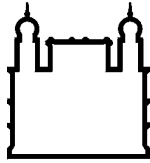
por

Luisa Sorio Flor

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Alberto Lopes Najar
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Campos*

Rio de Janeiro, março de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Mobilidade social e saúde: uma análise do survey ‘Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD)’, Brasil, 2008”

apresentada por

Luisa Sorio Flor

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Josué Laguardia

Prof.^a Dr.^a Joyce Mendes de Andrade Schramm

Prof. Dr. Alberto Lopes Najjar – Orientador principal

**À minha sempre
amada vovó Lelé.**

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me iluminar e me fortalecer em todos os momentos dessa conquista.

À Mamãe e meu quase pai Marquinhos, minha imensa gratidão por todos os suportes afetivos e materiais que me ajudaram a sustentar minhas escolhas profissionais, principalmente esta de fazer Mestrado em terras distantes. Foram conselhos e incentivos que nunca serão esquecidos.

Ao Papai pelo conforto de suas palavras, pelo apoio e pelo orgulho que não deixou de demonstrar nem ao menos por um segundo, mesmo com a distância.

Aos meus amados irmãos, Francisco e Gabriel, pela amizade e pelo carinho.

Ao meu amigo-irmão Anderson, por desde os primeiros dias dessa longa jornada, ter tornado tudo mais fácil com sua presença constante.

À Renata, por tudo.

Ao meu fiel companheiro de todas as horas, Ozzy.

À tia Rita pelo exemplo e pelos conselhos.

Aos meus novos amigos (quase) cariocas e aos colegas do mestrado, vocês tornaram o caminho incrivelmente bonito. Um agradecimento especial ao Max, por enfrentar comigo todos os dilemas desde antes do início disso tudo.

Ao meu orientador Prof^o. Dr^o Alberto Najjar, pela oportunidade.

À minha orientadora e amiga, Mônica Rodrigues Campos pelo apoio incondicional, pela paciência, dedicação e sabedoria reveladas na condução desse trabalho.

Ao Prof^o. Dr^o Josué Laguardia e à Prof^a. Dr^a. Joyce Mendes de Andrade Schramm, pela atenção e gentileza de terem participado como avaliadores desse trabalho e pela rica contribuição nas correções.

À todos os docentes e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública que contribuíram direta ou indiretamente para a construção desse trabalho.

RESUMO

A tradução das desigualdades sociais em termos de disparidades de saúde faz da Saúde Pública e da Epidemiologia um campo interessante para o estudo dessas relações especialmente em um país tão desigual como o Brasil. Hoje é possível compreender de forma um pouco mais clara os mecanismos pelos quais aspectos sociais e condições de saúde se relacionam, principalmente no que tange as associações existentes a posição social e a saúde. Embora estudos apresentem, em sua maioria, a saúde como resultante da inserção econômica e social dos indivíduos, acredita-se que a saúde pode ser considerada um fator determinante das oportunidades sociais alcançadas, principalmente no que diz respeito às oportunidades ocupacionais. **Objetivo:** Conhecer a magnitude das associações simultâneas que as condições sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida exercem nas chances de mobilidade social inter e intrageracional de uma amostra probabilística de domicílios no Brasil em 2008, a qual foi utilizada na “Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades”. **Metodologia:** O survey deu origem a um banco de dados composto por 12.423 brasileiros, chefes de família e cônjuges, o qual foi analisado nessa pesquisa. A mobilidade social, variável de desfecho, foi determinada pela transição entre os grupos ocupacionais, os quais foram definidos através da escala de Ganzeboom, dando origem a cinco grupos hierárquicos de ocupação. Características sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida, mensurada através do SF-36, foram associadas à mobilidade social através de regressão logística, modelo stepwise, no programa SPSS. **Resultados:** Resultados apontaram para uma mobilidade social no Brasil ainda marcada pela curta distância e pelas desigualdades de oportunidades de ascensão social, principalmente para aqueles oriundos da base da hierarquia. Constataram-se associações estatisticamente significativas entre sexo, faixa etária, escolaridade, auto avaliação de saúde e componente físico da qualidade de vida com as chances de mobilidade social intergeracional e entre sexo, escolaridade, raça/cor e faixa etária interagindo com o componente físico da qualidade de vida com as chances de mobilidade social intrageracional. Uma alta escolaridade coloca-se como o principal fator determinante das chances de mobilidade social ascendente inter e intrageracional. Mulheres, jovens, aqueles que não avaliam a própria saúde como ruim ou péssima e que apresentam maiores escores de saúde física ascendem mais intergeracionalmente. Homens brancos ascendem mais na mobilidade de carreira. **Conclusões:** Os processos de mobilidade social firmaram-se como eventos multideterminados. A escolaridade adquirida se traduziu fortemente no preenchimento de posições mais elevadas na hierarquia ocupacional. Há ainda, desigualdades nas oportunidades de ascensão social entre homens e mulheres. A saúde física e a saúde percebida também se colocaram como recursos capazes de influírem nas transições sociais. Dessa forma, ainda que muito seja dito sobre a saúde como resultante das condições sociais vivenciadas, evidências apontam para o poder da saúde em desvelar desfechos sociais diversos.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; SF-36; Mobilidade Social;

ABSTRACT

The translation from social inequality regarding health inequality makes Public Health and Epidemiology an interesting field for studying these relations, especially in such an uneven country like Brazil. Nowadays it is possible to understand somehow clearer the mechanisms on which social aspects and health conditions relate to each other, mainly when it concerns the existing associations between social status and health. Although certain studies show, mostly, health as a result of social and economic insertion of the individuals, it is believed that health must be considered a determining factor of the social opportunities achieved, especially regarding occupational opportunities. **Objective:** To understand the magnitude of the concurrent associations in which sociodemographic, health and quality of life conditions exercise on the intragenerational and intergenerational social mobility chances on a probabilistic sample of Brazilian homes in 2008, used in “Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades”. **Methodology:** The database composed of 12.423 Brazilian, heads of household and spouses, was analyzed by this research. Social mobility, as an outcome variable, was determined by the transition of occupational groups which were outlined by the Ganzeboom scale, originating five hierarchic occupational groups. Sociodemographic, health and quality of life features, measured through SF-36, were associated with social mobility through logistic regression, stepwise model, on SPSS software. **Results:** Social mobility in Brazil still marked by short distance movements and inequalities regarding social ascension opportunities, notably from those originated at the bottom of the social hierarchy. Statistically meaningful associations were perceived, concerning gender, age group, schooling, health self-assessment and physical components of the quality of life with the chances of intergenerational social mobility and between gender, schooling, race/ethnics, age group interacting with the physical component of quality of life in relation to the chances of intragenerational social mobility. A high level of schooling stands as the main determinant of social mobility ascendance chances, be it inter or intragenerational. Women, youngsters, people who did not assess their own health as poor or terrible and that show better physical health scores ascended more intergeneratively. White men ascend more in career mobility. **Conclusions:** The social mobility processes were settled as multidetermined events. The acquired schooling decisively meant filling higher positions in the occupational hierarchy. There are, still, inequalities in the opportunities of social ascension between men and women. Physical health and perceived health were also taken as resources capable of weighting on social transitions. Thus, even though much is said about health as a result of the social conditions lived by the individuals, evidences show the power of health on unveiling distinct social outcomes.

Key words: Quality of life; SF-36; Social mobility;

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
1.1 Interface entre posições sociais e saúde	18
1.2 Qualidade de Vida e Saúde	23
1.3 Short Form-36 Survey (SF-36)	28
1.4 Mobilidade Social: traduzindo as transições entre posições sociais	31
2 OBJETIVOS	34
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	35
3.1 Estudo Fonte	35
3.2 Mobilidade Social: variável de desfecho	36
3.3 Fatores associados: características sociodemográficas, condições de saúde e qualidade de vida	39
3.4 Critérios de Exclusão	40
3.5 Análise dos dados	41
3.6 Considerações éticas	43
4 RESULTADOS	44
4.1 Análise Descritiva	44
<i>4.1.1 Caracterização da amostra: perfil sociodemográfico e de saúde</i>	44
<i>4.1.2 Perfil de Qualidade de vida</i>	44
4.2 Análise da Mobilidade Social Intergeracional	48
<i>4.2.1 Perfil e Padrões de Mobilidade</i>	48
<i>4.2.2 Qualidade de Vida e Mobilidade Social Intergeracional</i>	51
<i>4.2.3 Análise Bivariada</i>	53
<i>4.2.4 Análise Multivariada</i>	56

4.3 Análise da Mobilidade Social Intrageracional.....	60
<i>4.3.1 Perfil e Padrões de Mobilidade.....</i>	<i>60</i>
<i>4.3.2 Qualidade de Vida e Mobilidade Social Intrageracional</i>	<i>63</i>
<i>4.3.3 Análise Bivariada.....</i>	<i>65</i>
<i>4.3.4 Análise Multivariada.....</i>	<i>68</i>
5 DISCUSSÃO.....	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Esquema de classes de Ganzeboom, Grupos hierárquicos e Exemplos de ocupações.....	38
Tabela A1 – Estatística descritiva por componentes sumários (PCS e MCS) do SF-36 v.2 na PDS, Brasil, 2008.....	45
Tabela B1 – Matriz de mobilidade social intergeracional com 5 grupos hierárquicos, PDS, Brasil, 2008.....	49
Tabela B2 – Associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde e mobilidade social ascendente intergeracional na PDS, Brasil, 2008.....	54
Tabela B3 – Odds ratio e Intervalo de Confiança de 95% para a mobilidade social ascendente intergeracional na PDS, Brasil, 2008.....	55
Tabela B4 – Associação entre Qualidade de Vida e Mobilidade Social Ascendente intergeracional na PDS, Brasil 2008.....	55
Tabela B5 – Resultados do modelo de regressão logística multivariada (<i>stepwise</i>) para o desfecho Mobilidade Social Intergeracional Ascendente na PDS, Brasil, 2008.....	56
Tabela B6 – Proporção de classificação correta entre os positivos e negativos e proporção de classificação total para Mobilidade Social Intergeracional Ascendente na PDS, Brasil, 2008....	60
Tabela C1 – Matriz de Mobilidade social intrageracional com 5 grupos hierárquicos, PDS, Brasil, 2008.....	61
Tabela C2 – Associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde e mobilidade social ascendente intrageracional na PDS, Brasil, 2008.....	66
Tabela C3 – Odds ratio e Intervalo de Confiança de 95% para a mobilidade social ascendente intrageracional na PDS, Brasil, 2008.....	67
Tabela C4 – Associação entre Qualidade de Vida e Mobilidade Social Ascendente intrageracional na PDS, Brasil 2008.....	68
Tabela C5 – Resultados do modelo de regressão logística multivariada (<i>stepwise</i>) para o desfecho Mobilidade Social Intrageracional Ascendente na PDS, Brasil, 2008.....	69
Tabela C6 – Proporção de classificação correta entre os positivos e negativos e proporção de classificação total para Mobilidade Social Intrageracional Ascendente na PDS, Brasil, 2008....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes sumários e domínios do SF-36.....	30
Figura 2 – Esquema representativo da mobilidade social intergeracional e intrageracional.....	32
Figura A1 – Média do PCS e MCS por grupo hierárquico de ocupação na PDS, Brasil, 2008.....	46
Figura A2 – Pontuação dos domínios Capacidade Funcional – PF, Aspectos Físicos – RP, Dor Corporal – BP e Vitalidade – VT segundo os grupos de ocupação hierárquicos na PDS, Brasil, 2008.....	47
Figura A3 – Pontuação dos domínios Estado Geral de Saúde – GH, Aspectos Sociais – SF, Aspectos Emocionais – RE e Saúde Mental – MH segundo os grupos de ocupação hierárquicos na PDS, Brasil, 2008.....	47
Figura B1 – Fluxo de entrada entre os grupos ocupacionais hierárquicos na PDS, Brasil, 2008.....	50
Figura B2 – Escore médio dos componentes sumários do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PDS, Brasil, 2008.....	51
Figura B3 – Escore médio de componentes do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PDS, Brasil, 2008.....	52
Figura B4 – Escore médio de componentes do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PDS, Brasil, 2008.....	53
Figura B5 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional por anos de estudo e sexo na PDS, Brasil, 2008.....	57
Figura B6 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional por anos de estudo e auto avaliação de saúde na PDS, Brasil, 2008.....	58
Figura B7 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional segundo a idade na PDS, Brasil, 2008.....	59
Figura B8 - Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional segundo o Componente Físico - PCS na PDS, Brasil, 2008.....	59
Figura C1 – Fluxo de entrada entre os grupos ocupacionais hierárquicos na PDS, Brasil, 2008.....	62
Figura C2 – Escore médio dos componentes sumários do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageracional na PDS, Brasil, 2008.....	64
Figura C3 – Escore médio de componentes do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageracional na PDS, Brasil, 2008.....	64
Figura C4 – Escore médio de componentes do SF-36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageracional na PDS, Brasil, 2008.....	65
Figura C5 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por anos de	

estudo e sexo na PDS, Brasil, 2008.....	69
Figura C6 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por faixa etária como fator associado isolado na PDS, Brasil, 2008.....	70
Figura C7 – Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por faixa etária interagindo com o Componente Físico – PCS na PDS, Brasil, 2008.....	71

LISTA DE SIGLAS

BP – Dor Corporal

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

GH – Estado Geral de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISCO – International Standart Classificaton of Occupations

IUPERJ – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro

MCS – Componente Mental

MH – Saúde Mental

PDSO – Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades

PCS – Componente Físico

PF – Capacidade Funcional

PPV – Pesquisa de Padrão de Vida

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida relacionada à Saúde

RE – Aspectos Emocionais

RP – Aspectos Físicos

SF – Aspectos Sociais

SF-36 – Short Form-36 Survey

VT – Vitalidade

1 APRESENTAÇÃO

A situação da desigualdade social brasileira tem sido constantemente investigada por áreas diversas do conhecimento a fim de compreender melhor suas raízes, seus desdobramentos e os meandros envolvidos na criação e reprodução dessa desigualdade ao longo dos anos. Apesar de observada em diversas sociedades, a desigualdade no Brasil relaciona-se com a história da formação do próprio país, marcada por um desenvolvimento industrial e um processo de urbanização concentradores. Barros *et al* (2000) coloca, ainda, que a desigualdade está entranhada na história brasileira de tal forma que adquiriu fórum de característica natural.

Apesar das conquistas econômicas e sociais das últimas décadas, o desenvolvimento brasileiro segue de forma assimétrica e desigual. Ao considerar a renda média da população brasileira percebe-se que esta é superior à recebida por quase três quartos da população mundial (Henriques, 2000). Essa constatação vai ao encontro da afirmação de que o Brasil não é um país pobre, mas um país com muitos pobres e com uma enorme desigualdade na distribuição de renda e das oportunidades de inclusão econômica e social, tanto que o país figura entre os mais desiguais do mundo (Pnud, 2006).

No estudo das desigualdades a análise da estrutura social coloca-se como ponto fundamental uma vez que permite identificar o formato de uma sociedade e as relações que ocorrem entre as classes ou estratos. Quanto maior a desigualdade, maior a diferença no tamanho dos estratos sociais e, para os brasileiros, a sociedade ainda está longe de ser distribuída de forma equânime. Em um estudo sobre a percepção dos brasileiros sobre as desigualdades sociais, 80% dos entrevistados perceberam a estrutura social do país dividida entre uma pequena elite que ocupa as posições do topo da hierarquia, e a grande massa da população ocupando sua base (Scalon, 2004).

Já o estudo dos padrões de mobilidade social no Brasil se inscreve nas análises de desigualdade na medida em que acompanha a estrutura social permitindo caracterizar a sociedade brasileira principalmente no que diz respeito às oportunidades de galgar melhores posições sociais. Apesar dos estudos mostrarem que há uma grande mobilidade pela estrutura social brasileira, também mostram uma enorme continuidade dos contrastes entre as classes mais ou menos privilegiadas (Pastore e Silva, 2000; Scalon, 1999).

A busca pela redução das desigualdades e consequente promoção do bem estar social parece, dessa forma, tomar frente nas discussões acerca das mudanças sociais necessárias, alinhadas aos conceitos de equidade e justiça social. Entretanto, a desigualdade brasileira tem sido descrita como onipresente, endêmica e surpreendentemente resistente às políticas públicas (Henriques, 2000).

Acontece que a desigualdade apresenta dimensões diversas que guardam complexas relações entre si tornando o processo de erradicação difícil, exigindo intervenções em todos os seus aspectos. Dessa forma, faz-se necessário colocar em evidência a complexidade do processo social, pois é no âmbito dessa realidade social que se encontram as dinâmicas de interrelações e interdependência que geram uma complexidade maior de situações sociais. Foi com esse objetivo que se desenvolveu a “Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD)” no Brasil. A proposta foi exatamente produzir conhecimento sistemático e empírico sobre o tema da criação e reprodução das desigualdades, identificando seus pontos nevrálgicos. Para tanto, um esquema analítico foi proposto com o objetivo de evidenciar a articulação entre as diversas dimensões das desigualdades observáveis no decurso das etapas do ciclo de vida individual.

O desenvolvimento da PDSD gerou, no Brasil, informações por meio de um *survey* domiciliar de abrangência nacional que corroboram com a necessidade de um diagnóstico mais detalhado sobre a situação das desigualdades no Brasil e que são capazes de sustentar análises cruzadas de grande complexidade, inovando o arsenal de conhecimentos disponíveis sobre as desigualdades no Brasil.

Dentre todas as articulações possíveis, dada magnitude dos dados coletados, a dimensão Saúde gera interesse, fazendo emergir alguns questionamentos, os quais pretendem ser investigados nesta pesquisa: de que forma a saúde e a mobilidade social se relacionam? Quais são os efeitos das variáveis individuais, incluindo àquelas referentes à saúde e a qualidade de vida, na determinação do status dos chefes de famílias brasileiros e seus cônjuges?

1.1 Interface entre posições sociais e saúde

A tradução das desigualdades sociais em termos de disparidades de saúde faz da Saúde Pública e da Epidemiologia um campo interessante para o estudo dessas relações,

especialmente em um país tão desigual. Hoje é possível compreender de forma um pouco mais clara os mecanismos pelos quais aspectos sociais e condições de saúde de relacionam (Marmot e Wilkinson, 2005). Os estudos, entretanto, variam muito de acordo com a medida socioeconômica e de saúde que avaliam. No que tange aos aspectos sociais, grande parte dos autores considera a posição social em seus estudos (Hallerod, 2011; Groffen *et al*, 2009; Adler e Ostrove, 1999) .

As associações existentes entre a posição social e a saúde diferem ainda quanto à direção do fenômeno, ou seja, hora a saúde aparece como resultante de diferentes condições socioeconômicas e outra, agindo sobre as chances de alcançar e manter uma boa posição social. Embora alguns pesquisadores abordem em seus estudos somente uma dessas direções, pode-se acreditar que essas relações coexistam na sociedade (Hallerod, 2011; Smith, 2005; Mulatu e Schoolar, 2002; Adler e Ostrove, 1999; Dahl, 1996) .

A desigualdade social, evidenciada pela alocação dos indivíduos em diferentes posições sociais, resulta em uma distribuição desigual de bens, serviços, condições de vida, vantagens e desvantagens sociais. A saúde ou os processos de saúde/doença e seus determinantes podem também estar desigualmente distribuídos na população. Desigualdade em saúde é, então, um termo genérico que se refere às diferenças nos níveis de saúde dos grupos socioeconômicos distintos em um sentido descritivo. De acordo com Fahel (2007) a segregação da saúde em diferentes grupos sociais gera um excedente de danos que afetam principalmente os grupos sociais mais vulneráveis, gerando impacto na sua morbimortalidade, na demanda por serviços de saúde e até na possibilidade de ascensão social.

De fato, a existência dessa desigualdade socioeconômica abrangente na distribuição da saúde e da mortalidade é um fato bem estabelecido e reconhecido por um amplo, rigoroso e cumulativo processo de pesquisas sociológicas e epidemiológicas, sendo persistente mesmo em face dos grandes progressos nos níveis gerais de saúde da população e das melhorias na qualidade de vida e na disponibilidade do serviço médico moderno (Dorling, 2000; Travassos, 1997).

As reflexões corroboram o pensamento de Breilh e Granda (1986), quando conceituam o processo saúde-doença como "a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo em diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde". Na mesma linha, autores como Paim (1997) e Castellanos (1997) ressaltam a importância do espaço social nos estudos de explicação do processo saúde-doença e

argumentam que, à medida que esse processo pode ser compreendido como resultante da posição dos indivíduos no espaço social e das relações daí decorrentes, o estudo desse espaço é fundamental. Frente a essa perspectiva, vários foram os modelos teóricos que surgiram a fim de explicar essa relação entre a posição social e os desfechos de saúde e qualidade de vida. (Dahlgren e Whitehead, 1991; Evans e Stoddart, 1994; Brunner e Marmot, 1999; Diderichsen, Evans e Whitehead, 2001; Starfield, 2004; Graham, 2007).

Borrel (1997) destaca a literatura britânica, por ter primado na realização de estudos sobre os determinantes de saúde. Em 1800, o economista político Friedrich Engels estudou as condições de saúde da população trabalhadora inglesa, relacionando classe social e diferenças em saúde e morbidade. Em 1842, Edwin Chadwick publicou um relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Inglaterra e identificou que, apesar do aumento geral na expectativa de vida, a iniquidade em saúde persistia. Mais tarde, o Relatório Black (Townsend e Davidson, 1982) confirmou achados anteriores e teve papel importante na divulgação da importância que a posição social tem nas desigualdades em saúde. Os achados indicaram que existem disparidades significativas entre as várias classes que afetam os indicadores de saúde, como peso ao nascer, tensão arterial ou risco de contrair uma doença grave.

Assim, em média, os indivíduos pertencentes aos estratos mais elevados gozam de uma melhor saúde, são mais altos e fortes e vivem mais que aqueles que se encontram na base da hierarquia social (Marmot e Wilkinson, 2005). Essas desvantagens tendem a acumular ao redor das mesmas pessoas e seus efeitos na saúde acumulam durante todo o percurso de vida. Porém, mais recentemente, Inshitani *et al* (2006), concluíram que existe, no Brasil, uma associação inversa entre indicadores de nível socioeconômico e mortalidade de adultos por doenças cardiovasculares.

O fato é que o modo de vida a que os indivíduos estão submetidos resulta de sua inserção na formação social, que é consequente do modo de produção e organização da sociedade. A produção e o consumo interagem dialeticamente e, em última instância, determinam o acesso dos indivíduos aos bens materiais de vida: moradia, lazer, saneamento, alimentação, escolaridade, assistência médica, entre outros (Castellanos, 1997). Hallerod e Gustafsson (2011) colocam que a posição social ocupada reflete habilidades e possibilidades de consumir bens e serviços que são necessários para melhores condições de vida e de saúde. Ainda, diferenças econômicas podem levar à exclusão social, a qual também pode vir a gerar desigualdades em saúde (Marmot e Wilkinson, 2005).

A educação está intimamente ligada à posição social de origem e também reflete riscos diferenciados no adoecer e morrer, uma vez que a escolaridade está relacionada ao consumo dos serviços de saúde e ainda, influencia as decisões familiares sobre alimentação, cuidados com o corpo e prevenção de doenças (Magalhães, 2007). A ocupação, importante *proxy* da posição social também pode afetar as condições de saúde, seja por esforço físico ou emocional, que estão associados ao estresse e ao surgimento de problemas cardiovasculares (Chandola e Jenkinson, 2000; Marmot *et al*, 1978).

Partindo de uma perspectiva com base no ciclo de vida, outras relações são passíveis de serem analisadas no que diz respeito à interação entre o social e o biológico. Nesta perspectiva, diferenças na saúde de adultos socialmente distintos seriam explicadas por uma rede de fatores biológicos e sociais atuando ao longo de suas vidas. Por exemplo, nas doenças cardiovasculares há fortes indicativos de que condições inadequadas durante a vida intrauterina se associam à presença de doença cardiovascular na vida adulta (Barker e Osmond, 1986).

Dessa forma, a inserção econômica e social dos indivíduos cria necessidades, oportunidades e riscos específicos ao longo de sua existência, o que se traduz em um perfil de problemas de saúde peculiar. Aqueles alocados em estratos sociais inferiores tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que medeiam à relação entre as condições sociais e o processo de adoecimento e morte.

Além de estudos já recorrentes sobre a influência da posição social na saúde, Dahl (1996) ao debater essa relação já destacava a extrema necessidade de se identificar e conhecer melhor também quais seriam os fatores de saúde capazes de interferir na jornada social de um indivíduo, possibilitando assim, conhecer o poder da saúde em revelar desfechos sociais diversos. Mais tarde, Groffen *et al* (2009) também reforçou a importância de estudos que avaliem as maneiras com que as pessoas conseguem manter ou atingir posições sociais e os fatores que podem interferir nessas transições, dando destaque para as condições de saúde e qualidade de vida.

Frente a essa necessidade, nas últimas décadas um grande esforço tem se configurado a fim de explicar melhor a forma com que, em algum nível, a saúde passa a exercer influências sobre aspectos sociais dos indivíduos. Assim, apesar de nunca abordadas no Brasil, características de saúde e qualidade de vida abrem um campo de estudo na

epidemiologia e na saúde pública em conjunto com a sociologia e já foram consideradas em estudos de mobilidade em outros países.

Estudos sobre esse poder determinante da saúde, apesar de pouco desenvolvidos no campo da saúde pública, perpassam vários campos epistemológicos. Na área econômica a saúde é tida como a causa principal da saída do mercado de trabalho; Na sociologia a saúde é considerada um recurso pessoal que influencia a trajetória social durante etapas diversas do ciclo de vida de forma similar a outras variáveis. Ainda, na chamada epidemiologia social, o “Efeito do Trabalhador Sadio” firmou-se como uma teoria, explicando os processos que medeiam a seleção de trabalhadores saudáveis para o mercado de trabalho, sendo amplamente discutida.

Qualquer que seja o campo, estudos sobre o tema tomam, dessa forma, a saúde/qualidade de vida como uma variável de exposição e buscam captar o efeito da saúde, ou falta dela, no desdobramento de conseqüências sociais. A maior parte dos estudos avalia o efeito da saúde na posição no mercado de trabalho (Ki, 2009; Jusot *et al*, 2008; Cardano *et al*, 2004; Elstad, 2004; Manor *et al*, 2003, Lundberg, 1991), no montante salarial recebido (Groffen *et al*, 2009; Muenning, 2008; Hass, 2006; Chandola *et al*, 2003) e na conquista educacional (van de Mheen *et al*, 1998).

Há algum tempo tem se sugerido que pessoas com uma saúde deficiente teriam maiores chances de alcançar menores posições ocupacionais, menor nível educacional e de apresentarem queda em seus rendimentos financeiros. Booth (1886) ao avaliar a pobreza e as relações de trabalho na Inglaterra, já designava a participação da má saúde na criação e reprodução da pobreza ao incapacitar os indivíduos ao trabalho. Mais tarde, o sociólogo Pitirim Sorokim em seu livro Mobilidade Social (1927) defendeu que uma boa saúde é um fator preditor de mobilidade social ascendente e de uma carreira ocupacional de sucesso (Sorokim, 1927 *apud* Elstad, 2004). No Relatório Black (Townsend e Davidson, 1982) firmou-se a possibilidade das condições de saúde desvelarem novos contextos sociais. A saúde foi considerada importante fator que levaria uma pessoa a descender socialmente, devido, principalmente a inabilidades físicas.

Groffen *et al* (2009) ao realizar acompanhamento de adultos com idade superior a 55 anos, verificou que a ansiedade e problemas físicos de saúde estavam associados a uma queda nos rendimentos durante os três anos estudados, indicando que esses são fatores importantes no esquema de mobilidade social entre pessoas idosas. Já Power *et al* (1996) e Manor *et al* (2003) acharam associações significativas entre a auto avaliação de saúde e a direção das

transições ocupacionais. Cardano *et al* (2004) e Schuring *et al* (2007) verificaram que a saúde foi fator determinante na saída do mercado de trabalho, contribuindo para os indivíduos tornarem-se economicamente inativos.

Outra articulação passível de análise é a relação entre saúde durante a infância e características sociais durante a vida adulta. Estudos mostram que uma má saúde durante a infância está associada a piores condições sociais quando adultos (Hass, 2006; van de Mheen, 1998; Power *et al*, 1986). Wadsworth (1986) ao inferir sobre a possibilidade da saúde em determinar a classe social alcançada na fase adulta e o nível educacional, concluiu que doenças severas presentes até os 10 anos de idade estavam significativamente associadas a uma mobilidade social descendente, mesmo após o controle pela classe social de origem.

Apesar do exposto, a seleção para posições sociais mediada pela saúde nem sempre é observada, sendo o sentido contrário, partindo das condições sociais para a saúde, considerado de maior efeito (Warren, 2009; Cardano, 2004; Marmot, 2004; Lundberg, 1991).

1.2 Qualidade de Vida e Saúde

Qualidade de vida (QV) é um construto que vem sendo amplamente referido seja na linguagem cotidiana, seja em diversas áreas de conhecimento. O conceito abrange tanto a distribuição dos bens de cidadania – os bens e direitos que uma sociedade em um dado momento julga serem essenciais – quanto a de uma série de bens coletivos de natureza menos tangível e nem por isso menos reais em suas repercussões sobre o bem estar social.

Assim, os bens de cidadania e o grau de equidade que caracteriza a distribuição entre diferentes categorias da população constituem, com justificada razão, a preocupação principal dos estudos voltados para a questão da QV.

O termo começou a ser utilizado no campo da economia e da política, principalmente após a Segunda Guerra Mundial (Seidl e Zannon, 2004). Atrelada aos aspectos econômicos, a QV tornou-se decorrência direta do crescimento dos países, independentemente da distribuição da riqueza. O produto interno bruto, a renda per capita e a taxa de desemprego foram algumas das medidas que indicavam a QV da população naquele momento.

Entretanto, o reconhecimento de que carências eram multiplicadas no curso da produção de riquezas expandiu o campo de atuação reservado à política social, ao mesmo tempo em que abalou a convicção de que uma abordagem estritamente econômica era guia

seguro para avaliação do bem estar coletivo. Medidas econômicas passaram a ser questionadas como indicadores válidos de melhoria da QV, como faziam crer os supostos de eficiência e de equidade em que se baseavam (Souza, 1984). Renda, saúde, emprego, habitação, educação e segurança pessoal são apenas algumas das novas condições de vida que passaram a ser consideradas na avaliação da QV. Ainda, na década de 1960, a percepção de que as ações sociais eram insuficientes para medir a QV no nível individual levou à valorização da auto percepção dos indivíduos, uma medida subjetiva.

Como já mencionado, o termo QV é um construto que, devido a sua natureza multideterminada, pode ser aplicado a várias áreas do conhecimento. No campo da sociologia, a qualidade de vida é considerada, ainda, como uma medida mais objetiva, avaliada principalmente através dos indicadores sociais. Para Ferriss (2004), o termo ainda é pouco desenvolvido o que pode estar relacionado ao fato da existência de termos correlatos, como bem estar social e felicidade. Schuessler e Fisher (1985) conceituam QV como sendo o desfecho desejado de programas e políticas e entende ser um termo que perpassa por várias disciplinas como economia, psicologia, política social e saúde pública. O fato é que, apesar da pouca menção nas ciências sociais, as reflexões forneceram contribuições ao entendimento do efeito do sistema social nos elementos da QV, como educação, desigualdade e saúde.

Já a dimensão saúde-doença como subconjunto do conceito qualidade de vida deve ser entendida como um processo que se articula com outros processos sociais que estruturam o espaço urbano e delimitam os contornos da QV num espaço recortado pelas desigualdades sociais. Estudos sobre QV e sua associação com a saúde são relativamente recentes mas de significativo crescimento nas duas últimas décadas. Grande parte deles teve como objetivo a definição do termo e a apresentação dos instrumentos utilizados para a aferição da QV (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

O surgimento do termo andou lado a lado com o desenvolvimento da medicina social, e vem suscitando grande interesse, consoante com os novos paradigmas que têm norteado as práticas em saúde (Minayo, Hartz e Buss, 2000). Segundo Fleck et al (1999), QV é um conceito que se insere em um movimento dentro das ciências humanas e biológicas com intuito de humanizar a Medicina e ciências afins através da recuperação da definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e conseqüentemente, da aproximação com a promoção da saúde.

A discussão em torno da promoção da saúde coloca-se no cenário atual como um ponto de confluência de superação do modelo biomédico e parte do conceito ampliado e

positivo de saúde, tendo como foco o processo social de sua produção. Dessa forma, a promoção da saúde dá visibilidade à interface entre condições sociais, qualidade de vida e saúde, refletindo o objetivo principal dos clássicos da medicina social (Seidl e Zannon, 2004; Minayo, Hartz e Buss, 2000)

Assim, a prática médica, antes focada apenas no diagnóstico e no tratamento passa a valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Castro *et al*, 2003; Fleck, 2000; Fleck *et al*, 1999). Nesse novo paradigma medidas clínicas de caráter objetivo somam-se a indicadores subjetivos representados pelas percepções dos indivíduos sobre seu próprio bem estar, sua qualidade de vida global, sua saúde, suas capacidades funcionais, relações sociais, entre outros. (Wood-Dauphinee, 1999).

Outro fator contribuinte para a inserção do construto no campo da saúde foi a mudança no panorama epidemiológico das doenças e na estrutura demográfica da sociedade resultando em um perfil marcado por doenças e agravos não transmissíveis e pelo aumento da expectativa de vida. Esse novo olhar demandou ações que buscassem avaliar o impacto da doença, do comprometimento das atividades diárias e da percepção da saúde. Voltou-se, então, para elementos que influíssem sobre a qualidade de vida (Fleck, 2000).

Apesar do interesse crescente pelo estudo da QV, impasses conceituais ainda configuram-se como barreira importante para clarificação de seu significado. Não há um consenso sobre as diversas identidades que o termo QV congrega. Por ser um termo que reflete uma grande variedade de experiências, estados, conhecimentos e valores, é complexo identificar os fatores que contribuem para a QV e assim, valorações individuais diferentes levam a definições distintas em variadas épocas, espaços e histórias (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Além disso, a introdução do conceito de QV na área da saúde encontrou outros construtos afins presentes, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Termos como “estado funcional”, “estado de saúde”, “condições de saúde” e “bem estar” têm sido, frequentemente, utilizados de forma intercambiável para se referir à QV (Pereira *et al*, 2006; Fleck *et al.*, 1999). Patrick (2003) apesar de reconhecer a aproximação entre os conceitos coloca que

“qualidade de vida é mais abrangente que status de saúde e inclui aspectos do meio ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde. Status funcional refere-se, habitualmente, à limitação no desempenho de papéis sociais ou em atividades. As medidas de bem-estar referem-se a percepções subjetivas, incluindo relatos de sensações prazerosas ou desprazerosas e avaliações globais de saúde ou de estado subjetivo” (PATRICK, 2003).

Ainda, a própria definição de QV não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Com intuito de nortear suas práticas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu um grupo de especialistas a fim construir um conceito de QV. Desse modo, para a OMS, QV é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos" (Whoqol Group, 1995). Gill e Feinstein (1994) colocam que “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida”. Minayo, Hartz e Buss (2000) definem ainda como sendo "uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”.

Percebe-se, dessa maneira, que QV coloca-se como um conceito amplo que agrega elementos, materiais e não materiais, externos ao processo saúde-doença, ainda que uma parcela significativa seja expressa por características de saúde. Representa, assim, uma relação complexa entre estado de saúde, relações sociais, meio ambiente, situações de trabalho e economia.

Apesar da não unanimidade de conceitos, alguns aspectos relevantes sobre o construto QV podem ser percebidos. O primeiro aspecto fundamental é a subjetividade, que diz respeito à percepção do indivíduo sobre sua posição em cada um dos domínios relacionados à QV. No que tange a multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por dimensões diversas. Este aspecto tem uma consequência métrica importante, a de que não é desejável que um instrumento que mensure a QV venha a ter um único score, mas sim que a sua medida seja feita por meio de scores em vários domínios. Há ainda a presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes e outros ausentes (Seidl e Zannon, 2004; Fleck *et al*, 1999).

No contexto biomédico, avaliações que incorporam aspectos relacionados a saúde mas excluem aspectos mais genéricos contemplados na abordagem ampliada de QV referem-se à Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS).

A QVRS é um ramo da QV que busca, segundo Kaplan et al (1989), avaliar o impacto do tratamento e da doença na incapacitação e no funcionamento diário. Para Gianchello (1996) trata-se do “valor designado a duração da vida a medida que é modificada pelas disfunções, nível funcional, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, lesão, tratamento ou política”. Similarmente, Cleary et al (1995) *apud* Seidl e Zannon (2004) colocam como sendo os “vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

Dessa forma, apesar de ser um conceito similar ao de QV, a QVRS refere-se aos aspectos de saúde que são valorizados pelas pessoas e que se sobrepõem aos componentes da QV geral. Essa área de sobreposição compreende estados de saúde e funções que são valorizadas pelos indivíduos e que influenciam diretamente na percepção subjetiva de bem estar nos domínios físicos, mentais e sociais da vida (Silqueira, 2005).

Por ser considerada uma importante variável de desfecho em saúde, vários instrumentos surgiram com o intuito de medir a QVRS. Segundo Ciconelli (2003) os instrumentos “têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global ou específica”. Instrumentos que medem QVRS, além de manter o caráter de análise multidimensional, também avaliam a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por doenças e agravos à saúde (Seidl e Zannon, 2004).

Os instrumentos que avaliam QVRS são constituídos por domínios, ou dimensões, e itens. Os primeiros são conhecidos como a área que se tenta retratar, enquanto os segundos se referem à descrição de situações. Além disso, podem ser classificados em dois grupos, genéricos ou específicos.

Instrumentos genéricos avaliam o estado de saúde e são utilizados para diferentes tipos de população ou doenças. São multidimensionais, possuem ampla aplicabilidade e podem detectar repercussões imprevistas de uma condição ou intervenção (Mendonça, 2006). Silqueira (2005) explica que podem ser usados em populações gerais ou específicas para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde. Tais instrumentos permitem comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não

são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV decorrentes de uma determinada patologia. O Short Form-36 survey (SF-36), o Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile – NHP, Quality of Well-being Scale (QWB), European Quality of Life Survey (EQ-5D) e o Health Utilities Index (HUI) são alguns dos instrumentos genéricos de avaliação da QVRS (Shearer e Morshed, 2011; Silqueira, 2005; Oliveira, 2004; Ciconelli, 2003).

Já os instrumentos específicos detectam particularidades da QV subsequente a determinadas doenças ou agravos à saúde. Eles se destinam a grupos mais restritos, como aqueles que possuem a mesma enfermidade, a uma população selecionada, a uma função, a uma condição ou a um problema. São de grande utilidade na avaliação de modalidades terapêuticas em ensaios clínicos e também, para acompanhar mudanças ocorridas durante o tratamento (Oliveira, 2004; Seidl e Zannon, 2004; Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Apesar dessas vantagens, instrumentos específicos apresentam alguns pontos negativos. Devido ao fato de serem mais limitados e focalizados impossibilitam estabelecer comparações entre grupos de indivíduos em diferentes condições. O EORTC - QLQ 30, para pacientes com neoplasias e o Medical Outcomes Study - HIV, para pessoas vivendo com HIV/AIDS são exemplos de instrumentos específicos que avaliam a QVRS (Seidl e Zannon, 2004).

Percebe-se, dessa forma, que os diferentes tipos de instrumentos apresentam variados propósitos, enfoques e conteúdos. Os objetivos do estudo, a população avaliada, a forma de aplicação do instrumento e as propriedades psicométricas são aspectos a serem considerados nas escolhas metodológicas em estudos que avaliam a QVRS.

1.3 Short Form-36 Survey (SF-36)

O SF-36 é o instrumento genérico de QVRS mais utilizado no mundo. Foi desenvolvido nos Estados Unidos como parte do *Medical Outcomes Study* e sua criação se baseou em uma análise de vários instrumentos utilizados na década de 70 e 80 o qual mensuravam itens como capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais, dor, saúde mental e outros (Ciconelli, 2003). Foi traduzido e validado para uso em diversos países, inclusive o Brasil, onde mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (Ciconelli, 1997).

É um instrumento altamente indicado para avaliação da população geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisas no contexto clínico. O fato de ser um instrumento curto, versátil, de fácil compreensão e que permite comparação internacional de resultados, torna o SF-36 uma atraente ferramenta para uso nos inquéritos populacionais (Laguardia *et al.*, 2011).

Estudos de avaliação de QVRS no Brasil, publicados nos últimos anos, indexados pelo SciELO, utilizando o instrumento *Short Form-36 survey*, abordaram uma variedade de condições de vida e saúde. Dentre as condições de saúde abordadas encontra-se insuficiência renal crônica e hemodiálise (Castro; *et al.*, 2003, Santos; *et al.*, 2007), osteoporose (Lemos; *et al.*, 2006), esclerose múltipla (Morales; *et al.*, 2007), insuficiência cardíaca (Pelegrino; *et al.*, 2011) hipertensão arterial (Brito; *et al.*, 2008), transtornos mentais em jovens (Jansen; *et al.*, 2011), doença pulmonar obstrutiva crônica (Buss e Silva, 2009), doença crônica em idosos (Campolina *et al.*, 2011), cefaléia crônica (Galego; *et al.*, 2007), fibromialgia (Cardoso; *et al.*, 2011), menopausa (Navega e Oishi, 2007), doença de chagas (Oliveira; *et al.*, 2011), entre outras. Além disso, o SF-36 foi utilizado para avaliar a qualidade de vida de idosos residentes no estado de São Paulo (Lima; *et al.*, 2011), de aposentados (Pimenta; *et al.*, 2008), de profissionais caminhoneiros (Souza; *et al.*, 2006), professores do ensino fundamental (Rocha e Fernandes, 2008), profissionais de educação física (Souza e Costa, 2011) e trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar (Martarello e Benatti, 2009).

O SF-36 é composto por 36 itens ou questões que avaliam oito domínios (ou dimensões) de saúde: Capacidade Funcional – PF (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); Aspectos Físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); Dor Corporal – BF (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais), Estado Geral de Saúde – GH (percepção subjetiva do estado geral de saúde); Vitalidade – VT (percepção subjetiva do estado de saúde); Aspectos Sociais – SF (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); Aspectos Emocionais – RE (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); Saúde Metal – MH (escala de humor e bem-estar). Tais domínios representam aqueles mais frequentemente avaliados no campo da saúde e mais acometidos por doenças e medidas terapêuticas (Castro *et al.*, 2003). Cada domínio possui de 2 a 10 itens, sendo que o conjunto delas pode ser resumido através das duas medidas sumárias: Componente Físico – PCS; Componente Mental – MCS (ANEXO 1).

Os domínios que mais se correlacionam com o Componente Físico – PCS, contribuindo de forma mais consistente para o cálculo do escore são: Capacidade Funcional – PF, Aspectos Físicos – RP e Dor – BP. Já as que mais se correlacionam com o Componente Mental são: Saúde Mental – MH, Aspectos Emocionais – RE e Aspectos Sociais – SF. Duas das escalas, Vitalidade – VT, Estado Geral de Saúde – GH correlacionam-se igualmente bem com as duas componentes (Figura 1).

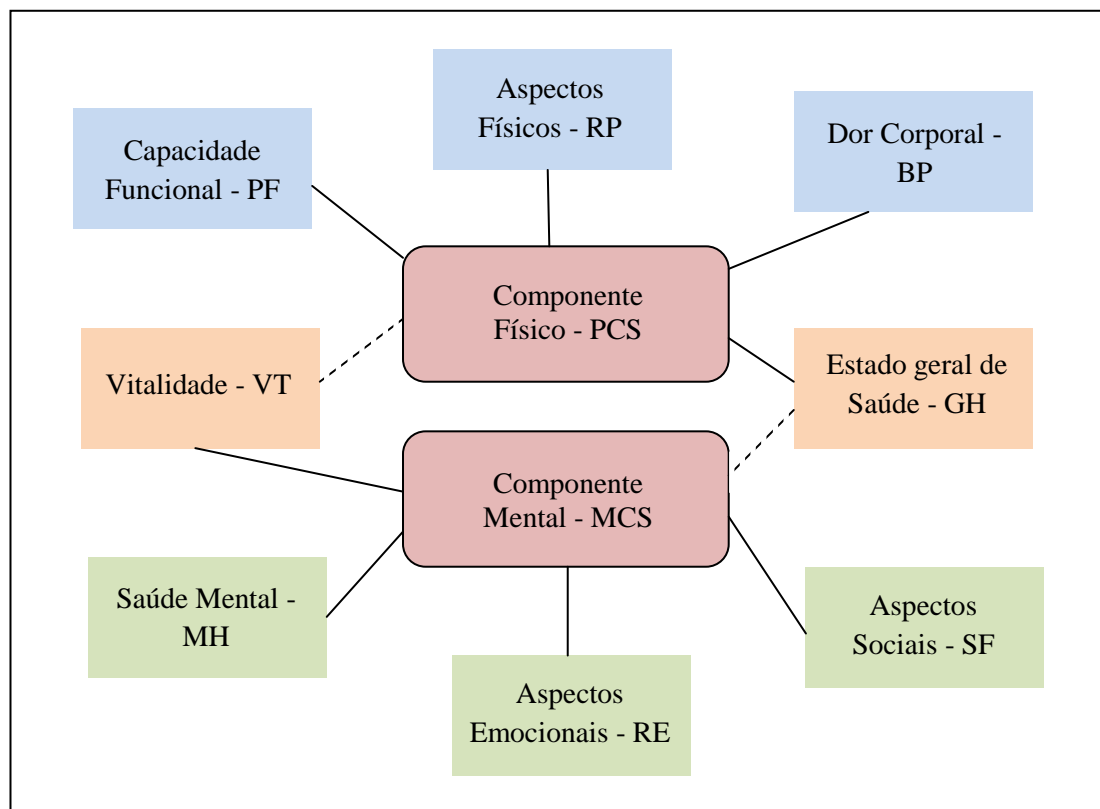


Figura 1. Componentes sumários e domínios do SF-36.

Todas as dimensões do SF-36 são pontuadas em uma escala de 0 a 100, sendo que 100 representa o melhor estado de saúde possível. Esses escores são, entretanto, transformados em escores normalizados em relação à população americana, com média 50 e desvio padrão 10, facilitando a interpretação dos resultados obtidos. Dessa forma, toda vez que a pontuação de uma escala for menor que 50, o estado de saúde está abaixo da média.

A versão 2 do SF-36 foi desenvolvida em 1996 apresentando aprimoramentos obtidos a partir da aplicação do instrumento em diversos contextos. Resultados de estudos que utilizaram a versão do SF-36 v2 mostraram uma melhora na confiabilidade, precisão e validade, sem comprometer a estrutura subjacente do modelo conceitual.

As escalas obtidas a partir do questionário SF-36 utilizado na PDSO foram analisadas quando a qualidade, confiabilidade e validade em publicação recente mostrando-se válido e confiável na mensuração da QVRS da população geral brasileira (Laguardia *et al.* 2011).

1.4 Mobilidade Social: traduzindo as transições entre posições sociais

A sociedade encontra-se em constante transição pelos estratos sociais. Além da circulação de indivíduos, circulam ainda, idéias e valores. Foi com intuito de estudar essas transições que surgiram os primeiros trabalhos sobre mobilidade social (Ribeiro, 2004). No Brasil, o primeiro estudo foi realizado em 1979 por Pastore e, ainda hoje, estudos com esse mesmo objetivo seguem em destaque na agenda de pesquisas brasileiras (Pastore, 1979).

Compreender a mobilidade social só é possível devido à existência de uma sociedade estratificada onde indivíduos ocupam posições sociais distintas. Indivíduos alocados em uma mesma posição social compartilham, em algum nível, condições de vida, vantagens e desvantagens sociais. É preciso entender no estudo da mobilidade, portanto, o sistema de estratificação a fim de compreender de que forma são definidas as posições sociais e que bens são levados em conta nesse processo de estratificação (Diderichsen, 1999; Scalon, 1999).

Mesmo sendo tópico de destaque na sociologia, não há consenso quanto a melhor forma de determinar e medir posições sociais e dessa forma, de estudar a mobilidade social. Recursos econômicos e recursos educacionais são alguns dos bens que podem ser levados em consideração na determinação da posição social. No Brasil, contudo, os estudos em sua maioria utilizam a variável ocupação para determiná-la. Os autores reconhecem no status ocupacional a indicação mais sintética e mais estável para revelar a condição social do indivíduo e de sua família (Pastore e Silva, 2000; Scalon, 1999; Pastore e Haller, 1993; Pastore, 1979). Portanto, o estudo da mobilidade social fica condicionado à mobilidade ocupacional, ou seja, a passagem de uma ocupação com determinado status para outra com status superior (mobilidade ascendente) ou inferior (mobilidade descendente).

Cabe ressaltar, entretanto, que mesmo entre os pesquisadores que utilizam a ocupação como proxy da posição social há muitas disparidades no uso de medidas de status ocupacionais nas pesquisas de estratificação, sobretudo pelas diferentes escalas ocupacionais disponíveis e também pelos diversos agrupamentos das ocupações possíveis. Os esquemas de mensuração da posição social são variados e são adotados de acordo com o interesse de cada

estudo. Enquanto alguns esquemas aproximam-se da abordagem marxista de classe social, onde as ocupações são classificadas de acordo com as relações exercidas no mercado de trabalho – como é o caso do esquema EGP, amplamente divulgado, desenvolvido inicialmente por Goldthorpe em 1980 – outros esquemas baseiam-se na posse de recursos materiais e sociais que estão vinculados às ocupações desenvolvidas e que criam hierarquias em função dessas características (Scalon, 1999).

Ganzeboom, De Graaf e Treiman (1992) construíram uma escala ocupacional, a Escala de status socioeconômico das ocupações - ISEI (International socioeconomic index of occupational status) a qual mede os atributos de cada ocupação de acordo com a renda e educação. A construção desta escala, que se baseia no International Stratification and Mobility File, permite que se compare banco de dados de diversos países, que vão desde países subdesenvolvidos como a Índia aos países mais desenvolvidos como os Estados Unidos. Além disso, é possível acompanhar tendências econômicas e mudanças no mercado de trabalho de forma a compreender as condições de oportunidades ocupacionais no contexto dos países.

Uma vez definidas as posições sociais e o agrupamento dessas em estratos, as análises de mobilidade social podem ser realizadas, refletindo a distribuição de oportunidades na sociedade, ou seja, as chances relativas das pessoas atingirem determinada posição no sistema de estratificação de acordo com sua origem social e suas características pessoais.

Dessa forma, o estudo da mobilidade social se dá através da relação entre origem e destino social. Tanto a origem como o destino são caracterizados, como já dito, pelas situações ocupacionais apresentadas, refletindo os movimentos entre gerações (mobilidade intergeracional) e também ao longo da carreira de um indivíduo (mobilidade intrageracional), como pode ser observado na Figura 2.

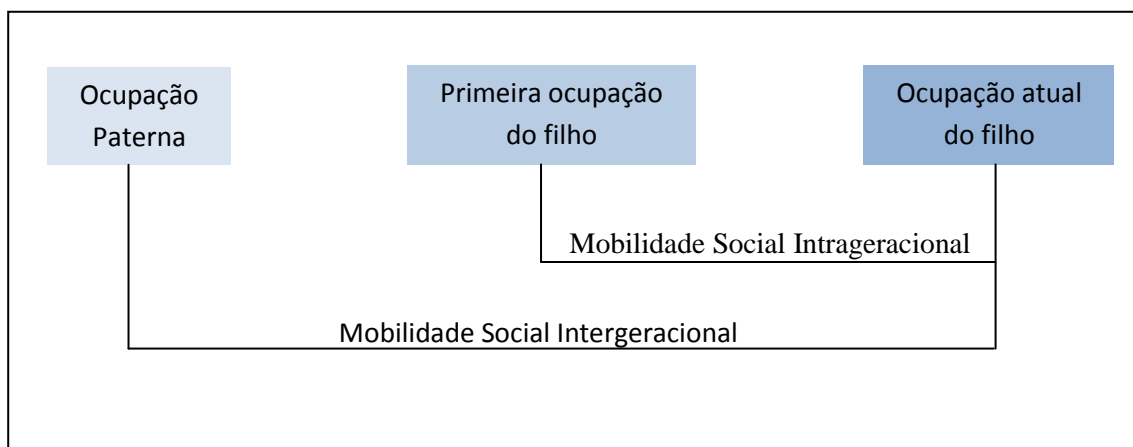


Figura 2. Esquema representativo da mobilidade social intergeracional e intrageracional.

No que diz respeito à mobilidade intergeracional, configura-se origem social, a ocupação desenvolvida pelo pai em determinado ponto da juventude do indivíduo, usualmente quando este apresenta 15 anos de idade. Já se o objetivo é analisar a trajetória dentro de sua própria geração, o ponto de origem é a ocupação desenvolvida no momento da entrada no mercado de trabalho. Essas origens são então relacionadas ao destino social alcançado, representado, nos dois casos, pela ocupação atual do indivíduo. (Pastore e Silva, 2000; Pastore, 1979).

No tocante, especificamente, ao que se justifica a relevância da realização do presente estudo, a partir da análise do material bibliográfico concernente à questão das características de nível individual que estão relacionadas à posição social alcançada por um indivíduo, revelou que, de uma maneira geral, privilegiam a mobilidade com relação ao nível educacional, ao gênero e a raça, ainda que o estado de saúde dos indivíduos esteja estreitamente associado às suas condições sociais e que existam evidências de um gradiente social no processo de adoecimento e morte (Souza *et al*, 2010; Ribeiro, 2006; Hasenbalg, 2005; Silva, 2000; Scalon, 1999).

Por sua vez, como já mencionado, a dimensão dos dados produzidos pela PDSD permitirá apreender o comportamento desse desfecho frente à características ainda mais variadas. Assim, ao fim, o presente estudo poderá vir a contribuir de forma social e política visto que permitirá verificar os efeitos sociais da saúde. Deste modo gerará retorno para as áreas da saúde e das ciências sociais, contribuindo para a formulação de novas políticas de redução das desigualdades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a magnitude e direção (potencializadores ou limitadoras) das associações simultâneas que as condições sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida exercem nas chances de mobilidade social inter e intrageracional dos brasileiros a partir da descrição do perfil e padrões de mobilidade social de chefes de famílias e cônjuges de uma amostra probabilística de domicílios no Brasil, em 2008.

2.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever o perfil dos brasileiros chefes de família e seus cônjuges no que diz respeito a variáveis sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida;
- 2) Descrever o perfil e padrões da mobilidade social inter e intrageracional dos brasileiros;
- 3) Descrever a qualidade de vida dos brasileiros segundo suas características ocupacionais;
- 4) Analisar a associação existente univariadamente entre características sociodemográficas, de saúde e qualidade de vida e as chances de mobilidade social ascendente intergeracional; bem como, em relação às chances de mobilidade intrageracional.
- 5) Analisar a associação existente simultaneamente entre características sociodemográficas, de saúde e qualidade de vida e as chances de mobilidade social ascendente intergeracional; bem como, em relação às chances de mobilidade intrageracional.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Estudo Fonte

Trata-se de um estudo analítico transversal de dados secundários originados pela PDSO. A pesquisa, realizada em 2008, foi coordenada pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e contou com a participação de equipes formadas por pesquisadores de diversas outras instituições acadêmicas de ensino e pesquisa. O estudo foi pautado nas condições de vida no Brasil e investigou temas como educação, trajetórias ocupacionais e saúde dos brasileiros. Seu objetivo principal foi produzir informações atualizadas sobre as diversas dimensões das desigualdades sociais e compreender o mecanismo de produção e reprodução da desigualdade ao longo do ciclo de vida.

A PDSO foi financiada pelo Programa Institutos do Milênio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e o IBOPE foi o responsável pelo trabalho de campo, contando com uma equipe formada por 421 pessoas entre entrevistadores, críticos, revisores e supervisores. O *survey* teve como referência a Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) do IBGE, realizada entre 1996 e 1997 nas regiões Sudeste e Norte do país, e buscou entrevistar chefes de famílias e seus cônjuges, ambos com idade superior a 20 anos.

Segundo relatório técnico, um pré teste foi realizado no início de 2008 a fim de averiguar a compreensão do questionário e fluidez da entrevista, detectando-se necessários ajustes. Em julho de 2008, foi realizado treinamento dos entrevistadores, com o objetivo de maximizar a correta aplicação do questionário, orientar procedimentos para arrolamento e seleção do entrevistado e expor regras para a aplicação das entrevistas.

Nos seis meses seguintes se deu o levantamento dos dados através do inquérito domiciliar de base populacional, onde foram entrevistados 12.423 chefes de famílias e cônjuges residentes em 8.048 domicílios particulares permanentes em setores comuns ou não especiais (inclusive favelas) de todas as regiões do Brasil, em áreas urbanas e rurais. A população pesquisada foi dividida em domínios de acordo com a região e situação (rural ou urbana) com o objetivo de divulgar indicadores para cada um deles, bem como o total do universo.

Dado que as desigualdades são objeto desse estudo, criou-se um estrato amostral com os 10% mais ricos dos setores censitários do âmbito da pesquisa com o intuito de melhorar a precisão dos indicadores de desigualdade. Cerca de 20% dos domicílios primários foram

substituídos por outros, principalmente dada à recusa ou impossibilidade de um dos cônjuges em receber o entrevistador.

Quanto ao processo da coleta, diariamente o material produzido era entregue aos supervisores a fim de ser submetido a um processo de contagem, verificação e filtragem. Após este processo, todos os questionários de um setor, eram remetidos ao escritório de São Paulo, onde eram codificados, digitados, submetidos à crítica e consistência lógica e analítica (via syntax em SPSS), corrigido pela equipe de checagem ou onde era verificada a necessidade de retorno ao campo.

A entrada dos dados foi baseada em controles automáticos que impediam a digitação de códigos errados a cada pergunta, permitindo apenas valores válidos. Perguntas com filtro foram automaticamente controladas por programa de digitação. Para verificação da qualidade da digitação, foi feita revisão em 10% do todo material digitado, estratificado pelos 30 digitadores (Laguardia, et al., 2012).

O instrumento utilizado na PDSO continha perguntas relacionadas à educação, saúde, trabalho, relacionamento e moradia. No módulo Saúde da PDSO, dentre os diversos aspectos avaliados, utilizou-se o questionário SF-36 v.2, tipo standard, em que as perguntas foram relativas às últimas quatro semanas prévias à entrevista.

3.2 Mobilidade Social: variável de desfecho

Apesar dos impasses metodológicos existentes nos estudos de mobilidade e trajetórias sociais no que diz respeito à definição de classe ou estrato social, o consistente apanhado de estudos e discussões referentes ao tema no Brasil, fornecem subsídios para elaborações de propostas de classificações e norteiam escolhas de modelos lógicos que melhor atendam aos objetivos de cada pesquisa.

Enquanto alguns estudos – e aqui se refere principalmente àqueles de caráter teórico – levam adiante essa discussão, pesquisas baseadas na análise de dados provenientes de *surveys* procuram de alguma forma medir posições de classe com o objetivo de desenvolver análises estatísticas. Entretanto, mesmo entre os pesquisadores que usam *surveys* e análises quantitativas, não há consenso sobre qual a melhor maneira de mensurar classes sociais (Ribeiro, 2003).

Embora alguns estudos tenham sido desenvolvidos, principalmente no campo econômico, associando renda à classe social, os dois termos não podem ser considerados sinônimos. Ou seja, classes sociais não são apenas um reflexo da renda disponível para indivíduos e famílias.

De acordo com a longa tradição sociológica, classes sociais devem ser pautadas nas posições ocupacionais dentre unidades produtivas e mercados de trabalho. Pastore (1979) explica que a ocupação tem especial destaque entre os critérios atribuídos e que se coloca como um poderoso indicador do posicionamento do indivíduo no espaço social. Dessa forma, nesta pesquisa, a variável ocupação foi considerada para a determinação da posição social dos sujeitos.

As classificações ocupacionais refletem medidas de *status* adquiridas dessas informações de ocupação. Cada estrato ocupacional identificado dentro de determinada classificação se caracteriza por relativa homogeneidade nas situações de trabalho e de mercado. No presente estudo foi utilizada a *Escala de status socioeconômico das ocupações - ISEI* (International socioeconomic index of occupational status), desenvolvida por Ganzeboom, De Graaf e Treiman (1992) a partir dos códigos ocupacionais da International Standard Classification of Occupations – ISCO 88. Trata-se de uma escala criada através de uma ponderação das características socioeconômicas das pessoas inseridas em uma determinada ocupação; em geral, educação e renda. Tal classificação permite a análise de trajetória para determinar o peso das características sociais e dos fatores de estratificação no processo de obtenção de status.

É preciso lembrar que o objetivo desse trabalho foi não só caracterizar a situação de trabalho dos indivíduos, mas também sua trajetória de mobilidade social. Dessa forma, foi necessário produzir informações comuns aos pontos temporais de referência. Assim, para aplicar o ISEI à realidade brasileira, foi necessário converter os códigos das ocupações da CBO 2002 (Classificação Brasileira de Ocupações, 2002), referentes à ocupação atual do chefe de família, sua ocupação quando da entrada no mercado de trabalho, bem como a ocupação paterna quando o entrevistado tinha 15 anos de idade, para a classificação do ISCO 88 e, posteriormente, para a escala de Ganzeboom (Ganzeboom, Graaf e Treiman, 1992). Por fim, as ocupações foram classificadas e agregadas, tendo como resultado os onze estratos sociais descritos na Tabela 1.

Apesar de ordenadas de maneira a ser possível distinguir entre trabalho rural e trabalho urbano, manual e não manual, os estratos não seguem uma hierarquia perfeita.

Ribeiro (2003) sugere um reagrupamento dessas classes em cinco grupos hierárquicos, onde é possível melhor apreender os movimentos “verticais”, ascendência e descendência, na estrutura social. Ele explica que “a hierarquia entre os grupos é mais bem expressa se os agregarmos em cinco posições distintas, tendo em vista que a mobilidade entre algumas classes é antes vertical do que horizontal” (Ribeiro, 2003 p.397).

Apesar do agrupamento indicado pelo autor não ter sido aplicado à escala de Ganzeboom e sim ao esquema CASMIN, pareceu-se os grupos levando em consideração as relações de emprego observadas dentro de cada classe. Nesse novo agrupamento a classe I deu origem ao Grupo hierárquico 1; as classes II, IIIa e IIIb formam o Grupo 2; IVa e V formam o Grupo 3; O Grupo 4 é formado pelas classes IVb, IVc e VI; Por fim as classes VIIa e VIIb compõem o Grupo 5 (Tabela 1).

Tabela 1 - Esquema de classes de Ganzeboom, Grupos Hierárquicos e Exemplos de Ocupações.

Classes Sociais		Grupos Hierárquicos	Ocupações Incluídas
Profissionais e administradores de alto nível	I	1	Juiz de Direito, Engenheiro, diretor de empresas, engenheiro, etc.
Profissionais e administradores de nível baixo	II	2	Contador, gerente, etc.
Não manual de rotina	IIIa	2	Secretário de escritório, auxiliar administrativo, etc.
Não manual de rotina – vendas e serviços	IIIb	2	Garçom, recepcionista, balconista, etc.
Conta própria com empregados	IVa	3	Proprietário de loja, dono de padaria, etc.
Conta própria sem empregados	IVb	4	Comerciante ambulante, proprietários de comércio, etc.
Supervisão do trabalho manual	V	3	Mestre de obras, mecânico industrial, etc.
Manuais qualificados	VI	4	Mecânico de automóveis, operador de máquinas de construção civil, etc.
Manuais não qualificados	VIIa	5	Pedreiro, servente, pintor, etc.
Proprietários rurais sem empregados	IVc	4	Agricultor, fazendeiro, etc.
Trabalhadores rurais	VIIb	5	Lavrador, trabalhador de enxada, cortador de cana, etc.

A definição de tais grupos possibilitou a caracterização da situação de trabalho dos entrevistados e forneceu subsídios para a análise de mobilidade. Uma vez que a ocupação atual do chefe, sua primeira ocupação e a ocupação do pai do entrevistado foram todas redimensionadas para os cinco Grupos Hierárquicos, foi possível fazer as devidas comparações entre origens e destinos ocupacionais e assim, caracterizar os movimentos em ascendente, descendente e estacionário.

Para fim das análises estatísticas, entretanto, o desfecho de mobilidade – antes marcado pelos três possíveis movimentos na escala social – foi transformado em variável binária (Mobilidade Social ascendente – Sim/Não). A criação de tal variável dependente se deu através da agregação dos movimentos Descendente e Estacionários a fim de descrever aqueles que não sofreram mobilidade ascendente.

3.3 Fatores associados: características sociodemográficas, condições de saúde e qualidade de vida

Estudos sobre mobilidade buscam mais do que determinar a intensidade dos movimentos sociais. É de extrema importância compreender a dinâmica desse complexo processo social, capturando os efeitos de diversos fatores que afetam a trajetória social de um indivíduo, ocasionando oportunidades desiguais de ascensão social.

O modelo teórico, a revisão do material bibliográfico e o interesse em alcançar os objetivos de pesquisa aqui propostos foram responsáveis pela escolha das variáveis independentes, possíveis explicadoras da mobilidade social ascendente.

As variáveis sociodemográficas selecionadas para o estudo foram:

- Sexo: Masculino ou Feminino;
- Idade: categorizada por faixa etária (até 39 anos, de 40 a 49 anos, 50 a 64 e 65 anos de idade ou mais);
- Escolaridade: registrada em anos de estudos completos, sendo uma categoria destinada aos analfabetos (0; 1 – 4 anos; 5 – 8 anos; 9 – 11 anos; \geq 12 anos).
- Raça/Cor da pele: autodeclarada e classificada em branca, parda, preta, amarela e indígena. Para a análise as categorias foram agrupadas em “Branco” e “Não Branco”.

As variáveis escolhidas para representar as condições de saúde e qualidade de vida foram:

- Morbidades: categorizadas de acordo com o número de doenças crônicas e agravos não transmissíveis relatados (0; 1; 2; ≥ 3)
- Obesidade: obesidade apresentada (Índice de Massa Corpórea - IMC ≥ 30) expressa em sim/não;
- Tabagismo: hábito de fumar no presente ou passado, expresso em sim/não;
- Bebe Frequentemente: declarados que fazem uso de bebida alcoólica frequentemente (uma dose ou mais por semana), expresso em sim/não;
- Auto avaliação de saúde: própria saúde classificada como Muito Boa, Boa, Regular, Ruim ou Muito ruim. As informações foram categorizadas com base naqueles que avaliaram a saúde como ruim ou muito ruim, expresso em sim/não;
- Qualidade de vida: mensurada através do questionário SF-36 v.2, tipo standard, onde as perguntas foram relativas às últimas quatro semanas prévias à entrevista. Para o estudo foram considerados termos em português para as medidas sumárias e para os oito domínios. Os termos utilizados foram: Componente Físico – PCS; Componente Mental – MCS; Capacidade Funcional – PF; Aspectos Físicos- RP; Dor Corporal – BF, Estado Geral de Saúde – GH; Vitalidade – VT; Aspectos Sociais – SF; Aspectos Emocionais – RE; Saúde Metal – MH.

3.4 Critérios de Exclusão

Não fizeram parte da amostra, brasileiros com idade inferior a 20 anos. Além disso, devido à metodologia utilizada para o estudo da mobilidade social, alguns dados foram excluídos em diferentes momentos da análise.

Ou seja, por se tratar de uma análise de dados cruzados, houve perda da amostra onde a informação ocupacional era faltante em pelo menos um dos pontos de referência temporal – ocupação paterna, primeira ocupação do entrevistado e ocupação atual do entrevistado. A ausência de informação em algum dos momentos impossibilitou a comparação entre origem e destino ocupacional na análise da mobilidade intra e intergeracional.

Ainda, a classificação ocupacional utilizada abrangeu somente aqueles que na entrevista mostraram-se economicamente ativos, ou seja, que se encontravam inseridos no mercado de trabalho. Desempregados, aposentados, donas de casa, bem como aqueles que não apresentaram informação referente à ocupação foram excluídos da análise. Todos os indivíduos enquadrados em qualquer uma dessas situações foram, no banco de dados, categorizados como *missing*, impedindo uma análise estratificada dos casos.

3.5 Análise dos dados

Na análise dos dados foi utilizada, inicialmente, a estatística descritiva para identificar o perfil sociodemográfico, de saúde, de qualidade de vida e o padrão de movimento social, seja intra ou intergeracional, dos brasileiros. Os resultados foram expostos em tabelas com medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas e para as numéricas foi calculada a média. Em específico para as medidas sumárias de QV do SF-36 (PCS e MCS) segundo variáveis sociodemográficas e de saúde, foram apresentadas ainda a mediana, valor mínimo e valor máximo (uma vez que as mesmas já são normalizadas nos valores médios de 50 e desvio padrão de 10).

Análise da qualidade de vida segundo características ocupacionais também foram realizadas. Gráficos mostram a pontuação de cada domínio do SF-36 por grupo ocupacional e também o escore médio de seus componentes sumários, PCS e MCS, segundo esses mesmos grupos.

Uma vez que um dos objetivos do trabalho foi apreender os efeitos da saúde tanto na mobilidade entre gerações quanto na mobilidade de carreira, os resultados foram dispostos separadamente, sendo as mesmas análises realizadas para os dois momentos, primeiro acerca da mobilidade intergeracional e em um segundo momento acerca da mobilidade social intrageracional.

Dados referentes à mobilidade foram, conforme tradição sociológica, dispostos em uma tabela de contingência ou também conhecida como matriz de mobilidade. Uma vez que a mesma variável foi utilizada para definir a origem e o destino ocupacional, a tabela de mobilidade apresenta uma classificação cruzada com o número de linhas igual ao número de colunas, e onde as células registram o número de indivíduos com uma dada origem que se encontram em determinado destino (Pastore e Silva, 2000). Gráficos foram construídos com o

objetivo de visualizar as tabelas de mobilidade em termos de fluxos de entrada entre os estratos ocupacionais.

O escore médio de QV mental e física, bem como a pontuação de cada um dos oito domínios, foram também apresentados para os três grupos de mobilidade – ascendente, descendente e estacionário.

Posteriormente, aplicou-se análise bivariada. Para verificar a associação entre variáveis de exposição categóricas e o desfecho, utilizou-se teste qui-quadrado (X^2) e para variáveis de exposição numéricas foi utilizado o teste de hipóteses para diferenças entre médias (t de Student). No caso das variáveis binárias, foi calculada ainda a razão dos produtos cruzados (*Odds Ratio* - OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Além disso, na análise bivariada, foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram p-valor inferior a 0.05. Por meio dessa etapa, foi possível selecionar as variáveis a serem posteriormente introduzidas no modelo de regressão logística.

Em seguida, para verificar se as associações observadas entre as variáveis estudadas são próprias delas mesmas ou interferências de terceiras, procedeu-se a uma abordagem multivariada através do modelo de regressão logística. A escolha feita em virtude de se adequar à necessidade de controle de múltiplas variáveis de confusão e de se ter utilizado, como variável resposta, um evento binário. A regressão logística binária é definida como um modelo estatístico em que a variável resposta ou dependente assume valores categóricos e dicotômicos, e pode ser explicada por um conjunto de variáveis independentes ou explicativas que por sua vez podem ser categóricas ou contínuas. Dessa forma, como já explicado, o modelo, neste trabalho, foi utilizado com o objetivo de identificar o conjunto de variáveis que melhor contribui para identificar a ocorrência de mobilidade social ascendente entre os brasileiros.

O método de seleção utilizado foi o *Stepwise*, que baseia-se em um algoritmo misto de inclusão e eliminação de covariáveis segundo a importância das mesmas de acordo com critérios estatísticos estabelecidos. Neste trabalho foram incluídas no modelo as variáveis com $p < 0.20$ e após as interações foram eliminadas as variáveis com $p > 0.10$, determinando-se, então, os coeficientes de regressão logística, as razões de chances e seus intervalos de confiança a 95%, bem como as probabilidades preditas para o desfecho segundo as variáveis significativas no modelo final. O ponto de corte da proporção de desfechos adotado para a mobilidade intergeracional foi 0.36 e para a mobilidade intrageracional 0.28. A proporção de

classificação correta entre os positivos e entre os negativos para o desfecho e a proporção de classificação total, foram também determinados.

Os dados foram analisados por meio do software SPSS for Windows, versão 17.0 (SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Inc., Chicago, Estados Unidos).

3.6 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP e sua realização foi considerada adequada à população humana (ANEXO 2). Os resultados divulgados apresentam natureza coletiva, garantindo-se o anonimato e privacidade dos resultados individuais obtidos.

4 RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva

4.1.1 Caracterização da amostra: perfil sociodemográfico e de saúde

Entre os participantes, 5255 (42,3%) foram homens e quase metade dos respondentes apresentou idade entre 40 e 64 anos (Média= 48,5 anos; Desvio padrão=16 anos). Em relação aos anos de estudo, 16,5% dos respondentes foram classificados como analfabetos, quase o dobro daqueles que estudaram por 12 anos ou mais. A maior parte dos entrevistados estudou de 1 a 4 anos (31,1%). Brancos e Não brancos participaram com relativa semelhança numérica (Brancos = 48,9%; Não Brancos = 51,1%). A presença de pelo menos uma doença crônica foi relatada por 63,3% dos entrevistados (Tabela A1). A grande maioria (71%) era casada ou vivia com companheiro(a). (Laguardia *et. al*, 2011).

4.1.2 Perfil de Qualidade de vida

As questões referentes à qualidade de vida obtiveram 100% de resposta. Homens apresentaram melhor qualidade de vida física e mental do que as mulheres. Tanto o Componente Físico – PCS quanto o Componente Mental – MCS apresentaram menores pontuações para aqueles entrevistados com idade mais avançada, sendo a qualidade de vida física mais afetada pelo avançar da idade do que a qualidade de vida mental. Entrevistados com idade de 65 anos ou mais apresentaram pontuação média no Componente Físico – PCS de 41,8 (Tabela A1).

A melhora na qualidade de vida é diretamente proporcional ao aumento da escolaridade, sendo a diferença na qualidade de vida física mais evidente. Indivíduos com 12 anos ou mais de estudo apresentaram *score* médio do Componente Físico – PCS de 53 enquanto para os analfabetos esse valor foi aproximadamente 43.

A diferença de qualidade de vida entre os grupos de raça/cor foi mínima a tanto para saúde física quanto para mental.

A qualidade de vida decresceu à medida que um número maior de doenças crônicas foi reportado.

Tabela A1- Estatística descritiva por componentes sumários (PCS e MCS) do SF-36 v.2 na PDSB, Brasil, 2008.

Variáveis	N	%	PCS – Componente Físico				MCS – Componente Mental			
			Média	Min	Max	Mediana	Média	Min	Max	Mediana
Sexo										
Masculino	5,255	42.3	50.7	2.4	69.6	54.8	52.9	-1.1	76.0	55.3
Feminino	7,168	57.7	48.3	5.0	74.7	51.3	49.7	2.5	76.9	52.3
Faixa Etária (anos)										
18-39	3,973	32.0	54.3	12.7	74.7	57.1	52.1	2.5	75.4	54.5
40-64	6,132	49.4	48.9	5.0	71.0	51.9	50.8	-1.1	76.9	53.4
≥ 65	2,318	18.7	41.8	2.4	63.9	42.1	50.1	5.0	76.5	52.6
Anos de Estudo^(*)										
0	1,904	16.5	43.2	2.4	68.4	43.5	48.1	7.2	76.0	50.1
1-4	3,592	31.1	47.5	6.3	71.0	50.2	50.7	5.0	74.9	53.2
5-8	2,529	21.9	50.9	5.0	74.7	54.5	51.2	-1.1	76.5	53.8
9-11	2,408	20.9	53.1	11.0	69.8	56.3	52.8	2.5	74.4	55.3
≥ 12	1,109	9.6	53.0	18.9	70.7	56.0	53.1	3.6	73.6	55.3
Raça/Cor^(*)										
Branca	5,868	48.7	49.4	2.4	74.7	53.0	51.2	2.9	76.0	53.8
Parda	4,801	39.8	49.3	5.0	72.5	52.7	51.0	-1.1	76.9	53.8
Preta	1,389	11.5	49.2	8.6	67.3	52.7	50.9	8.0	74.3	53.2
Número de Morbidades										
0	4,554	36.7	54.9	9.7	71.0	57.5	54.0	5.9	76.9	55.9
1	3,035	24.4	50.3	8.6	74.7	53.4	52.1	2.5	74.4	54.0
2	1,996	16.1	46.4	2.4	70.7	48.3	50.4	3.6	76.5	53.0
≥ 3	2,837	22.8	41.3	6.3	69.8	41.3	45.7	-1.1	75.5	47.4
Total	12,423	100.0	49.3	2.4	74.7	52.9	51.1	-1.1	76.9	53.7

* Missing: Anos de Estudo = 881; Raça/Cor (auto referida) = 365. Fonte: Laguardia et. al, 2011.

Foi, ainda, traçado perfil de qualidade de vida através dos componentes sumários e demais domínios do SF-36 segundo características ocupacionais. A Figura A1 mostra o valor médio das medidas sumárias do SF-36, PCS e MCS, segundo os cinco grupos ocupacionais hierárquicos. Percebe-se que há uma tendência a diminuição da QV física e mental à medida que se aproxima das posições mais baixas da pirâmide social. O Grupo 5, entretanto, apresenta pontuações superiores ao Grupo 4.

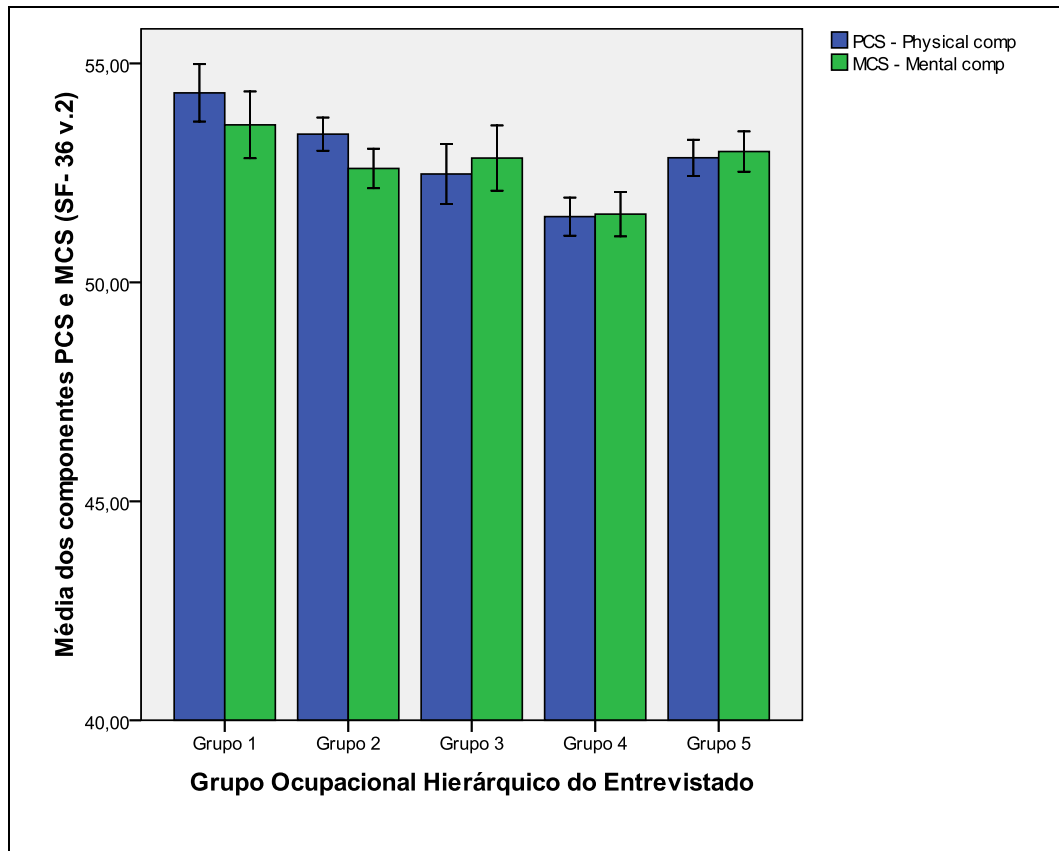


Figura A1. Média do PCS e MCS por grupo hierárquico de ocupação na PDS. Brasil, 2008.

Ao analisar a Figura A2 e Figura A3 percebe-se que Vitalidade – VT pontua bem acima dos outros domínios independentemente do grupo ocupacional. Os valores de QV para este domínio ficam próximos a 60. Ainda, num panorama mais geral, observa-se comportamento nos domínios semelhante ao que ocorre nas medidas sumárias ou seja, a pontuação média vai diminuindo ao passo que se avança em direção ao Grupo 4. O grupo 5, por sua vez, apresenta pontuação mais elevada que o Grupo 4, em todos os quesitos.

Apesar da tendência à diminuição da QV, as diferenças não foram significativas na maior parte dos domínios. Os valores de Vitalidade – VT e Aspectos Sociais – SF não sofreram alterações significativas entre os grupos ocupacionais. O domínio Dor Corporal – BP apresenta diferença significativa entre o Grupo 1 e o Grupo 4 e entre o Grupo 4 e 5. No que diz respeito aos Aspectos Físicos – RP, Estado Geral de Saúde - GH e Saúde Mental – MH, a diferença aparece nos Grupos 1 e 2 em relação ao Grupo 4 e no Grupo 4 em relação ao Grupo 5.

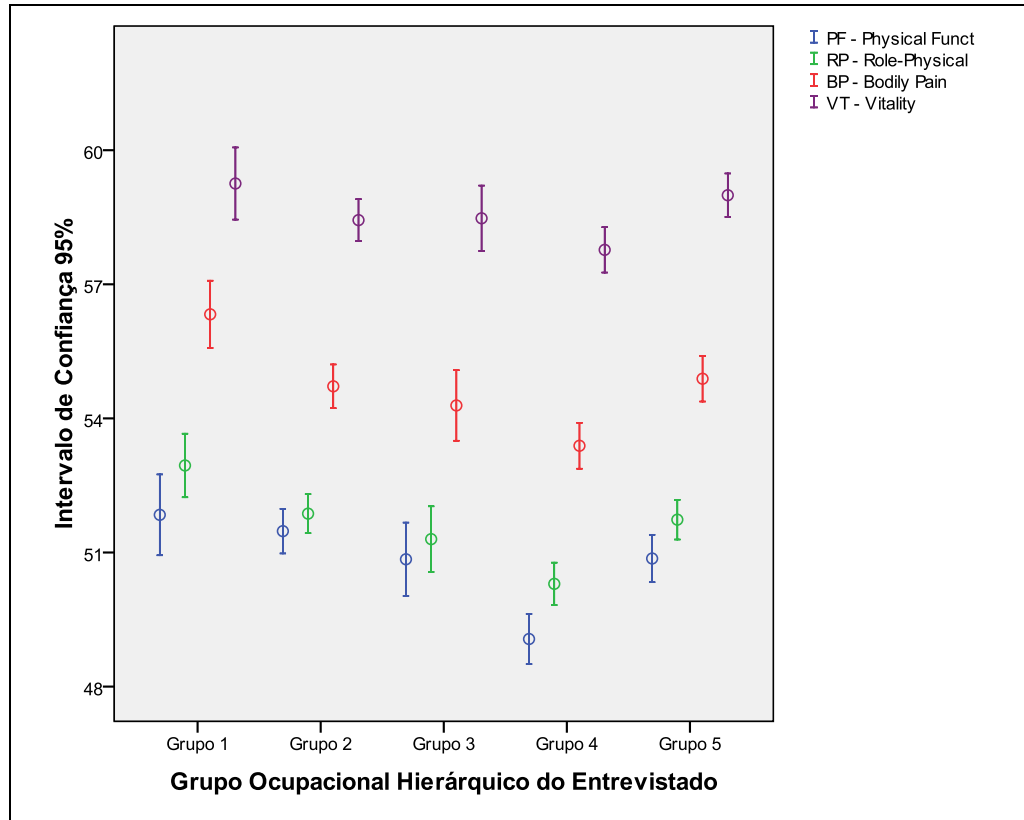


Figura A2. Pontuação dos domínios Capacidade Funcional – PF, Aspectos físicos – RP, Dor Corporal – BF e Vitalidade - VT segundo os grupos de ocupação hierárquicos na PDS. Brasil, 2008.

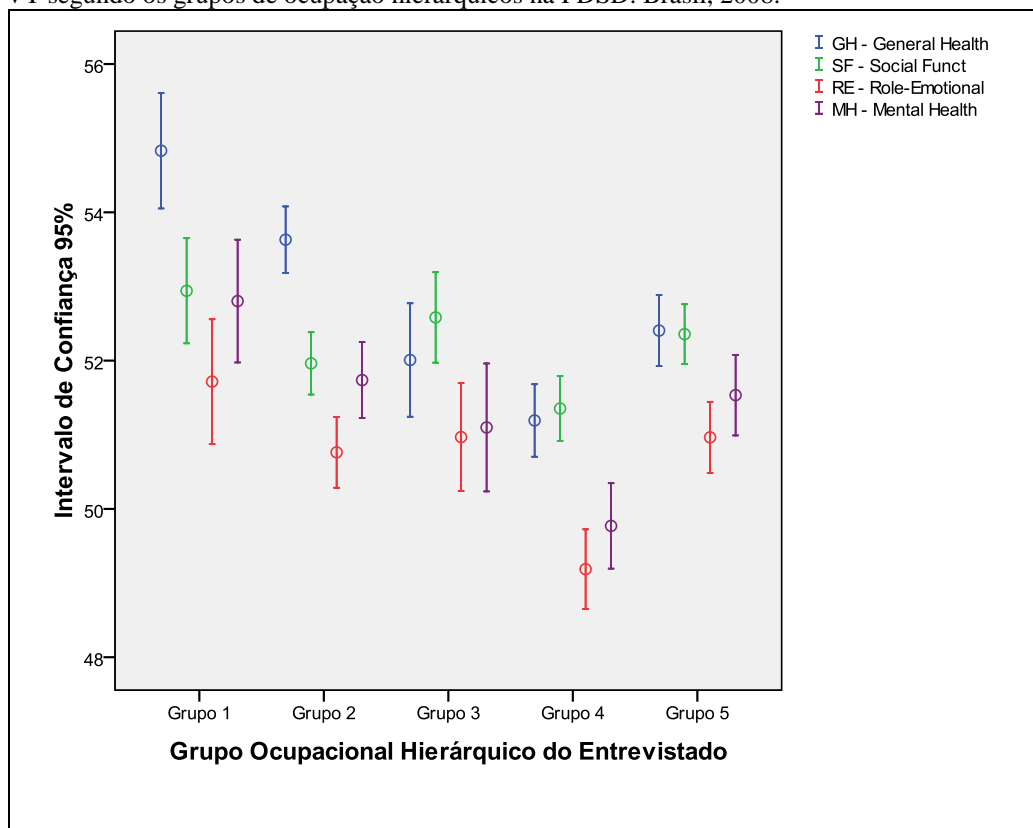


Figura A3. Pontuação dos domínios Estado de Saúde Geral - GH, Aspectos Sociais – SF, Aspectos Emocionais – RE e Saúde Mental – MH segundo os grupos de ocupação hierárquicos na PDS. Brasil, 2008.

Os domínios Capacidade Funcional – PF e Aspectos Emocionais – RE foram significativamente inferiores no Grupo 4 em relação aos outros grupos. O domínio Estado de Saúde Geral – GH foi significativamente superior no Grupo 2 em relação ao Grupo 3. A diferença de QV entre os Grupos 4 e 5 foi significativa para os domínios Vitalidade – VT, Dor Corporal – BP, Capacidade Funcional – PF e Aspectos Físicos – RP.

4.2 Análise da Mobilidade Social Intergeracional

4.2.1 Perfil e Padrões de Mobilidade

Para a análise de mobilidade houve perda de aproximadamente 60% dos informantes. A necessidade de completude simultânea dos dados ocupacionais do entrevistado e de seu pai foi responsável pela alta porcentagem de dados faltantes (Ver item “Critérios de Exclusão” no capítulo acerca dos aspectos metodológicos).

Na Tabela B1, tem-se a matriz de mobilidade que contém os cinco grupos hierárquicos de ocupação apresentados anteriormente no tópico “Mobilidade Social: Variável de Desfecho” no capítulo de metodologia. Os grupos foram ordenados de forma decrescente pelo critério de posição social, sendo o Grupo 1 o melhor posicionado. Nas marginais da tabela é possível verificar a distribuição univariada da posição ocupacional dos entrevistados bem como da posição paterna. Mais da metade dos entrevistados (55%) encontra-se posicionado na base da hierarquia, representada pelos grupos 4 (29%) e 5 (26%). Somente 7,7% dos brasileiros foram classificados como pertencentes a mais alta posição social, Grupo 1, em 2008.

Ao observar a distribuição do posicionamento paterno na marginal direita da tabela, entretanto, percebe-se que a situação ocupacional era ainda pior. Cerca de 75% dos pais de brasileiros entrevistados pertenciam aos grupos 4 (36%) e 5 (39%) e somente 6% deles pertenciam ao topo da hierarquia social. Dessa forma, comparando-se as marginais da tabela é possível ter uma idéia da direção da mobilidade social observada, a qual foi verticalmente ascendente.

No caso de origens e destinos idênticos, ou seja, pai e filho pertencendo ao mesmo grupo ocupacional nos referidos períodos de tempo, tem-se o caso de um indivíduo imóvel. Todos os entrevistados marcados pela imobilidade social intergeracional, estão localizados na

diagonal da tabela. A matriz mostra que o estudo foi marcado pela imobilidade social, responsável por 50% dos casos. A imobilidade foi mais marcante nos entrevistados oriundos dos grupos 4 (55%) e 5 (50%).

Tabela B1 - Matriz de mobilidade social intergeracional com 5 grupos hierárquicos. PDSB, Brasil, 2008.

Grupo Hierárquico do Pai	Grupo Hierárquico do Entrevistado em 2008					Total
	1	2	3	4	5	
1	109	89	19	27	34	278
2	62	275	44	72	112	565
3	49	90	147	64	27	377
4	40	333	247	988	178	1786
5	123	536	73	228	957	1917
Total	383	1323	530	1379	1308	4923

Notas: Grupo 1: Profissionais e administradores de alto nível; Grupo 2: Profissionais e administradores de baixo nível, Não manual de rotina e Não manual de rotina – vendas e serviços; Grupo 3: Supervisor do trabalho manual e trabalhadores conta própria com empregados; Grupo 4: Contra própria sem empregados, manuais qualificados, pequenos proprietários rurais; Grupo 5: Manuais não qualificados e trabalhadores rurais.

A proporção de indivíduos móveis foi composta pelos outros 50% de casos. A região da matriz localizada abaixo da diagonal representa os indivíduos que sofreram mobilidade social ascendente em relação a seus pais. A proporção desses casos foi de 36%. Contrariamente, a região superior esquerda, ou seja, acima da diagonal, representa os casos de mobilidade social descendente (14%). Uma vez que reagrupamos a variável mobilidade a fim de torná-la uma variável binária de mobilidade ascendente sim/não, temos 36% de casos “sim” e 64% de “não”.

Outra forma de descrever a matriz é analisando os fluxos entre os grupos ocupacionais. É possível definir como se distribuem em termos de mobilidade social, os indivíduos provenientes de cada estrato, tomando como referência o total de cada linha em relação ao total analisado. Essa forma de visualizar a tabela permite obter os chamados “fluxos de saída”.

Em relação àqueles cuja origem se deu no Grupo 5, 50% dos filhos alcançou, em 2008, posição superior a de seus pais. Desses, 68,4% chegaram a estratos sociais bem mais elevados do que seus pais (Grupos 1 e 2). Já no Grupo 4, aproximadamente 35% dos filhos

atingiram posições hierarquicamente superiores a dos seus pais e 60% desses ascendentes alcançaram o Grupo 1 e 2.

No que diz respeito ao topo da pirâmide social (Grupo 1), 39% dos filhos de profissionais e administradores de alto nível conseguiram manter uma posição equivalente à de seus pais. Mais da metade dos que descenderam, passaram a ocupar o estrato imediatamente inferior (Grupo 2).

Além dos resultados mostrados acima, tomando as informações ocupacionais dos entrevistados como ponto de partida é possível examinar para cada estrato sua origem social.

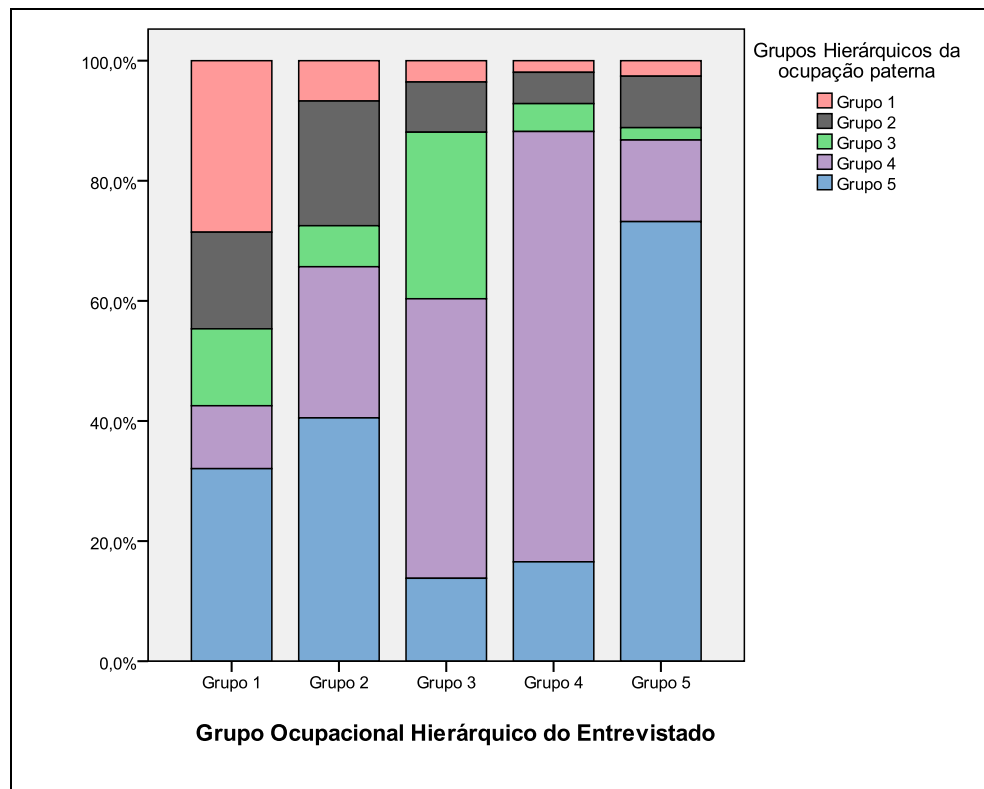


Figura B1. Fluxo de entrada entre os grupos ocupacionais hierárquicos na PDS. Brasil, 2008.

A Figura B1 permite visualizar melhor os dados de fluxo de entrada entre os estratos sociais. Nele é possível apreender a origem social de indivíduos ocupando determinada posição. Percebe-se que o auto recrutamento no estrato extremo inferior (Grupo 5) atinge o nível de aproximadamente 75%. O segundo maior grupo de origem para aqueles entrevistados que se encontram na base da hierarquia é o imediatamente superior, Grupo 4. Já a origem em outros grupos é bem pequena. O Grupo 4 também apresenta alta porcentagem de auto recrutamento, cerca de 70%, indicando que 70 em cada 100 filhos de pais alocados no Grupo 4, permaneceram no Grupo 4. Para os demais estratos o auto recrutamento é bem menor, mesmo no topo da hierarquia social.

Apesar da aparente imobilidade, principalmente no menos favorecido dos grupos, o recrutamento de indivíduos com essa origem para os grupos hierarquicamente superiores, principalmente o Grupo 1 e 2, é significativo. Apesar de somente 6% dos indivíduos oriundos do Grupo 5 terem alcançado o Grupo 1, cerca de 35% dos entrevistados que hoje compõem o Grupo 1 tem origem no Grupo 5. No Grupo 2 esse número chega a 40%. Assim, é muito extenso o recrutamento de indivíduos oriundos de ocupações rurais e manuais não qualificadas mesmo no estrato mais alto.

A composição dos estratos mais altos é bem mais heterogênea. Cerca de 30% e 25% dos Grupos 1 e 2, respectivamente, são recrutados dentro do mesmo estrato.

4.2.2 Qualidade de Vida e Mobilidade Social Intergeracional

Ao analisar o escore médio das medidas sumárias do SF-36 segundo os padrões de mobilidade – ascendente, descendente e estacionário – (Figura B2), percebe-se o Componente Físico – PCS pontua mais para os que ascenderam do que para os que descenderam. Para os que permaneceram na mesma posição, o Componente Mental – MCS apresenta maior escore. Entretanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas ao nível de 5%.

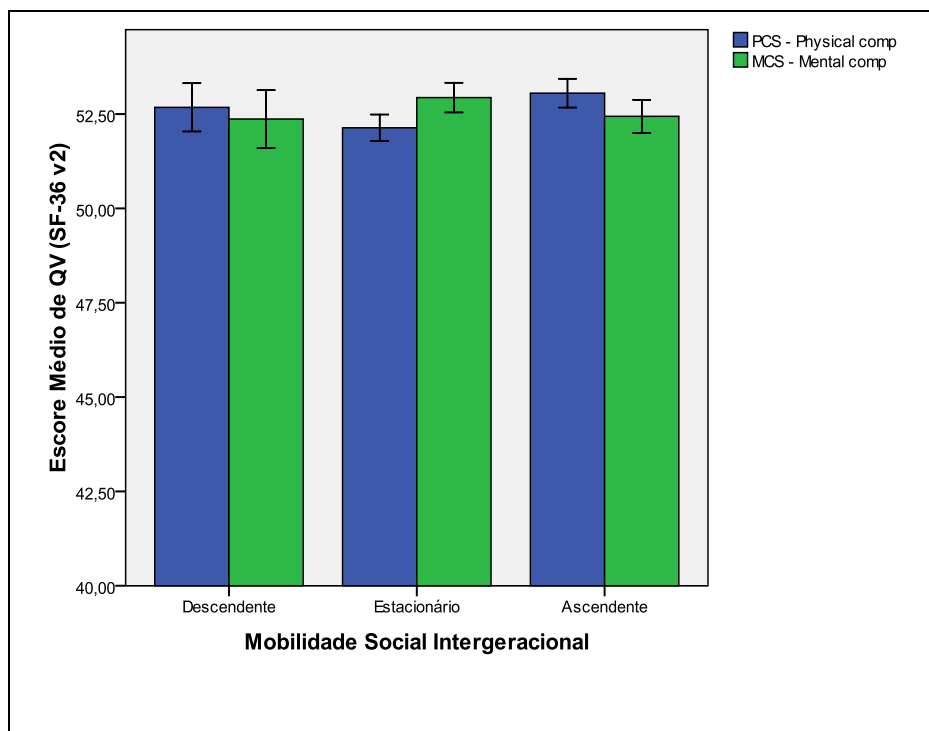


Figura B2. Escore Médio dos componentes sumários do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PSDS. Brasil, 2008.

No que diz respeito aos oito domínios de qualidade de vida, não se pode perceber um comportamento diferenciado da qualidade de vida geral em relação aos padrões de mobilidade. Não há diferença significativa entre os escores médios dos componentes daqueles que ascenderam, descenderam ou permaneceram na mesma posição social quando comparados a seus pais. Em específico, porém, ao comparar-se àqueles com mobilidade descendente àqueles estacionários vê-se diferença estatisticamente significativa nos escores médios dos domínios Capacidade Funcional – PF e Estado de Saúde Geral – GH como se pode observar pelos limites dos intervalos de confiança das Figuras B3 e B4.

Percebe-se, ainda, que a Vitalidade – VT pontua muito acima dos outros domínios em qualquer um dos movimentos. Capacidade Funcional – PF e Aspectos Emocionais – RE, por sua vez, são os que apresentam menores pontuações (Figura B3 e Figura B4).

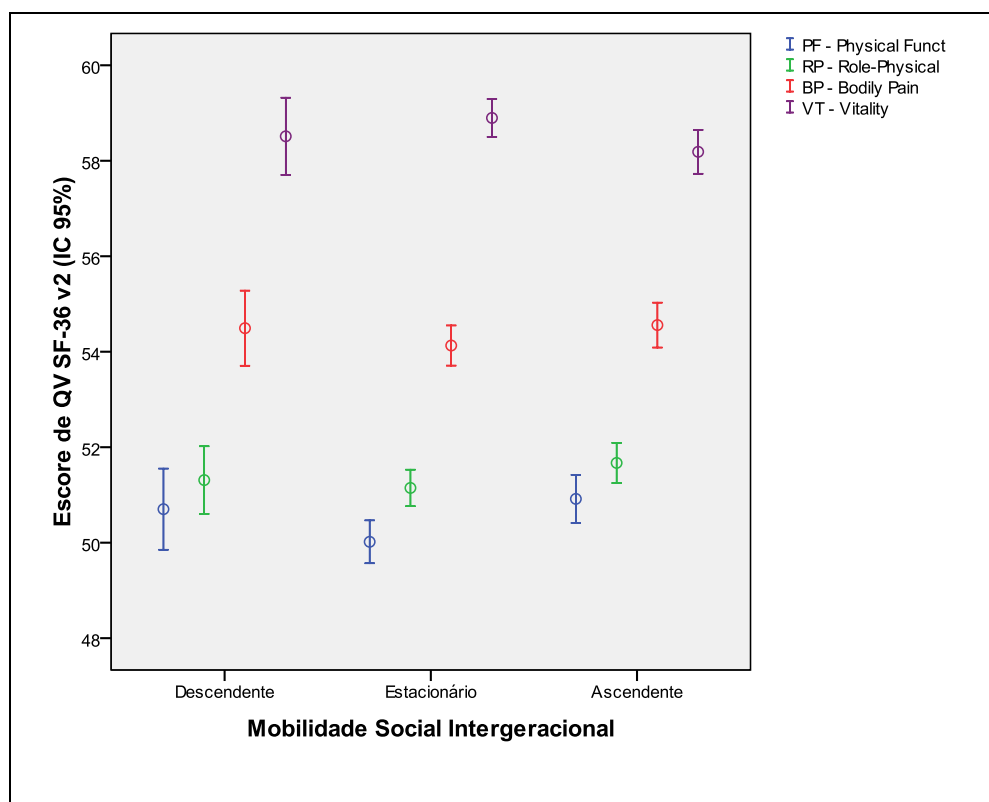


Figura B3. Escore Médio de componentes do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PDSB. Brasil, 2008.

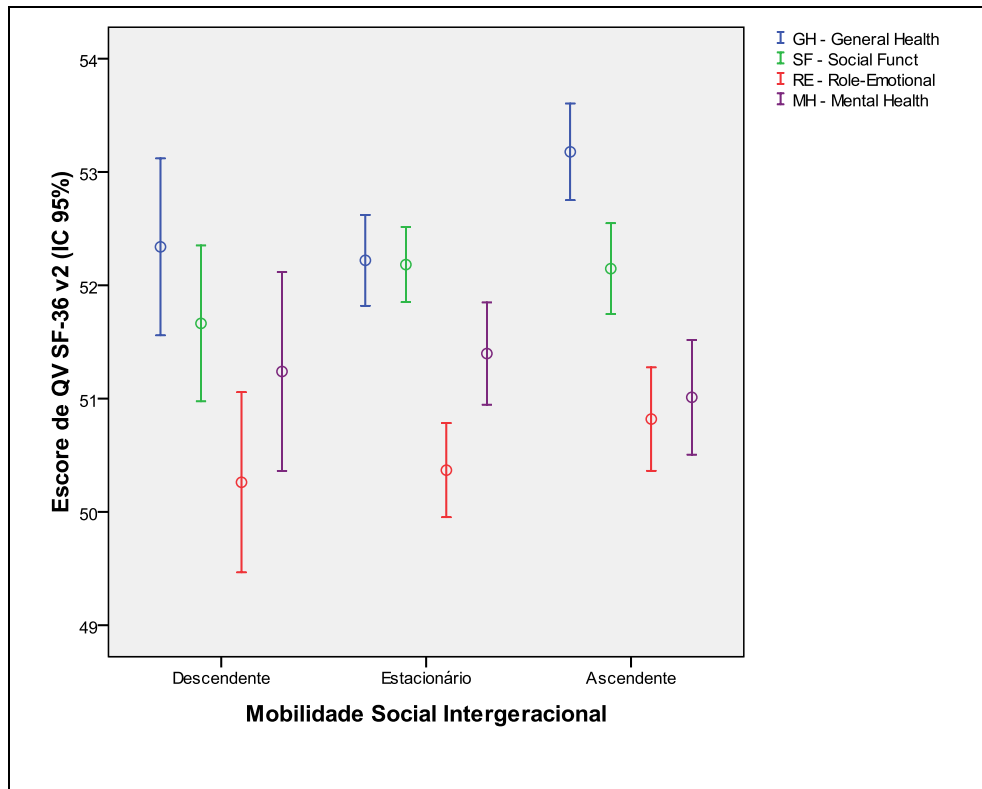


Figura B4. Escore Médio de componentes do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intergeracional na PDSB. Brasil, 2008.

4.2.3 Análise Bivariada

Nesta etapa foi verificada a associação de cada variável independente com o evento de interesse (Mobilidade Ascendente) e estimados os valores do qui-quadrado e respectivo valor p , *Odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança, (IC) de 95%, como apresentado nas tabelas a seguir.

A análise bivariada mostrou que as mulheres (p -valor = 0,000) e jovens (p -valor = 0,022) apresentaram maiores chances de ascensão social. Enquanto 40% das mulheres ascenderam nos grupos ocupacionais quando comparadas ao grupo ocupacional paterno, 33% dos homens seguiram o mesmo caminho. No que diz respeito à escolaridade, a ascensão foi maior à medida que se alcançou maior nível educacional (p -valor = 0,000). Enquanto apenas 20% dos analfabetos sofreram ascensão, mais da metade (52%) dos que estudaram por 12 anos ou mais, alcançaram melhores posições sociais que seus pais (Tabela B2).

Aqueles que fumam ou já fumaram ascenderam menos do que aqueles que nunca fizeram uso do cigarro (p -valor = 0,000).

Tabela B2. Associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde e mobilidade social ascendente intergeracional na PDSD. Brasil, 2008.

Variáveis	N			%			p-valor
	Mobilidade Social Ascendente			Mobilidade Social Ascendente			
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	
Sexo							
Homem	1832	900	2732	67,1	32,9	100	0,000
Mulher	1309	881	2190	59,8	40,2	100	
Total	3141	1781	4922	63,8	36,2	100	
Faixa Etária							
Até 39 anos	1245	749	1994	62,4	37,6	100	0,022
40 - 49	914	546	1460	62,6	37,4	100	
50 - 64	836	398	1234	67,7	32,3	100	
≥ 65	146	87	233	62,7	37,3	100	
Total	3141	1780	4921	63,8	36,2	100	
Anos de Estudo							
0	359	90	449	80,0	20,0	100	0,000
1-4	870	301	1171	74,3	25,7	100	
5-8	743	363	1106	67,2	32,8	100	
9-11	642	549	1191	53,9	46,1	100	
≥ 12	302	336	638	47,3	52,7	100	
Total	2916	1639	4555	64,0	36,0	100	
Raça							
Branco	1500	890	2390	62,8	37,2	100	0,281
Pardo	1226	658	1884	65,1	34,9	100	
Preto	318	181	499	63,7	36,3	100	
Total	3044	1729	4773	63,8	36,2	100	
Número Morbidades							
0	1380	771	2151	64,2	35,8	100	0,454
1	840	468	1308	64,2	35,8	100	
2	448	261	709	63,2	36,8	100	
≥ 3	472	280	752	62,8	37,2	100	
Total	3140	1780	4920	63,8	36,2	100	
Obesidade							
Não	2553	1431	3984	64,1	35,9	100	0,450
Sim	588	349	937	62,8	37,2	100	
Total	3141	1780	4921	63,8	36,2	100	
Fuma ou já fumou							
Não	1718	1081	2799	61,4	38,6	100	0,000
Sim	1423	700	2123	67,0	33,0	100	
Total	3141	1781	4922	63,8	36,2	100	
Bebe Frequentemente							
Não	1591	860	2451	64,9	35,1	100	0,598
Sim	376	214	590	63,7	36,3	100	
Total	1967	1074	3041	64,7	35,3	100	
Avalia saúde ruim/muito ruim							
Não	2985	1732	4717	63,3	36,7	100	0,000
Sim	155	49	204	76,0	24,0	100	
Total	3140	1781	4921	63,8	36,2	100	

Tabela B3. Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95% para mobilidade social ascendente intergeracional na PDSD. Brasil, 2008.

Análise bivariada	Odds Ratio Bruto	Intervalo de Confiança 95%	
		Limite Inferior	Limite Superior
Sexo (Mulher/Homen)	1,370	1,219	1,540
Fuma ou Já fumou (Não/Sim)	1,278	1,136	1,439
Avalia a saúde em ruim ou muito ruim (Não/Sim)	1,835	1,324	2,544

Da mesma forma, os entrevistados que avaliaram sua saúde como ruim ou péssima apresentaram quase duas vezes menos chances de ascenderem socialmente (Tabela B3).

As variáveis Raça/Cor, Número de Morbidades, Obesidade e Bebe Frequentemente não apresentaram significância estatística (p -valor $> 0,05$) no tocante à diferença de chance de ascensão ocupacional.

Para a variável Qualidade de Vida foi calculada a diferença de médias para as medidas sumárias (PCS e MCS) e para os domínios do SF-36 em relação ao desfecho pretendido (Tabela B4).

Tabela B4. Associação entre Qualidade de Vida e Mobilidade Social Ascendente Intergeracional na PDSD. Brasil, 2008.

	Mobilidade Social Ascendente		N	Média	p-valor
	Não	Sim			
PCS – Componente Físico	Não	Sim	3140	52,2510	0,002
			1780	53,0548	
MCS – Componente Mental	Não	Sim	3140	52,8167	0,196
			1780	52,4404	
PF – Capacidade Funcional	Não	Sim	3140	50,1632	0,023
			1780	50,9175	
RP – Aspectos Físicos	Não	Sim	3140	51,1819	0,080
			1780	51,6705	
BP – Dor Corporal	Não	Sim	3140	54,2068	0,256
			1780	54,5580	
GH – Estado Geral de Saúde	Não	Sim	3140	52,2455	0,001
			1780	53,1777	
VT – Vitalidade	Não	Sim	3140	58,8158	0,034
			1780	58,1874	
SF – Aspectos Sociais	Não	Sim	3140	52,0728	0,772
			1780	52,1466	
RE – Aspectos Emocionais	Não	Sim	3140	50,3457	0,120
			1780	50,8194	
MH – Saúde Mental	Não	Sim	3140	51,3641	0,291
			1780	51,0114	

O PCS apresentou maior escore médio para aqueles que ascenderam socialmente (p-valor = 0,002). A Capacidade Funcional – PF, Estado Geral de Saúde – GH e Vitalidade – VT foram os domínios que apresentaram diferenças de média significativas entre os que ascenderam e os que não ascenderam. Os demais domínios não apresentaram significância estatística.

4.2.4 Análise Multivariada

Realizou-se um modelo de regressão logística, para estimar a probabilidade de ocorrência do desfecho “Mobilidade Social Ascendente”, utilizando o método *Stepwise* (Tabela B5). As variáveis incluídas neste modelo foram àquelas com significância estatística na análise bivariada – Sexo; Idade; Escolaridade; Auto avaliação de saúde; Hábito de fumar; Componente físico – PCS; Capacidade funcional – PF; Estado geral de saúde – GH; Vitalidade – VT.

Tabela B5. Resultados do modelo de regressão Logística multivariada (*stepwise*) para o desfecho Mobilidade Social Intergeracional Ascendente na PDSD. Brasil, 2008.

Modelo de regressão: Logística <i>Stepwise</i>	Beta	p-valor	Odds ratio ajustado	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Sexo (Mulher/Homen)	0,269	0,000	1,309	1,152	1,487
Faixa Etária	0,090	0,016	1,094	1,017	1,177
Escolaridade	0,406	0,000	1,501	1,420	1,587
Avalia a saúde em ruim ou muito ruim (Não/Sim)	-0,434	0,022	1,543	1,066	2,237
Componente Físico – PCS	0,007	0,081	1,007	0,999	1,016
Vitalidade – VT	-0,013	0,000	0,987	0,981	0,994

A Mobilidade Social Intergeracional Ascendente foi, no modelo final, explicada pelas variáveis sexo, idade, escolaridade, auto avaliação de saúde, componente físico – PCS e vitalidade – VT. Mulheres, indivíduos mais jovens, com mais anos de estudo, que não avaliam sua saúde como ruim ou muito ruim e apresentam melhor pontuação de qualidade de vida física têm maiores chances de terem ascendido socialmente quando comparados a seus pais.

Percebe-se na Figura B5 que a probabilidade de ascender de nível ocupacional aumenta com o ganho de escolaridade para homens e mulheres. Entretanto, mulheres apresentam maiores chances de terem ascendido em todas as categorias de escolaridade. Há

um ganho de 1,5 chances a medida que se avança nas categorias de anos estudados. Ainda, mulheres que estudaram por 12 ou mais anos apresentaram aproximadamente 3 vezes mais chances de ascender do que homens analfabetos.

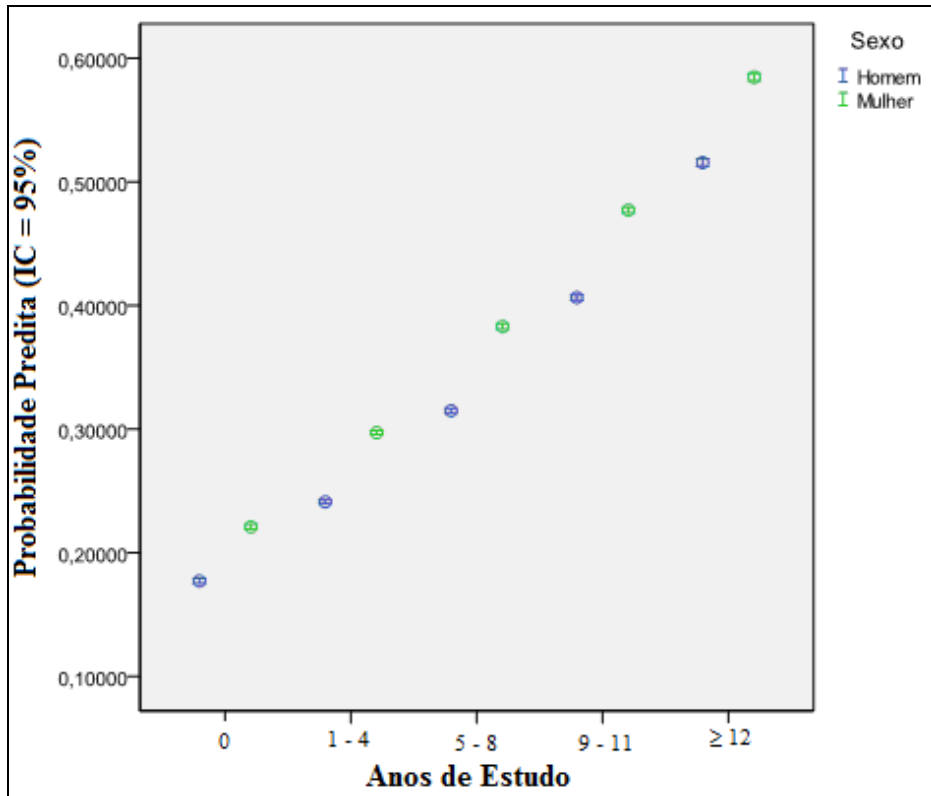


Figura B5. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional por anos de estudo e sexo na PDSB. Brasil, 2008.

Aqueles que não avaliam a própria saúde como ruim ou muito ruim apresentam maiores chances de terem ascendido em todas as categorias de anos estudados. Ou seja, a auto avaliação do estado de saúde mostrou-se importante fator de explicação, mesmo controlado pelo determinante preditor anos de estudo. Assim, tem-se que aqueles que não avaliam sua saúde como ruim ou péssima e têm 12 ou mais anos de estudo, apresentam cerca de 3 vezes mais chances de ascender que os que se avaliam dessa maneira e são analfabetos (Figura B6).

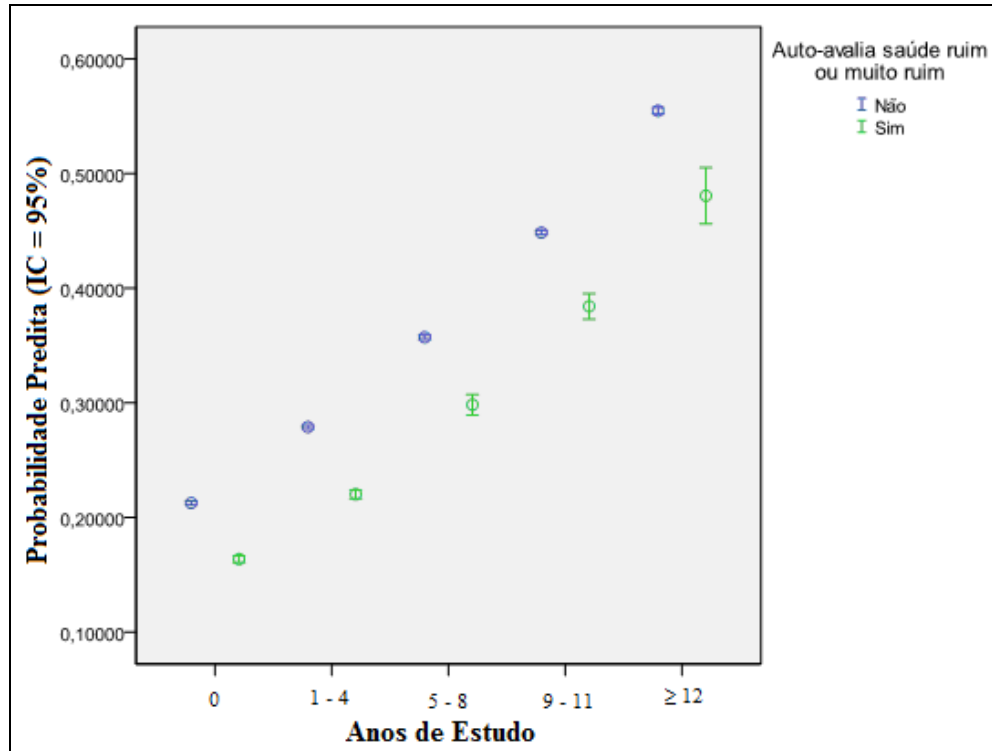


Figura B6: Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional por anos de estudo e auto avaliação de saúde na PSDS. Brasil, 2008.

A Figura B7 apresenta o comportamento da variável idade no que diz respeito às chances de mobilidade social intergeracional ascendente. Percebe-se que a chance de ascensão diminui à medida que a idade avança. Enquanto indivíduos até 39 anos têm cerca de 37% de chance de terem ascendido em relação a seus pais, para aqueles com idade igual ou superior a 65 anos essa chance cai para aproximadamente 30%. Percebe-se aqui um efeito de período, uma vez que para os jovens da atualidade há maiores chances de terem ascendido do que as pessoas mais velhas de hoje.

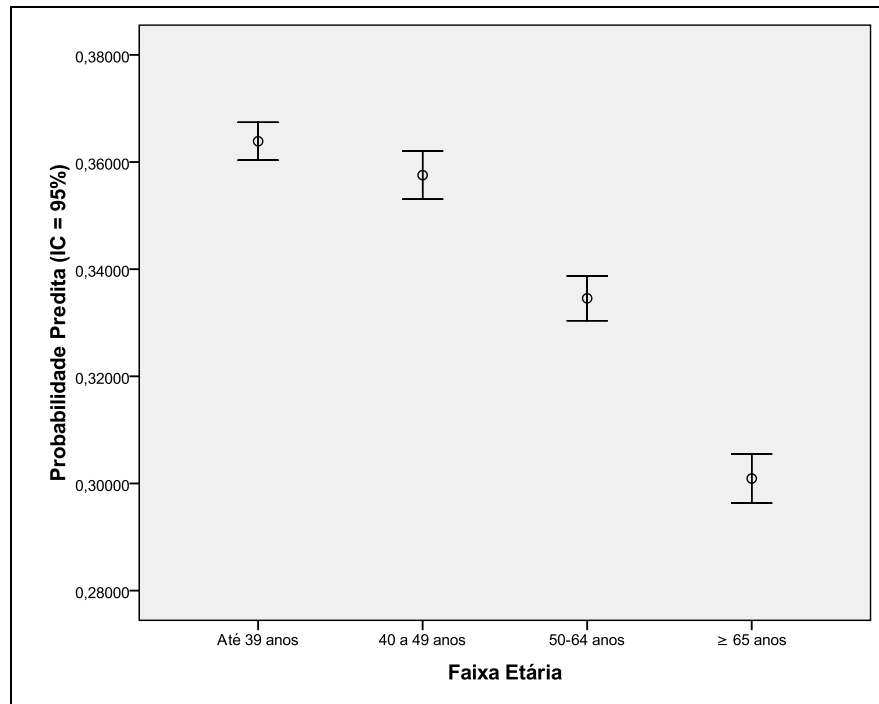


Figura B7. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional segundo a idade na PDSB. Brasil, 2008.

Mesmo controlado por outras variáveis, o Componente Físico – PCS mostrou-se preditor das chances de mobilidade ascendente. As chances de ascensão vão aumentando a medida que se aumenta o escore desse domínio. Dessa forma, é possível verificar que há um efeito da saúde física sobre as chances de ascensão intergeracional (Figura B8).

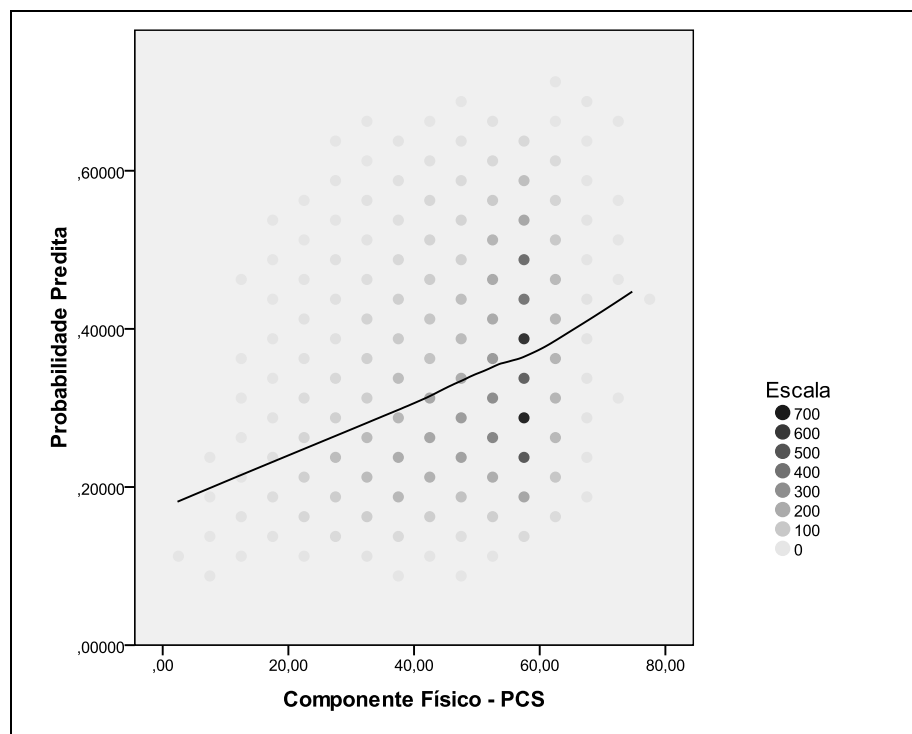


Figura B8. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intergeracional segundo o Componente Físico - PCS na PDSB. Brasil, 2008.

Na Tabela B6 são apresentadas informações sobre a qualidade do modelo. O ajuste foi considerado bom – proporção de acertos total foi de 60,5%, entre os positivos para a ocorrência do desfecho foi 62,2% e entre os negativos foi 59,6%.

Tabela B6. Proporção de classificação correta entre os positivos e negativos e proporção de classificação total para Mobilidade Social Intergeracional Ascendente na PDSD. Brasil, 2008.

		Proporção de Classificação Correta		
		Mobilidade Social Ascendente		% Acerto
		Não	Sim	
Mobilidade Social intergeracional	Não	1736	1178	59,6
Ascendente observada	Sim	619	1018	62,2
Proporção de classificação total				60,5

a. Ponto de Corte 0,360

4.3 Análise da Mobilidade Social Intrageracional

4.3.1 Perfil e Padrões de Mobilidade

A análise da mobilidade intrageracional toma como parâmetro dois pontos de referência temporais: a primeira ocupação e a posição ocupacional atual. Também conhecida como mobilidade de carreira, refere-se aos movimentos que se dão após a entrada no mercado de trabalho. Nesse estudo a idade média de entrada no mercado foi por volta dos 15 anos e o tempo médio entre a primeira ocupação e a ocupação atual foi 33,41 anos, sendo este o tempo médio que um indivíduo teve para se locomover na estrutura social.

As informações sobre a mobilidade intrageracional dos entrevistados estão agregadas na matriz de mobilidade apresentada na Tabela C1. Para criação da matriz houve perda de 58% do total de casos, uma vez que a informação acerca da primeira ocupação e/ou da ocupação atual estava faltante.

Tabela C1. Matriz de mobilidade social intrageracional com 5 grupos hierárquicos. PDSD, Brasil, 2008

Grupo Hierárquico Primeira Ocupação	Grupo Hierárquico do Entrevistado em 2008					Total
	1	2	3	4	5	
1	162	30	14	9	23	238
2	100	736	51	125	302	1314
3	47	120	245	186	27	625
4	18	160	162	729	122	1191
5	86	386	109	278	960	1819
Total	413	1432	581	1327	1434	5187

Notas: Grupo 1: Profissionais e administradores de alto nível; Grupo 2: Profissionais e administradores de baixo nível, Não manual de rotina e Não manual de rotina – vendas e serviços; Grupo 3: Supervisor do trabalho manual e trabalhadores conta própria com empregados; Grupo 4: Contra própria sem empregados, manuais qualificados, pequenos proprietários rurais; Grupo 5: Manuais não qualificados e trabalhadores rurais.

Na matriz de mobilidade é possível observar a classificação cruzada entre o grupo hierárquico referente à primeira ocupação do entrevistado – variável de origem – com o grupo de sua ocupação atual – variável de destino. Os grupos ocupacionais foram ordenados, como na análise da mobilidade intergeracional, de forma decrescente pelo critério de posição social – o Grupo 1 representa a posição mais alta da hierarquia enquanto o Grupo 5 a menor.

A marginal direita da Tabela C1 representa distribuição dos indivíduos no momento da entrada no mercado de trabalho em termos do estrato social a que pertenciam. Mais da metade dos entrevistados (58%) deram início a suas carreiras em ocupações de estratos baixos, Grupo 4 (23%) e Grupo 5 (35%) enquanto menos de 5% pertenciam ao grupo mais elevado da hierarquia, Grupo 1. Ao observar a marginal inferior da matriz, referente à ocupação atual, percebe-se uma mobilidade de natureza ascendente. A participação nos Grupos 4 e 5 caiu para 53% e para a elite social (Grupo 1) o número de brasileiros quase dobrou.

No que diz respeito à imobilidade social, aproximadamente 55% apresentaram a mesma origem e destino. Daqueles que iniciaram seu trabalho como trabalhadores rurais ou manuais não qualificados (Grupo 5), 53% permaneceram na mesma situação até a época da pesquisa. Aqueles que iniciaram suas carreiras no Grupo 4 também apresentaram alto índice de imobilidade, 61%. Ainda, analisando os dados de acordo com a origem dos indivíduos, observa-se que o estrato de maior imobilidade é o de posição mais elevada, com quase 70% dos indivíduos que aí começaram permanecendo neste mesmo grupo.

Dentre os 45% que experimentaram mobilidade, a exemplo do que foi observado na mobilidade intergeracional, predominou a ascensão social. No geral cerca de 28% se encontravam em uma situação ocupacional melhor do que aquela em que começaram sua carreira de trabalho e 17% fizeram o caminho inverso, piorando a situação.

Dessa forma, uma vez que trabalhamos com a variável binária “Mobilidade Ascendente (Sim/Não)”, temos 28% de casos “sim” e 72% de “não”.

Analisando os fluxos de saída, a fim de apreender acerca do destino social dos brasileiros, tem-se que 47% daqueles que iniciaram no Grupo 5 passaram a ocupar posição superior em 2008. Desses, mais da metade (54%) atingiu o topo da hierarquia passando a integrar o Grupo 1 (10%) e Grupo 2 (44%), o que significa um substancial progresso em relação a sua origem social.

No que diz respeito ao topo da pirâmide social (Grupo 1), 40% dos que descenderam, passaram a ocupar o estrato imediatamente inferior (Grupo 2).

A Figura C1 retrata resultados que dizem respeito a origem dos indivíduos de uma dada posição na estrutura social, tomando as informações acerca da primeira ocupação como ponto de partida.

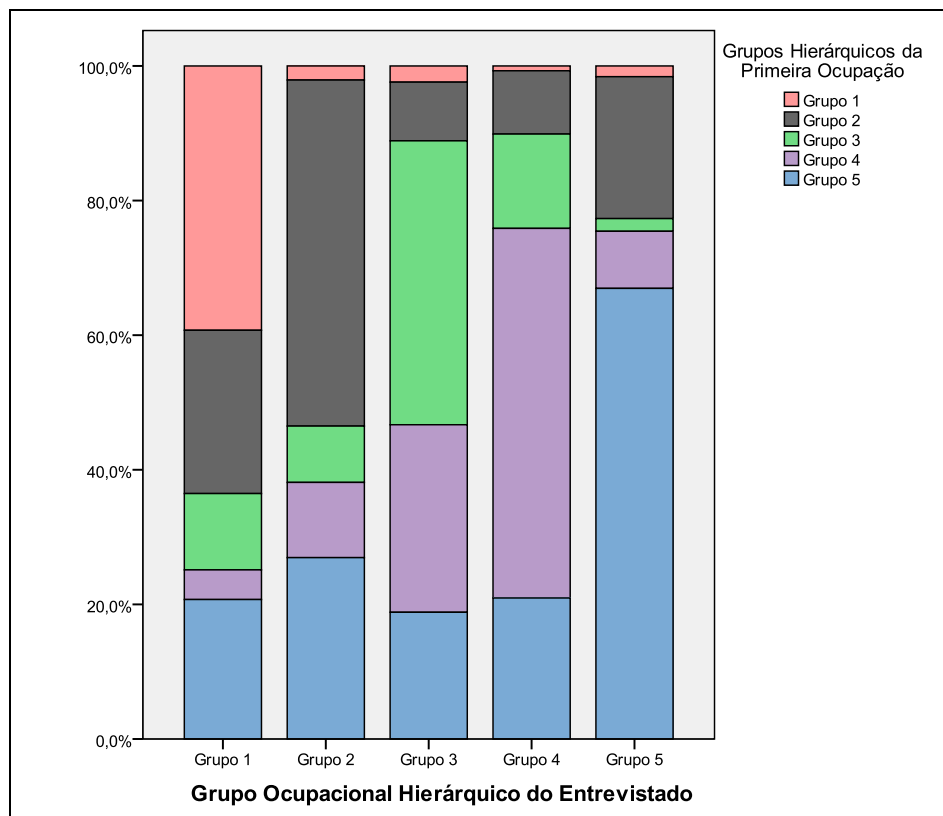


Figura C1. Fluxo de entrada entre os grupos ocupacionais hierárquicos na PDSB, Brasil, 2008.

Percebe-se que cerca de 70% dos entrevistados alocados no Grupo 5, representado pelo trabalhadores rurais e manuais não qualificados, têm origem no mesmo estrato, isto é, 70 em cada 100 entrevistados que iniciaram suas carreiras no Grupo 5, permaneceram no Grupo 5. Para os demais estratos o auto recrutamento é um pouco menor, no Grupo 1 a proporção é de 40 para cada 100.

Em qualquer estrato é mínimo o número de indivíduos que conseguiram ascender para o Grupo 1. Mesmo assim, cerca de 20% dos entrevistados que hoje compõem o Grupo 1 foram recrutados na base da hierarquia social, Grupo 5.

4.3.2 Qualidade de Vida e Mobilidade Social Intrageneracional

Como na análise da mobilidade intergeracional, o escore médio das medidas sumárias do SF-36 (PCS e MCS) bem como os escores de cada domínio foram apresentados segundo os padrões de mobilidade – ascendência, descendência e imobilidade.

O Componente Físico – PCS obteve uma média mais elevada que o Componente Mental – MCS para aqueles que descenderam e para os que ficaram imóveis. A saúde física mental pontuou mais naqueles que subiram na escala social, entretanto, nenhuma das diferenças foi estatisticamente significativa ao nível de 5% (Figura C2).

No que diz respeito aos oito domínios, não se pode perceber um comportamento ordenado da qualidade de vida em relação à mobilidade social. Não há diferença significativa entre os escores médios dos componentes nos grupos de mobilidade. Mais especificamente, ao comparar-se àqueles com mobilidade ascendente àqueles estacionários vê-se diferença estatisticamente significativa nos escores médios dos domínios Saúde Mental – MH e Aspectos Emocionais – RE como se pode observar pelos limites dos intervalos de confiança das Figuras C3 e C4. Ainda, a Vitalidade – VT pontua muito acima dos outros domínios em qualquer um dos movimentos. Capacidade Funcional – PF e Aspectos Emocionais – RE, por sua vez, são os que apresentam menores pontuações (Figura C3 e Figura C4).

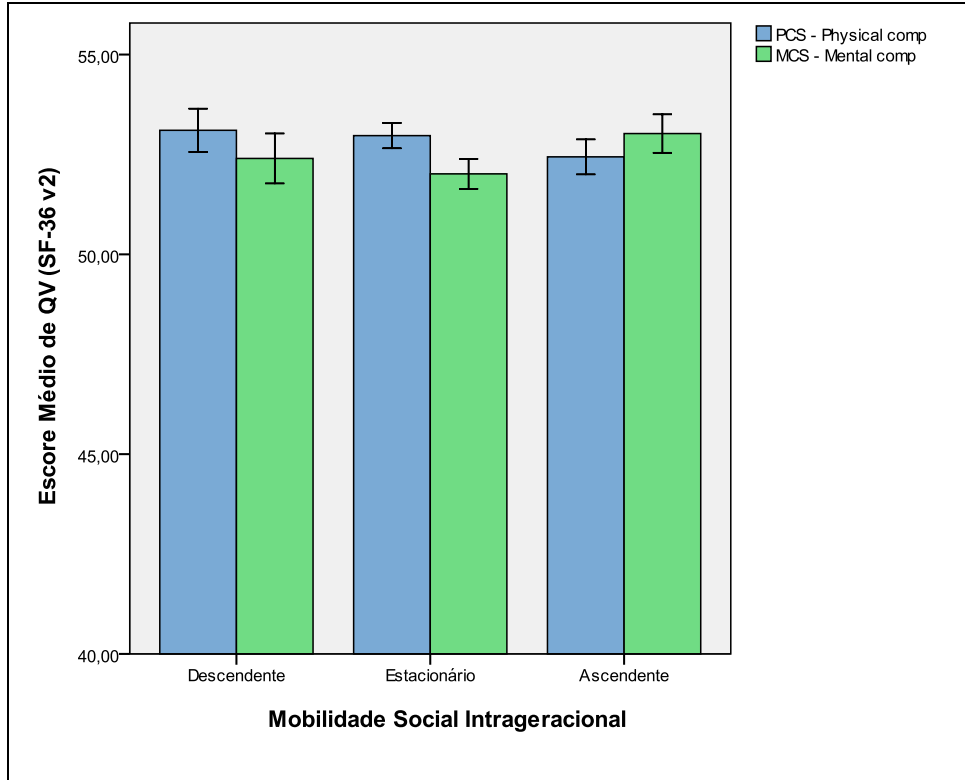


Figura C2. Escore Médio dos componentes sumários do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageneracional na PDS. Brasil, 2008.

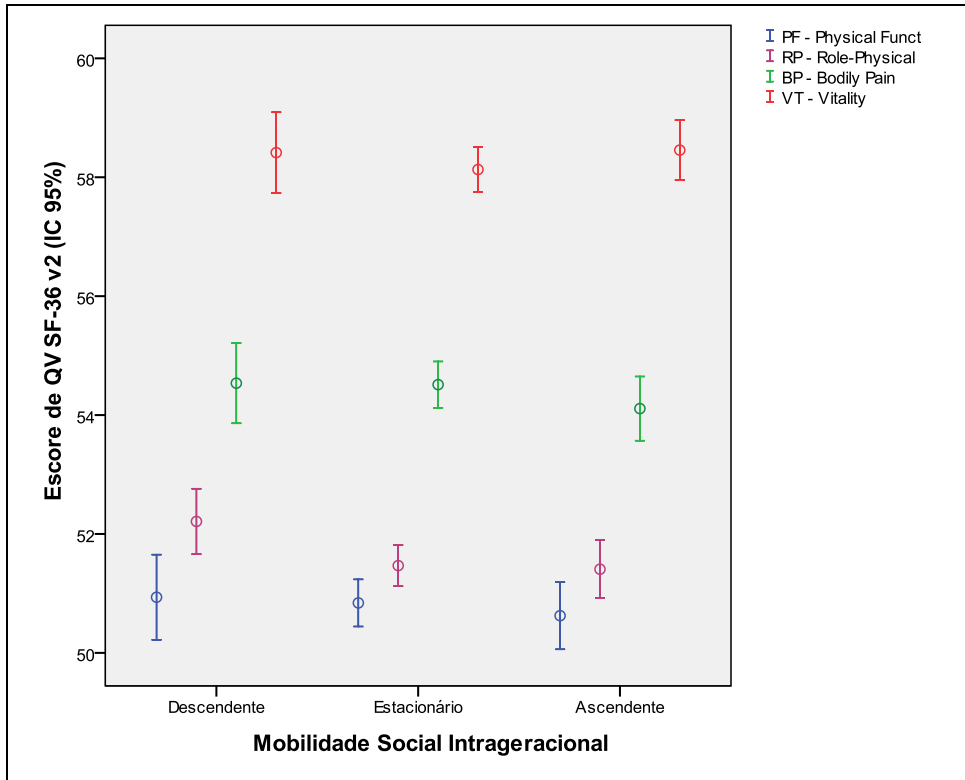


Figura C3. Escore Médio de componentes do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageneracional na PDS. Brasil, 2008.

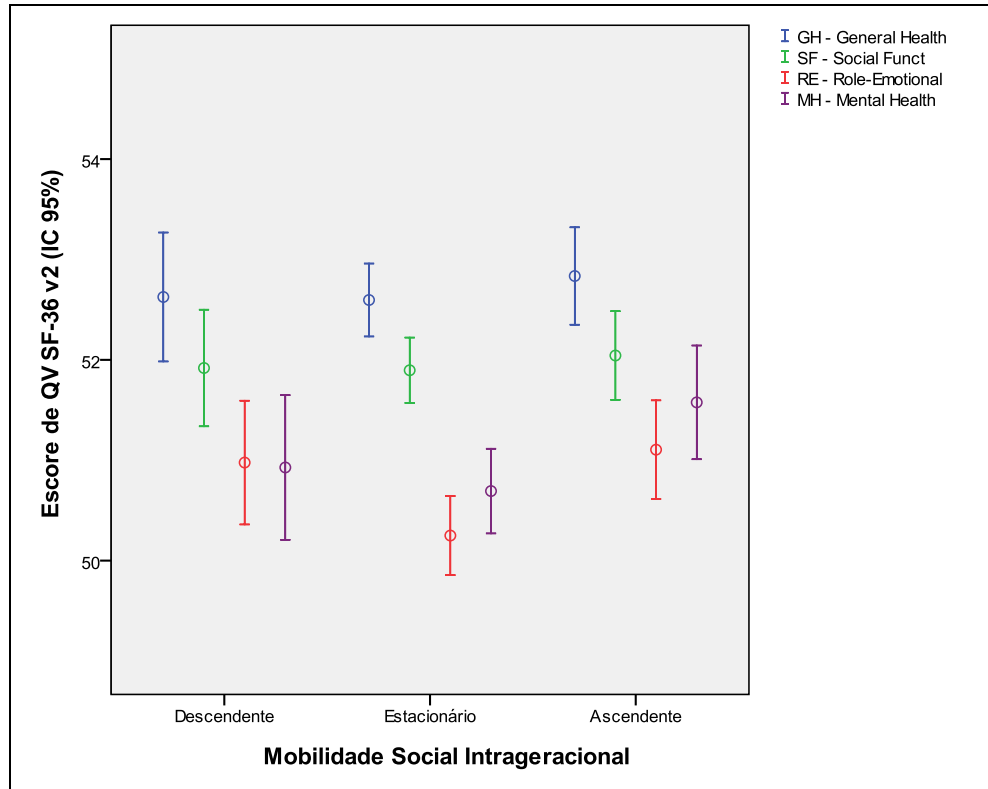


Figura C4. Escore Médio de componentes do SF – 36 (v.2) segundo os padrões de mobilidade social intrageracional na PSDS. Brasil, 2008.

4.3.3 Análise Bivariada

Foi verificada a associação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida e a mobilidade ascendente intrageracional, sendo estimados os valores do qui-quadrado e respectivo valor p , *Odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança, (IC) de 95%.

Homens e indivíduos auto declarados “brancos” ascenderam mais. No que diz respeito à escolaridade a proporção dos que ascenderam vai aumentando conforme aumentam os anos de estudo ($p = 0,000$). Daqueles que estudaram 12 anos ou mais, 35,5% experimentaram mobilidade intrageracional ascendente. A variável idade apresenta comportamento semelhante à escolaridade, sendo maiores as chances de ascensão quanto maior a idade do entrevistado ($p = 0,002$) (Tabela C2).

Tabela C2. Associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde e mobilidade social ascendente intrageracional na PDSD. Brasil, 2008.

Variáveis	N			%			p-valor
	Mobilidade Social Ascendente		Total	Mobilidade Social Ascendente		Total	
	Não	Sim		Não	Sim		
Sexo							
Homem	2018	889	2907	69,4	30,6	100	0,000
Mulher	1702	576	2278	74,7	25,3	100	
Total	3720	1465	5185	71,7	28,3	100	
Faixa Etária							
Até 39 anos	1565	565	2130	73,5	26,5	100	0,002
40 - 49	1142	451	1593	71,7	28,3	100	
50 - 64	865	366	1231	70,3	29,7	100	
≥ 65	149	83	232	64,2	35,8	100	
Total	3721	1465	5186	71,8	28,2	100	
Anos de Estudo							
0	295	97	392	75,3	24,7	100	0,000
1-4	888	309	1197	74,2	25,8	100	
5-8	889	323	1212	73,3	26,7	100	
9-11	938	391	1329	70,6	29,4	100	
≥ 12	418	230	648	64,5	35,5	100	
Total	3428	1350	4778	71,7	28,3	100	
Raça/Cor							
Branco	1715	735	2450	70,0	30,0	100	0,006
Preto/Pardo	1885	681	2566	73,5	26,5	100	
Total	3600	1416	5016	71,8	28,2	100	
Número de morbidades							
0	1653	602	2255	73,3	26,7	100	0,049
1	968	406	1374	70,5	29,5	100	
2	541	215	756	71,6	28,4	100	
≥ 3	558	243	801	69,7	30,3	100	
Total	3720	1466	5186	71,7	28,3	100	
Obesidade							
Não	3016	1154	4170	72,3	27,7	100	0,062
Sim	704	311	1015	69,4	30,6	100	
Total	3720	1465	5185	71,7	28,3	100	
Fuma ou já fumou							
Não	2039	816	2855	71,4	28,6	100	0,598
Sim	1681	650	2331	72,1	27,9	100	
Total	3720	1466	5186	71,7	28,3	100	
Bebe Frequentemente							
Não	1819	690	2509	72,5	27,5	100	0,003
Sim	443	223	666	66,5	33,5	100	
Total	2262	913	3175	71,2	28,8	100	
Avalia saúde em ruim ou muito ruim							
Não	3572	1425	4997	71,5	28,5	100	0,026
Sim	149	40	189	78,8	21,2	100	
Total	3721	1465	5186	71,8	28,2	100	

Quanto ao número de morbidades, apesar de *boderline* ($p = 0,049$), a variável apresentou comportamento contrário ao esperado. Aqueles que apresentaram maior número de doenças crônicas e agravos não transmissíveis ascenderam mais, provavelmente pelo efeito de interação do maior número de morbidades com idade mais avançada.

Ainda, aqueles que avaliaram sua saúde como ruim ou péssima apresentaram 1,5 menos chances de terem ascendido socialmente e para aqueles que declararam fazer uso freqüente de bebida alcoólica, a chance de ascensão também foi maior (Tabela C3).

As variáveis “Obesidade” e “Tabagismo” não apresentaram significância estatística (p -valor $> 0,05$) no que tange às chances de ascensão social intrageracional.

Tabela C3. Odds Ratio e Intervalo de Confiança de 95% para mobilidade social ascendente intrageracional na PDS. Brasil, 2008.

Análise bivariada	Odds Ratio Bruto	Intervalo de Confiança 95%	
		Limite Inferior	Limite Superior
Sexo (Homem/Mulher)	1,302	1,158	1,473
Raça/Cor (Branco/Não Branco)	1,186	1,049	1,342
Bebe frequentemente (Não/Sim)	0,753	0,627	0,905
Avalia a saúde em ruim ou muito ruim (Não/Sim)	1,485	1,042	2,120

Para a variável Qualidade de Vida foi calculada a diferença de médias para as medidas sumárias (PCS e MCS) e para os domínios do SF-36 em relação ao desfecho pretendido, mobilidade intrageracional ascendente (Tabela C4).

O componente sumário MCS apresentou diferença significativa para o desfecho ($p = 0,023$). A qualidade de vida mental foi maior para aqueles que ascenderam socialmente. O domínio Aspectos Emocionais – RE também foi significativo ($p = 0,000$), sendo maior média para aqueles que tiveram mobilidade ascendente.

Os demais domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para a ocorrência ou não do desfecho (p -valor $> 0,05$).

Tabela C4. Associação entre qualidade de vida e mobilidade social ascendente intrageracional na PDSD. Brasil, 2008.

	Mobilidade Social Ascendente	N	Média	p-valor
PCS – Componente Físico	Não	3720	53,0029	0,342
	Sim	1465	52,4395	
MCS – Componente Mental	Não	3720	52,1063	0,023
	Sim	1465	53,0232	
PF – Capacidade Funcional	Não	3720	50,8631	0,511
	Sim	1465	50,6252	
RP – Aspectos Físicos	Não	3720	51,6454	0,082
	Sim	1465	51,4076	
BP – Dor Corporal	Não	3720	54,5175	0,916
	Sim	1465	54,1089	
GH – Estado Geral de Saúde	Não	3720	52,6036	0,232
	Sim	1465	52,8353	
VT – Vitalidade	Não	3720	58,1979	0,159
	Sim	1465	58,4566	
SF – Aspectos Sociais	Não	3720	51,9018	0,360
	Sim	1465	52,0434	
RE – Aspectos Emocionais	Não	3720	50,4234	0,000
	Sim	1465	51,1053	
MH – Saúde Mental	Não	3720	50,7491	0,131
	Sim	1465	51,5763	

4.3.4 Análise Multivariada

Realizou-se um modelo de regressão logística, para estimar a probabilidade de ocorrência do desfecho “Mobilidade Social Ascendente”, utilizando o método *Stepwise* (Tabela C5). As variáveis incluídas neste modelo foram àquelas com significância estatística na análise bivariada – Sexo; Escolaridade; Raça; Bebe Frequentemente; Auto avaliação de saúde; Componente Mental – MCS e Aspectos Emocionais – RE. A variável “Idade” entrou no modelo interagindo com o “Componente Físico – PCS” devido ao comportamento da variável “Número de Morbidades” na análise bivariada.

Tabela C5. Resultados do modelo de regressão Logística multivariada (*stepwise*) para o desfecho Mobilidade Social Intrageracional Ascendente na PDSD. Brasil, 2008.

Modelo de regressão: Logística <i>Stepwise</i>	Beta	p-valor	Odds ratio ajustado	Intervalo de Confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Sexo (Homem/Mulher)	0,314	0,000	1,370	1,201	1,562
Faixa Etária * PCS	0,002	0,095	1,002	1,000	1,004
Escolaridade	0,130	0,000	1,138	1,077	1,204
Raça/Cor (Branco/Não Branco)	0,122	0,067	1,130	0,991	1,287

A Mobilidade Social Intrageracional Ascendente foi, no modelo final, explicada pelas variáveis “Sexo”, “Escolaridade” e “Raça/Cor”. Homens, Brancos e indivíduos com mais anos de estudo têm maiores chances de terem ascendido socialmente quando comparados ao início de suas carreiras. A Idade e o Componente Físico – PCS se agregam em um fator de interação também determinante para a ascensão social.

A Figura C5 mostra que a probabilidade de ascender aumenta com o ganho de escolaridade para homens e mulheres.

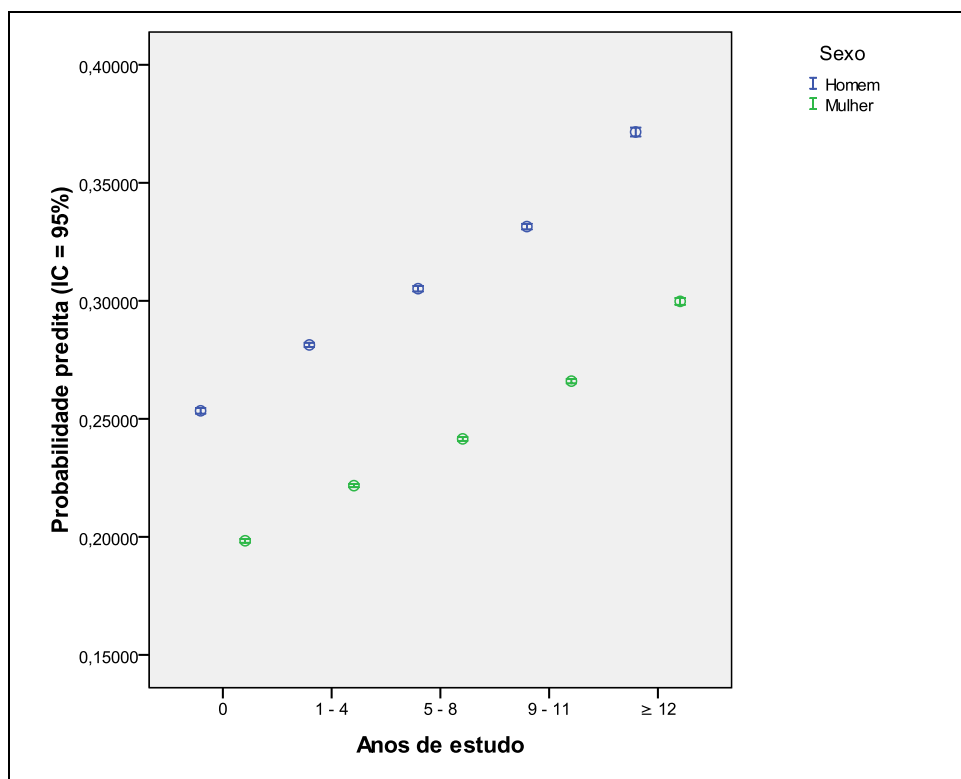


Figura C5. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por anos de estudo e sexo na PDSD. Brasil, 2008.

Entretanto, a probabilidade de ascensão dos homens é maior do que das mulheres para todos os grupos de escolaridade. Mesmo para os mais escolarizados, aqueles que estudaram

por 12 anos ou mais, a chance de mobilidade para os homens chega quase a 40% enquanto para as mulheres esse número não ultrapassa 30%.

Ao considerar a “Idade” atuando de maneira isolada sobre as chances de ascensão social intrageracional, tem-se a variável comportando-se da maneira apresentada na Figura C6, ou seja, diretamente proporcional.

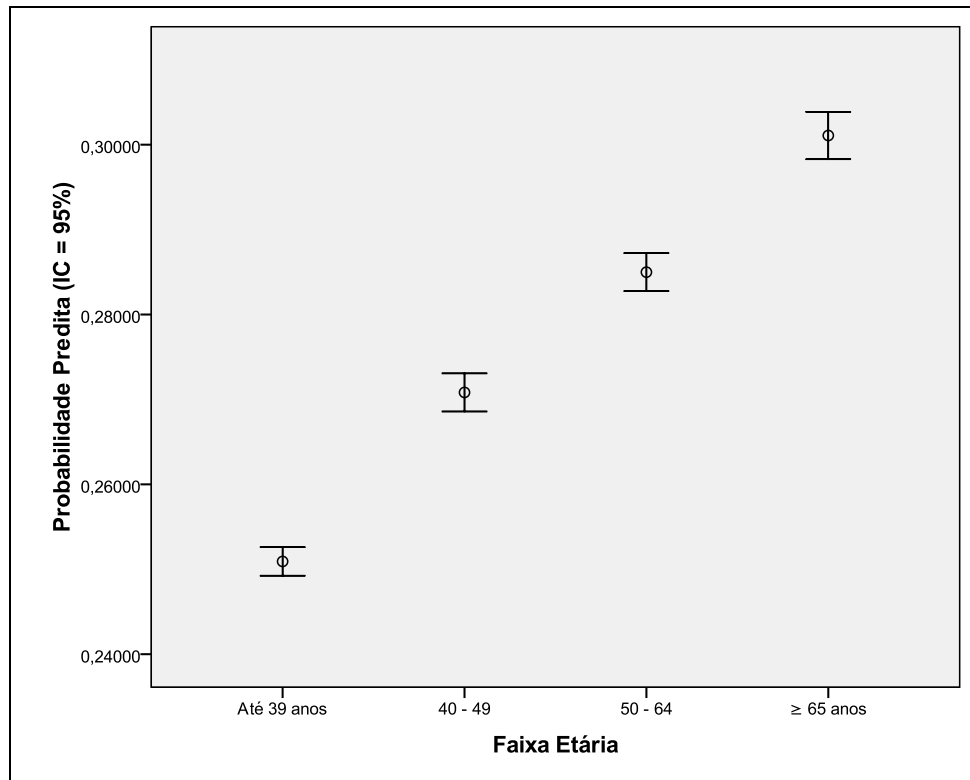


Figura C6. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por Faixa Etária como fator associado isolado na PDSB. Brasil, 2008.

A chance de ascensão intrageracional aumenta com o passar da idade. Enquanto indivíduos com idade até 39 anos tem cerca de 25% de chances, aqueles com idade superior a 65 anos ultrapassam os 30% (Figura C6).

Entretanto, ao considerar a Idade interagindo com o Componente Físico - PCS na determinação na mobilidade social intrageracional ascendente, devido ao comportamento da variável “Número de Morbidades” na análise bivariada, o comportamento difere. É possível perceber que a probabilidade de ascensão social aumenta com o aumento da idade até os 49 anos. Para aqueles com idade superior a 50 anos, a chance de ascender diminui com o passar dos anos (Figura C7).

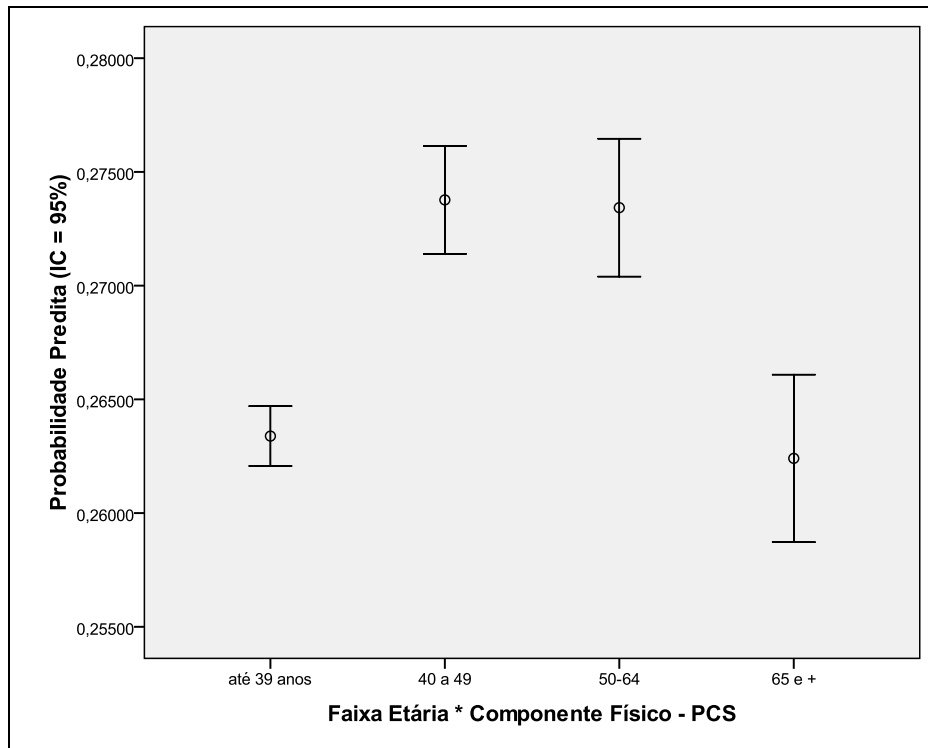


Figura C7. Probabilidade predita de Mobilidade Social Ascendente Intrageracional por Faixa Etária interagindo com o Componente Físico – PCS na PDS. Brasil, 2008.

Na Tabela C6 são apresentadas informações sobre a qualidade do modelo. A proporção de acertos total foi de 53,5%, entre os positivos para a ocorrência do desfecho foi 55,6% e entre os negativos foi 52,7%.

Tabela C6. Proporção de classificação correta entre os positivos e negativos e proporção de classificação total para Mobilidade Social Intrageracional Ascendente na PDS. Brasil, 2008.

		Proporção de Classificação Correta		
		Mobilidade Social Ascendente		% Acerto
		Não	Sim	
Mobilidade Social intrageracional	Não	1747	1567	52,7
Ascendente observada	Sim	578	725	55,6
Proporção de classificação total				53,5

a. Ponto de Corte 0,280

5 DISCUSSÃO

Antes de qualquer consideração, vale lembrar que é preciso cautela nas comparações dos dados de mobilidade social aqui apresentados com aqueles de estudos brasileiros anteriores. Uma vez que, como relatado anteriormente no capítulo metodológico, nem sempre os estratos são construídos da mesma maneira pelos pesquisadores. Pastore (1979) e Pastore e Silva (2000), por exemplo, apesar de apresentarem dados que norteiam a discussão dos resultados, permitindo uma visão geral da mobilidade social brasileira no passado, utilizam uma classificação com diferente construção interna, pautada em seis estratos sociais. É possível, contudo, apreender a tendência geral dos movimentos sociais ao longo do tempo.

Os resultados inerentes a essa pesquisa, no que diz respeito à mobilidade social, reproduziram em parte o fenômeno já observado em estudos anteriores. O Brasil continua sendo um país marcado pelos movimentos entre os estratos, entretanto, mantém dificuldades de acesso às novas e melhores oportunidades sociais e a estrutura social permanece bastante desigual.

Ao comparar a distribuição das marginais da tabela de mobilidade (Tabelas B1 e B2) com dados ocupacionais do ano de 1996 (Pastore e Silva, 2000), percebe-se que a base da hierarquia, formada pelos trabalhadores rurais e trabalhadores manuais não qualificados, reduziu. Por outro lado, nos últimos anos o estrato mais alto (Grupo 1) passou a abrigar uma proporção maior de chefes de famílias. A elite passou de quase 5%, em 1996, para quase 8% em 2008. É possível afirmar então que os brasileiros estão melhor posicionados na estrutura social hoje do que nos últimos anos.

Analisando os dados de forma mais agregada, considerando os Grupos 2, 3 e 4 como intermediários, nota-se que a estrutura social do país é marcada por uma classe média de tamanho bastante considerável, abrigando 66% da população.

O grosso da mobilidade inter e intrageracional continua sendo de curta distância e apesar do observável estreitamento da base da hierarquia, a mobilidade foi marcada pelos movimentos entre os estratos não manuais. Até pouco tempo, a mobilidade social brasileira era marcada pelo esvaziamento gradual do estrato social mais baixo, Grupo 5, com a maior parte das trocas de posição acontecendo nos grupos inferiores. Ao passo que a mobilidade do tipo circular vai ganhando espaço, a base da hierarquia, a qual historicamente apresenta menor

acesso aos recursos necessários para converter a origem social em melhores posições dentro da hierarquia, vai deixando de contribuir com as taxas de mobilidade ascendente.

Analisando o padrão de mobilidade intergeracional, observa-se que apesar da movimentação intensa, houve redução dos brasileiros móveis quando comparados aos dados anteriores, indicando uma sociedade menos dinâmica. Em 1973 quase 81% dos brasileiros alcançavam postos mais altos que seus pais. Esse número caiu para aproximadamente 50% em 1996 e caiu ainda mais em 2008 – 36% de mobilidade ascendente (Pastore, 1979).

A redução do dinamismo se deu, principalmente, pelo aumento do número de indivíduos estacionários. Enquanto a proporção desses casos em 1996 era de quase 37%, esse número chega a 50% em 2008. Ou seja, enquanto dados de 1996 apontaram que poucos foram os filhos que permaneceram nas mesmas posições que seus pais, neste trabalho apesar do intenso movimento observado, a estrutura foi significativamente marcada pela imobilidade social devido, sobretudo, a uma grande permanência de indivíduos oriundos de ocupações rurais e manuais nesses mesmos estratos. Dessa forma, é possível dizer que o peso da herança social é acentuado na base da hierarquia.

Contudo, apesar de ainda intensa, a herança social vem diminuindo com o passar dos anos. Tal fato é evidenciado pela diminuição da auto reprodução ocupacional da base da estrutura social e pela maior proporção de indivíduos oriundos do Grupo 5 que alcançam o topo da hierarquia, representado pelos Grupos 1 e 2 (Tabelas B1, B2 e Figuras B1 e B2).

Apesar de não ser possível distinguir entre trabalhadores rurais e trabalhadores manuais não qualificados nesta pesquisa, grande parte da imobilidade observada no Grupo 5, pode estar relacionada aos filhos dos trabalhadores rurais. Resultados anteriores já alertavam para o fato de que a dimensão rural/urbana coloca-se como uma forte barreira na mobilidade intergeracional. Devido ao elevado auto recrutamento já observado em todos os anos anteriores, são ainda poucos os filhos de pais trabalhadores do campo que conseguem alcançar posições no meio urbano. O pouco movimento existente permite, de forma mais evidente, fluxos de troca entre ocupações rurais e entre ocupações manuais não qualificadas (Pastore e Silva, 2000; Pastore, 1979). Dessa maneira, a mobilidade para filhos de lavradores seria de curta distância, deixando a pobreza rural e passando para a pobreza urbana. Pastore e Silva (2000) alertam, entretanto, que sendo essa troca observada, apesar da pouca distância percorrida, o ganho é grande para aqueles que ascendem para ocupações manuais não qualificadas. Acontece que no meio urbano há maior acesso à educação e às oportunidades

ocupacionais. Tudo isso representa um ganho potencial substancial em longo prazo para aqueles que trilham esse caminho.

Neste estudo, porém, apesar da grande imobilidade verificada no Grupo 5, os filhos que conseguiram alcançar melhores posições tornaram o cenário um pouco mais otimista. Dos que ascenderam socialmente, mais da metade passou a ocupar o Grupo 2, configurando um movimento de longa distância. Dessa forma, essa mudança representou um ganho mais imediato no padrão de vida, uma elevação no nível de consumo e a abertura de novas oportunidades de acesso à escola, ao trabalho e à renda para uma parcela significativa das novas gerações.

Quando comparada com a mobilidade intergeracional, uma menor mobilidade intrageracional já é esperada e é achado recorrente nos estudos da área (Pastore e Silva, 2000). Tal fato se deve, em grande parte, ao menor horizonte temporal entre os pontos de partida e chegada. Para muitos dos jovens entrevistados, a carreira ainda encontrava-se em fase inicial, não tendo tido tempo suficiente para alcançar melhores posições, daí o elevado nível de imobilidade. No total, cerca de 55% dos informantes se encontravam, em 2008, no mesmo grupo ocupacional em que começaram a trabalhar.

Analisando os dados da mobilidade intrageracional de acordo com a origem dos entrevistados, observa-se que o grupo de maior estabilidade é o Grupo 1, com 70% dos indivíduos que aí começaram permanecendo no mesmo estrato. Os pais dos estratos superiores têm muito mais recursos para propiciar melhores oportunidades a seus filhos, o que faz com que eles continuem no topo da pirâmide social. O segundo grupo de maior estabilidade é o Grupo 4, formado em grande parte pelos trabalhadores manuais qualificados. Pastore e Silva (2000) já tinham concluído que ocupações manuais qualificadas ensejam pouca mobilidade, ou seja, quem inicia sua carreira nesse tipo de ocupação encontra dificuldades em galgar outras posições no mercado.

Apesar de tanto na mobilidade inter como na intrageracional a imobilidade estar presente de forma marcante, a mobilidade de carreira, diferentemente da intergeracional, apresentou uma mobilidade geral maior do que os últimos anos. Entretanto, esse aumento se deu, principalmente, pelo crescimento da mobilidade descendente, que passou de 9% em 1996 para 17% em 2008. A proporção dos que subiram na escala social manteve-se praticamente inalterada de 1988 para cá. Ainda assim, a exemplo do que foi observado na mobilidade intergeracional, predominou a ascensão social para aqueles que realizaram algum movimento.

Dessa forma, apesar da estrutura brasileira estar mais flexível, as pessoas tendem a estagnar ou descender em suas carreiras em uma proporção maior que no passado.

Por outro lado, observando-se o extremo superior da pirâmide social (Grupo 1), percebe-se a proporção de auto reprodução não é tão grande quanto na base. Tanto para a mobilidade intra quanto para a intergeracional os Grupos 1 e 2 apresentam composição mais heterogênea desmistificando o mito da auto reprodução dos estratos superiores. Tal comportamento já tinha sido observado nos estudos com dados de 1973 e 1996 (Pastore, 1979; Pastore e Silva, 2000). É interessante observar que 35% da composição da elite se dá por filhos de trabalhadores rurais e manuais não qualificados. Na verdade, tal fato não é exclusividade desse estrato, é muito extenso o recrutamento de indivíduos oriundos do Grupo 5 para todos os grupos ocupacionais hierárquicos superiores. Mesmo que em menor escala, esse fenômeno também é observado na mobilidade intrageracional.

Contudo, é preciso cuidado ao se analisar tal distribuição. Essa composição diversificada não indica facilidade de se locomover na estrutura social e de adentrar nos grupos mais privilegiados. Tais números indicam que há ainda uma grande contribuição da mobilidade do tipo estrutural no país. Este tipo de mobilidade é uma consequência direta da disparidade entre o tamanho das classes de origem e destino, forçando a mobilidade social. Dessa maneira, é preciso levar em conta a extensão numérica do grupo de origem e o pequeno número de componentes dos estratos sociais superiores. Observa-se que somente 6% dos filhos de pais oriundos do Grupo 5 alcançaram o primeiro grupo. Por outro lado, esse percentual representa 35% da composição do Grupo 1. Ou seja, mesmo sendo pequena a probabilidade do filho de um trabalhador rural ou manual não qualificado ocupar o topo da hierarquia, a quantidade de indivíduos com origem nesse grupo é tão extensa que chega a compor de forma considerável o estrato mais elevado da pirâmide social.

As mudanças nos padrões de mobilidade intra e intergeracional aqui observadas podem ser decorrentes de inúmeros fatores agindo em conjunto. Primeiramente, a perda do dinamismo social pode ter caráter metodológico, como já mencionado. Diversos autores ressaltam os intensos movimentos ocorridos entre o trabalho rural e o trabalho manual não qualificado, entretanto, uma vez que estes estratos encontram-se agrupados, dando origem ao Grupo 5, não é possível apreender as trocas ocorridas entre os dois grupos a fim de comparar com dados anteriores. Assim, mesmo que haja movimentos entre os dois grupos, eles ficam caracterizados como imobilidade, contribuindo para a queda da taxa de mobilidade social intergeracional.

Partindo de explicações concernentes ao campo econômico e social, uma menor mobilidade ascendente pode ser decorrente do alcance de uma elevada taxa de urbanização e de uma redução de novas oportunidades ocupacionais. Uma vez que o país já atravessou seu processo de industrialização e urbanização, a mobilidade do tipo estrutural, marcada pela criação de uma massa de novos postos de trabalho, pode estar cada vez mais abrindo espaço para uma mobilidade do tipo circular, onde outros canais de mobilidade são necessários para determinação da posição social de um indivíduo. Pastore e Haller (1993) explicam, ainda, que o próprio fenômeno da mobilidade social observado nos anos anteriores contribui para a diminuição progressiva da fluidez social. Com altos níveis de mobilidade ascendente já tendo sido observados no passado, grande parte dos indivíduos alcançou melhores posições sociais e, partindo de um patamar mais elevado, ficaram sujeitos a maiores riscos de experimentar a mobilidade descendente, podendo explicar o incremento desse movimento na mobilidade intrageracional. Ainda, os intensos movimentos que existiam na base da estrutura social, foram durante anos marcados pela migração do meio rural para o meio urbano. À medida que o país experimentou intenso desenvolvimento econômico e grande parcela da população propensa a migrar para o meio urbano já havia se esgotado nos intensos movimentos observados anteriormente, era esperado que a fluidez nos estratos mais baixos diminuísse com o passar do tempo deixando de contribuir com as taxas de mobilidade ascendente.

Uma informação bastante relevante para as análises das trajetórias ocupacionais é a idade de entrada no mercado de trabalho. Apesar da discreta melhora no decorrer dos anos, a idade média com que os brasileiros começam a trabalhar ainda é muito baixa, por volta dos 15 anos. Essa informação reflete dificuldades no que tange a família e o sistema educacional em propiciar, permitir ou até mesmo incentivar a permanência exclusiva dos jovens no meio escolar na idade adequada.

Essa entrada precoce é determinada, em geral, pelo problema da pobreza rural e urbana, que torna necessária a integração do jovem à força produtiva a fim de contribuir com o rendimento familiar. Essa precocidade por sua vez, acaba por influenciar a trajetória social desses indivíduos, tanto pela necessidade recorrente de abandono da escola quanto pelo tipo de ocupação desenvolvida no momento da entrada no mercado. O que acontece é que jovens que entram no mercado de trabalho extremamente cedo acabam por sujeitar-se às ocupações menos qualificadas. Os resultados aqui apresentados mostraram que os indivíduos estudados adentraram o mercado de trabalho em ocupações diversas, sendo essas, em sua maioria, localizadas na base da hierarquia social.

Ainda, uma vez que famílias posicionadas em estratos mais elevados conseguem postergar a entrada de seus filhos no mercado de trabalho (Pastore, 1979), esse cenário de início precoce constitui em si um forte indicador da desigualdade que historicamente permeia nosso sistema social. Filhos oriundos da base da hierarquia entram no mercado de maneira desprivilegiada e competem em situações de extrema desigualdade com os filhos das classes média e alta que, mais possivelmente, conseguiram educar melhor seus filhos antes de enviá-los ao mercado de trabalho e, com isso, garantiram que a inserção ocupacional se desse em melhor posição social (Silva e Hasenbalg, 2002).

Essa preocupação com a escolarização formal dos brasileiros tem fundamento, como mostraram os resultados desse estudo. Quanto maior o nível educacional, maiores são as chances de ascender socialmente. Mais do que isso, frente aos resultados, não é exagero dizer que a educação constitui hoje o determinante central e decisivo do posicionamento socioeconômico das pessoas na hierarquia social.

A importância da escolaridade parece unanimidade nos estudos de mobilidade, que indicam uma associação positiva entre educação e realização ocupacional (Souza *et al.*, 2010; Januzzi, 2002; Pastore e Silva, 2000; Pastore, 1979). A educação acaba atuando como um preditor da evolução social. Souza *et al.* (2010), ao analisar a relação entre classe, educação e raça utilizando modelos estatísticos, concluiu que a educação é o principal determinante da mobilidade e as desigualdades educacionais, as principais causas da desigualdade social existente no país.

Apesar de sua importância ter sido sempre destacada nos estudos da área, a influência da escolaridade na posição social alcançada tende a aumentar cada vez mais. É que com a transição de uma mobilidade do tipo estrutural para uma mobilidade do tipo circular, recursos individuais, como o nível educacional, passam a exercer um peso maior sobre o aproveitamento das oportunidades ocupacionais e, conseqüentemente, sobre a ascensão social.

A despeito do exposto, o Brasil ainda apresenta um cenário preocupante marcado pelo baixo nível educacional da população. Na amostra, mais da metade dos entrevistados completaram no máximo o ciclo primário. Assim, esforços no que diz respeito à escolarização da população brasileira devem ser extremamente considerados uma vez que representam um incremento grande nas chances dos brasileiros alcançarem melhores condições de vida.

Apesar de extremamente importante, o posicionamento social não é explicada totalmente pelo nível de escolarização dos indivíduos. Embora a maior parte dos estudos sobre mobilidade social no Brasil seja centrado nos homens chefes de família, a mudança no

panorama do mercado de trabalho ressaltou a necessidade de ser prestada maior atenção ao padrão de mobilidade das mulheres.

Os resultados aqui apresentados demonstraram o comportamento do gênero sobre as chances de ascensão social. Entretanto, esta variável age de forma distinta nos processos de mobilidade inter e intrageracional. Mulheres apresentaram maiores chances de ascenderem em relação a seus pais do que os homens. Isso pode ser explicado, bem provavelmente, pelas profundas mudanças econômicas ocorridas no país. A partir da década de 1970, intensificou-se a participação das mulheres na atividade econômica em um contexto de expansão da economia advindo do acelerado processo de industrialização e urbanização. Assim, a grande proporção de mulheres que passou a formar a população economicamente ativa, contribuiu para as elevadas taxas de mobilidade intergeracional desse grupo.

Entretanto, embora apresentem maiores chances de ascender intergeracionalmente, uma vez instaladas no mercado de trabalho as mulheres ascendem menos que os homens. Apesar de mais escolarizadas (Hoffman e Leone, 2004), os resultados demonstram que as mulheres vêm enfrentando barreiras dentro do próprio mercado, podendo evidenciar uma possível discriminação ainda existente com a força de trabalho feminina. Januzzi (2002) ao observar o decesso social das mulheres frente aos homens, argumenta que o mercado ainda encontra dificuldade em lidar com a necessidade de muitas mulheres de interromperem suas vidas profissionais em função das obrigações maternas de reprodução e criação dos filhos, diminuindo, assim, as oportunidades de promoção e chefia.

Hoffmann e Leone (2004) discutem que as ocupações menos valorizadas e tradicionalmente femininas do mercado de trabalho continuam se reproduzindo implicando a persistência de determinados nichos ocupacionais e conseqüentemente, contribuindo para uma redução da mobilidade social ascendente entre as mulheres. Ainda, entre as mulheres situadas em níveis ocupacionais mais baixos, a dificuldade de encontrar melhores alternativas de emprego levou muitas dessas mulheres a permanecer nas mesmas atividades, usufruindo de um progresso muito menor do que quando tiveram a oportunidade de tornarem-se economicamente ativas.

Scalon (1999) e Souza *et al.* (2010) também fizeram distinção de gênero em seus estudos a fim de capturar as possíveis desigualdades de oportunidades existentes entre homens e mulheres. Scalon (1999) verificou que apesar das mulheres virem apresentando melhora gradativa na sua situação no mercado de trabalho, os homens encontram-se melhores posicionados que as mulheres. Já no que diz respeito às chances de mobilidade, a autora não

observou diferenças entre os grupos estudados. Homens e mulheres apresentaram chances semelhantes de se melhor posicionarem no espaço social. O que acontece, segundo a autora, é que a origem de classe apresenta-se como fator definidor muito antes mesmo do gênero. Souza *et al.* (2010) também não verificou diferenças de gênero em seu estudo. As chances de mobilidade foram, antes de tudo, definidas pela escolaridade dos indivíduos estudados.

Muito se infere também sobre as barreiras raciais na estruturação da desigualdade brasileira. Hasenbalg (2005), Osório (2003) e Pastore e Silva (2000) encontraram diferenças significativas nas chances de mobilidade intergeracional entre brancos e não brancos. Ribeiro (2006) chegou a conclusões semelhantes. Entretanto, para esse autor a desigualdade de oportunidades entre brancos e negros encontra-se no topo da hierarquia, quando as melhores posições sociais estão em jogo. Souza *et al.* (2010) e Pastore e Silva (2000), apesar de concordarem com a influência da raça sobre a realização ocupacional, apontam para o fato da existência de uma intensa desigualdade de oportunidades educacionais entre os grupos de cor. Brancos e não brancos não apresentam chances de escolarização semelhantes, tendo os brancos duas ou três vezes mais chances que os não brancos de alcançarem o nível universitário (Pastore e Silva, 2000). Dessa forma, sendo a educação um recurso crucial na determinação das chances de ascensão, os negros apresentam uma severa desvantagem na competição por melhores posições sociais.

Partindo dessas colocações, a raça/cor estaria relacionada às chances de mobilidade muito antes pela ação da desigualdade educacional do que pela ação única da mesma. De fato, a raça/cor, nesse estudo, não apresentou influência nas chances de mobilidade intergeracional. Já para a mobilidade de carreira, a raça/cor deve estar associada a outros mecanismos, uma vez que mesmo controlada por algumas variáveis através do modelo de regressão, continuou por afetar as chances de mobilidade intrageracional ascendente.

Continuando, Pastore (1979) já colocava que a mobilidade social em qualquer país tende a estar bastante associada à questão da idade. Acontece que esta variável reflete características individuais e também transições econômicas e sociais do país possivelmente vivenciadas.

Na mobilidade intergeracional, as chances de ascensão social foram decaindo com o passar da idade (Figura B7). Ao que parece, as oportunidades ocupacionais têm-se expandido mais para os jovens, no passado recente, do que para os mais velhos, no passado remoto. Os mais velhos carecem de novas oportunidades enquanto os mais jovens experimentaram parte

do desenvolvimento econômico e foram beneficiados pela abertura de novas oportunidades ocupacionais.

No ponto de vista do mercado de trabalho a idade reflete experiência, capacitação e familiaridade com as atividades desenvolvidas contribuindo assim, para a inserção em estratos ocupacionais superiores. Além disso, os mais velhos tiveram maior tempo para construir suas carreiras e galgar melhores posições. De fato, esse é o padrão observado nesse estudo ao considerar a variável idade agindo isoladamente na mobilidade intrageracional (Figura C6).

Entretanto, sabe-se que a idade está diretamente relacionada às condições de saúde e números de morbidades apresentadas. Assim, ao observar a idade interagindo com a qualidade de vida física (PCS), o comportamento da variável se modifica dando indicativos da possível existência do efeito da saúde sobre as chances de mobilidade social ascendente (Figura C7).

Apesar da qualidade de vida mensurada através de instrumentos validados e confiáveis configurar uma medida subjetiva, expressa bem a situação de saúde de uma população. Ao observar o perfil de qualidade de vida segundo os grupos ocupacionais, que por sua vez refletem às condições sociais as quais os brasileiros estão submetidos, percebe-se concordância com estudos que buscam avaliar a influência da posição social na saúde. A melhora do nível de saúde foi percebida a cada transição em direção às melhores posições sociais. O estudo Whitehall, realizado na Inglaterra no ano de 1967, forneceu dados consistentes que auxiliaram o entendimento acerca dessa relação. Resultados apontaram que aqueles alocados na base da hierarquia social apresentavam piores condições de saúde e maiores taxas de mortalidade. Além disso, uma melhora do nível de saúde foi percebida a cada transição em direção às melhores posições sociais. Resultados produzidos por Chandola (2003) também apontaram para uma associação significativa entre posição ocupacional e situação financeira com a saúde mental e física mensurada pelo SF-36. Adler e Ostrove (1999) mostram que o número de fumantes, níveis de colesterol, prevalência de estilo de vida sedentário também estão menos presentes ao passo que se avança na hierarquia social.

De fato a qualidade de vida a que cada grupo socioeconômico está exposto é diferente e, portanto é igualmente diferente sua exposição a processos de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores de saúde. Para Braveman (2006) é uma ocorrência relativamente rara que o estrato mais privilegiado não tenha o nível mais elevado de saúde.

No que tange ao efeito da saúde nas posições e transições sociais, os resultados encontrados em outros estudos diferem quanto à medida de posição socioeconômica e de saúde e quanto à metodologia utilizada. Enquanto grande parte dos estudos revela que a saúde apresenta papel secundário, de muito pouca força, na determinação das trajetórias sociais, outros pesquisadores defendem que a saúde atua como determinante em várias condições. Nesse estudo, a saúde atuou de forma discreta sendo mais evidente nos padrões intergeracionais de mobilidade, onde a saúde física teve influência direta nas chances de ascender socialmente.

Bartley e Plewis (1997) perceberam que aqueles indivíduos que experimentaram mobilidade social descendente reportaram maior número de alguma morbidade crônica quando comparados com aqueles que ascenderam socialmente. Em outra pesquisa os autores chegaram a conclusões semelhantes, a saúde indicou a direção das mudanças sociais. A relação entre a saúde aos 16 anos e mobilidade intergeracional e entre a auto avaliação de saúde aos 23 anos e mobilidade intrageracional mostraram-se estatisticamente significativos (Manor *et al*, 2003). Já Power (1996), analisou a relação entre auto avaliação de saúde e mobilidade social entre as idades de 23 e 33 anos através de regressão logística e observou que aqueles que ascenderam apresentavam melhor saúde do que aqueles que permaneceram imóveis ou desceram na escala social.

Berney *et al* (2000) ao analisar a relação entre desvantagens sociais entre idoso e o tempo de exposição durante a juventude à fatores de risco para a saúde, dentre eles hábito de fumar e má nutrição, concluiu que esses fatores, analisados em conjunto, apresentaram forte associação com desfechos sociais negativos, ou seja, quanto maior tempo de exposição às variáveis estudadas, menor a posição social alcançada numa fase mais tardia da vida.

Eltad (2004) coloca que o tempo que se gasta buscando serviços de saúde e ausências relacionadas a episódios de doença podem interferir negativamente no modo de trabalho. O autor coloca ainda que muitas vezes indivíduos saudáveis tendem a ser considerados mais compenetrados e dedicados uma vez que não precisam se preocupar com problemas de saúde, tornando-se assim mais auto confiantes. Uma boa saúde passa a ser, dessa forma, considerada uma característica que reflete uma boa capacidade de trabalho. West (1991) sugere que indivíduos com problemas de saúde são menos ambiciosos ao batalhar por uma melhor posição ocupacional por não saberem se conseguirão lidar com as novas demandas.

Estudos que avaliaram as condições de saúde durante a infância e juventude também puderam comprovar o efeito social dessa variável. Power (1986) ao avaliar a relação entre

características pessoais, inclusive saúde, na mobilidade social entre o nascimento e 23 anos de idade, percebeu uma mobilidade seletiva, entre outros aspectos, à altura, à evidência de problemas psiquiátricos e à saúde geral. Na Holanda, Van de Mheen (1998) avaliou o efeito de baixas condições de saúde durante a infância no nível educacional de adultos jovens. Aqueles que reportaram doenças severas e hospitalizações recorrentes quando crianças tiveram maiores chances de uma baixa escolaridade quando adultos. Mais tarde, Hass (2006) chegou a conclusões semelhantes. A saúde precária durante a infância teve efeitos adversos significativos e diretos sobre a escolaridade e a acumulação de riquezas. Além disso, a saúde mostrou efeitos indiretos sobre a conquista ocupacional através da escolaridade.

Ki (2009) ao analisar 25 possíveis transições sociais intrageracionais, envolvendo cinco estratos, concluiu que, no geral, as transições descendentes foram influenciadas por baixa escolaridade, piores condições de saúde e idade avançada. Entretanto, o efeito dessas variáveis apresentou pesos distintos ao se considerar a classe de origem e destino.

Estudos que observaram o poder determinante da saúde também destacaram, em sua maioria, a saúde física. Chandola (2003) encontrou, entretanto, efeitos significativos da saúde mental nas transições sociais entre homens no estudo Whitehall II. Já a saúde física não mostrou efeitos sobre essas transições.

Dados de um estudo longitudinal realizado em Turin, na Itália, revelaram que o efeito da saúde, mensurada através da presença ou não de hospitalizações durante determinado período de tempo que antecedeu a pesquisa, na mobilidade social também não foi significativo. Os padrões de transição da população estudados foram, basicamente, influenciados pela escolaridade e pelo gênero (Cardano *et al*, 2004). Em estudo com trabalhadores homens, Elstad (2004) revelou que poucos entrevistados relataram sentir que a saúde influenciou sua jornada ocupacional. Através da regressão logística também não foi possível aferir algum impacto da saúde na transição entre posições sociais.

Apesar dos achados, é quase consenso o efeito discreto da saúde nas transições ocupacionais. Entretanto, assim como outros autores, Elstad (2004) defende que o efeito da saúde na mobilidade social é maior quando considerado o limite de entrada e saída do mercado de trabalho.

Uma vez que grande parte dos estudos aborda indivíduos ativos ocupacionalmente, deixando de fora os desempregados, aposentados e afastados, não é sempre possível conhecer os efeitos da saúde na entrada e saída do mercado. Alguns estudos já evidenciaram a relação dessas transições com condições de saúde. Nesses casos, a saúde passa a ser um fator de risco

na trajetória ocupacional daqueles que, por algum outro motivo, ocupam uma posição marginalizada no mercado. Lundberg (1991), Van de Mheen *et al* (1999), Lissau (2001), Elstad e Krostad (2003), Cardano *et al* (2004) e Ki (2009) incluíram aqueles à margem do mercado em seus estudos e concluíram que o efeito da saúde na saída do mercado de trabalho é bem mais expressivo do que na mudança de classes.

Lundberg (1991) apesar de não ter encontrado efeito significativo de diversos indicadores de saúde na mobilidade intergeracional, encontrou um efeito pequeno na mobilidade intrageracional. Além disso, resultados apontaram um efeito claro quando considerada a saída do mercado de trabalho. Já Cardano *et al* (2004) avaliou o impacto da saúde nas diversas formas de saída do mercado de trabalho (aposentadoria precoce, desemprego e para as mulheres, tornar-se dona de casa). Concluiu-se que a saúde teve um efeito substancial na aposentadoria precoce e um efeito um pouco menor nas outras saídas. Schuring *et al* (2007) seguiu metodologia semelhante e verificou que na maior parte dos países europeus, a falta de saúde levou a um aumento no risco de experimentar cada umas das transições para fora do mercado.

Ao examinar uma amostra da população alemã entre os anos de 1991 e 1995, Van de Mheen *et al* (1999) não encontrou associação entre auto avaliação de saúde e subsequente mobilidade social entre aqueles economicamente ativos. Entretanto, uma forte correlação foi encontrada entre auto avaliação de saúde e subsequente transição para dentro ou fora do mercado de trabalho. Ao levar em consideração a entrada ou reentrada no mercado, Claussen *et al* (1993) chegou a conclusões interessantes. Além da prevalência de desordens psiquiátricas ter sido dez vezes maior entre os desempregados em relação aos economicamente ativos, o diagnóstico representou uma redução de 70% nas chances de conseguir um emprego.

Jusot (2008) em um estudo longitudinal buscou avaliar a relação da auto avaliação de saúde, obesidade e tabagismo com a perda de emprego. Ao ajustar os resultados pela avaliação de saúde, a obesidade mostrou-se um precursor significativo de desemprego entre as mulheres, e o tabagismo cumpriu o mesmo papel entre os homens. Ajustando pela obesidade e pelo tabagismo, uma baixa condição de saúde mostrou efeito negativo em manter-se no mercado de trabalho em ambos os sexos. Já Claussen (1999), ao buscar compreender a relação entre alcoolismo e participação no mercado de trabalho, concluiu que o efeito do abuso de álcool na saída do mercado não foi relevante.

Esse efeito social da saúde é ainda mais expressivo nas classes formadas por trabalhadores manuais. Aqueles que apresentam uma saúde deficiente são ainda mais forçados a se tornarem economicamente inativos do que aqueles oriundos de outros estratos. Dahl (1996) já tinha chamado atenção para essas possíveis diferenças.

Não é difícil associar tal padrão de seleção com as características de trabalhos manuais. Tais atividades são menos propícias a acomodar aqueles menos aptos fisicamente. Holland et al (2006), ao avaliar o impacto de acometimentos musculoesqueléticos na empregabilidade de homens e mulheres na Suécia, coloca que não resta outra saída, além de deixar o emprego, para aqueles que não conseguem acompanhar a demanda física desse tipo de trabalho.

Ainda, apesar de homens e mulheres apresentarem padrões de mobilidade relacionada a saúde semelhantes, alguns estudos mostraram que piores condições de saúde apresentam maior impacto entre os homens do que entre as mulheres. (Cardano et al, 2004; McDonought e Amick, 2001; Van de Mheen *et al*, 1999).

No que diz respeito ao efeito da saúde, este parece ser realmente significativo quando as transições para dentro ou fora do mercado de trabalho são consideradas. Uma saúde deficiente impulsiona os trabalhadores para fora do mercado e aqueles já excluídos encontram dificuldades em retornar. Elstad (2004) explica que o poder determinante da saúde é na verdade bastante expressivo, porém, pouco captado pela maioria dos estudos. O que acontece, segundo ele, é que as condições de saúde são muito piores entre todos aqueles que se encontram fora do mercado de trabalho e, dessa maneira, os que conseguem permanecer apresentam saúde pouco variante, sendo insuficiente para alterar de forma consistente as transições ocupacionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontaram que, de um modo geral, a mobilidade social brasileira continua bastante grande. Embora ainda predominem os fluxos de curta distância, não há como desconsiderar os movimentos mais longos observados. As oportunidades de emprego e a diferenciação ocupacional das últimas décadas proporcionam claras melhorias de status ocupacional para a maioria dos chefes de família brasileiros. Ou seja, a estrutura social brasileira, apesar de ainda desigual hoje, foi muito pior no passado, ou seja, nas gerações de nossos pais e avós.

Entretanto, ainda que a situação pudesse ser pior a despeito da mobilidade observada, é inegável também que a situação poderia ser melhor em vista o crescimento econômico observado nos últimos anos. O que foi conquistado pela mobilidade está longe de satisfazer as necessidades, sociais, educacionais, de saúde e qualidade de vida dos brasileiros, uma vez que a maior parte da população brasileira encontra-se, ainda, nos estratos mais baixos da hierarquia social.

Os processos de mobilidade social inter e intrageracional firmaram-se como eventos multideterminados, tendo alguns de seus condicionantes sido identificados nessa pesquisa. A escolaridade adquirida se traduziu fortemente no preenchimento de posições na hierarquia ocupacional. É preciso, dessa forma, trabalhar a questão da discriminação social e racial em termos de realização educacional uma vez que uma igualdade de oportunidades de acesso e permanência na escola representa um ganho substancial nas chances de ascender socialmente em qualquer etapa da vida produtiva.

No que diz respeito às mulheres, talvez pela ainda recente inserção no mercado de trabalho, faz-se necessária a desmistificação da figura responsável somente pelo lar e pela família e que pode vir a onerar o empregador. Há ainda um caminho a ser percorrido na igualdade de chances de mobilidade de carreira entre homens e mulheres.

A saúde, por sua vez, também se coloca como um recurso necessário na mobilidade social, ainda que de forma discreta. Uma boa saúde física contribui para elevar as chances de mobilidade social intergeracional ascendente.

Contudo, antes de atribuir um papel secundário à saúde na determinação social dos indivíduos, é preciso considerar a metodologia utilizada. A proposta desse estudo, apesar de inserida num esquema que contempla o ciclo de vida, não permite determinar o tempo de

exposição às condições adversas de saúde nem mesmo a intensidade desses acometimentos. Dessa forma, ainda que a saúde apresente alguma influência, trabalhos que consigam captar a temporalidade dos acontecimentos podem melhor apreender esse efeito de um acúmulo de desvantagens em saúde que se revertem desfechos sociais negativos. Ainda, apesar de observada a influência da saúde nas transições ocupacionais entre os economicamente ativos há evidências que esta que tenha um papel ainda mais relevante nas chances de saída/entrada no mercado de trabalho. Assim, uma vez fora do mercado, um ciclo vicioso se inicia. A queda dos rendimentos somada, muitas vezes, a gastos com a saúde, levam a uma redução na qualidade e no padrão de vida, resultando em uma menor inserção social e acesso reduzido a oportunidades sociais e também de saúde.

Dessa forma, frente aos resultados aqui encontrados e aqueles oriundos de outros estudos, conclui-se que talvez seja apropriado considerar os desempregados, aposentados e as trabalhadoras do lar como uma outra categoria dentro da hierarquia ocupacional. Uma vez que no banco de dados desta pesquisa esses casos não puderam ser identificados, essa situação configurou-se como uma limitação do estudo desenvolvido.

Por último, outra limitação, não exclusiva deste estudo, decorre do fato da mobilidade social ser avaliada tomando somente duas direções - Mobilidade Ascendente Sim/Não. Dessa forma, a mobilidade social é vista de forma reduzida impedindo que sejam apreendidas características internas de todo o processo de mobilidade, impossibilitando a avaliação do efeito da saúde nas movimentações estrato-estrato. A literatura apontou para comportamentos diferenciados quando consideradas as categorias de origem e destino, sendo o efeito da saúde mais evidente nas classes manuais. Dessa maneira, análises de mobilidades que considerem transições detalhadas entre os estratos favoreceriam uma compreensão mais realista do efeito da saúde.

7 REFERÊNCIAS

1. Adler, N.E; Ostrove, J.M. Socioeconomic Status and Health: what we know and what we don't. **Annals New York Academy of Sciences** 3-15, 1999.
2. Barker, D. J; Osmond, C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischemic heart disease in England and Wales. **Lancet**, v.1: 1077-81, 1986.
3. Barros, R.P. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.15(42):123-142, 2000.
4. Bartley, M; Plewis, I. Does health Selective Mobility Account for Socioeconomic Differences in Health? Evidence from England and Wales, 1971. **Journal of Social Behaviour**, v.38:376-386, 1997.
5. Berney, L; Blane, D; Smith, G.D; Gunnell, D.J; Holland, P; Montgomery, S.M. Socioeconomic measures in early old age as indicators of previous lifetime exposure to environmental health hazards. **Sociology of Health and Illness**, v.22(4):415-430, 2000.
6. Booth, C. Occupations of the people of the United Kingdom, 1801-81. **Journal of the statistical society of London**, v.49(2):314-444, 1886.
7. Borrel, C. Métodos Utilizados no Estudos das Desigualdades Sociais em Saúde. In: Barata R.B (org). **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997: 167-196.
8. Braveman, P. health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annual Review of Public Health**, v.27:167-194, 2006.
9. Breilh, J; Granda, E. **Saúde na Sociedade**. São Paulo: Instituto de Saúde/Abrasco; 1986.
10. Brito, D.M.S; Araújo, T.L; Galvão, M.T.G; Moreira, T.M.M; Lopes, M.V.O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, V.24(4):933-940, 2008.
11. Brunner E; Marmot M. Social organization, stress, and health. In: Marmot M e Wilkinson R.G. (org) **Social determinants of health**. New York: Oxford University Press, 17-43, 1999.
12. Buss, A.S; Silva, L.M.C. estudo comparativo entre dois questionários de qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.35(4):318-324, 2009.
13. Campolina, A.G; Dini, P.S; Ciconelli, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16(6):2919-2925, 2011.

14. Cardano, M; Costa, G; Demaria, M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v.58:1563-1574, 2004.
15. Cardoso, F.S; Curtolo, M; Natour, J; Junior, I.L. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatologia**, v.51(4):338-350, 2011.
16. Castellanos P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida - Considerações Conceituais. In: Barata R.B (org) **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
17. Castro, M. de et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.49(3), 2003.
18. Castro, M.C; Caiuby, A.V.S; Draibe, S.A; Canziani, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev Assoc Med Bras**, v.49(3):245-249, 2003.
19. Castro, M; Caiuby, A.V.S; Draibe, S.A; Canziani, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumentos genérico SF-36. **Revista Assoc Med Bras**, v.49(3):245-249, 2003.
20. Chandola, T; Bartley, M; Sacker, A; Jenkinson, C; Marmot, M. Health selection in the Whitehall II study, UK. **Social Science & Medicine**, v.56:2059-2072, 2003.
21. Chandola, T; Jenkinson, C. The new UK National Statistics Socio-Economic Classification (NS-SEC); investigation social class differences in self-reported health status. **Journal of Public Health Medicine**, v.22:182-190, 2000.
22. Ciconelli, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol**, v.43(2):9-13, 2003.
23. Ciconelli, R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short - Form Health Survey (SF – 36)". **Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.**
24. Claussen, B. Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long term unemployed. **Research Report**. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, 1999.
25. Claussen,B; Bjorndal, A; Hjort, P.F. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.47:14-18, 1993.
26. Dahl, E. Social mobility and health: cause or effect? **British Medical Journal**. Londres, v.313: 435-436, 1996.

27. Diderichsen F; Evans T; Whitehead M. The social basis of Disparities in Health. In: Evans T; Whitehead M; Diderichsen F; Bhuiya A; Wirth M. (org) **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action**. New York, Oxford University Press, 13-23, 2001.
28. Dorling, D. et al. The Ghost of Christmas Past: health effects of poverty in London in 1896 and 1991. **British Medical Journal**, v.321:1547-51, 2000.
29. Elstad, J.I; Health and Status Attainment: Effects of health on occupational achievement among employed norwegian men. **Acta Sociologica**, v.47(2):127-140, 2004.
30. Elstad, J.I; Krokstad, S. Social causation, health selective mobility and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. **Social Science & Medicine**, v.57:1475-1489, 2003.
31. Evans R.G; Stoddart G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans R.G; Baker M.L. e Marmor T.R. (org) **Why are some people healthy and other no? The determinants of health of populations**. Hawthorne: Aldine de Gruyer, 1994.
32. Fahel, M. Desigualdades em saúde no Brasil: uma análise do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2007.
33. Ferriss, A.L. The Quality of Life concept in sociology. **The American Sociologist**. 37-50, 2004.
34. Fleck, M. P. A; Leal, O. F.; Louzada, S. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista brasileira de Psiquiatria**, v.21(1):19-28, 1999.
35. Fleck, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5(1):33-38, 2000.
36. Galego, J.C.B; Moraes, A.M; Cordeiro, J.A; Tognola, W.A. Cafaléia Crônica diária: estresse e impacto sobre a qualidade de vida. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, v.65(4), 2007.
37. Ganzeboom, H.B.G; De Graaf, P; Treiman, D.J. A standart international socio-economic index of occupational status. **Social Science Research**, v.21(1): 1-56, 1992.
38. Gianchello A.L. Health outcomes research in Hispanic/Latinos. **Journal of Medical Systems**, v.21(5): 235-254, 1996.
39. Gill, T. M.; Feinstein, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272(8): 619-26, 1994.
40. Graham, H. **Unequal lives: health and socioeconomic inequalities**. Buckingham: Open University Press, 2007.

41. Groffen, D.A.I; Bosma, H; Akker, M; Kempen, G.I.J.M; Eijik, J.T.M. Personality and health as predictors of income decrease in old age: findings from the longitudinal SMILE study. **European Journal of Public Health**, v.19(4): 418-423, 2009.
42. Haas, S.A. Health selection and the process of social stratification: the effect of childhood health on socioeconomic attainment. **Journal of Health and Social Behaviour**, v.47:339-354, 2006.
43. Hallerod, B; Gustafsson, JE. A longitudinal analysis of the relationship between changes in socioeconomic and changes in health. **Social Science & Medicine**, v.72:116-123, 2011.
44. Hasenbalg, C. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2005
45. Henriques, R. **Desigualdade e Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.
46. Hoffmann, R; Leone, E.T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade de renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Nova Economia**, v.14(2):35-58, 2004.
47. Holland P; Burstrom B; Moller I; Whitehead M. Gender and socio-economic variations in employment among patients with a diagnosed musculoskeletal disorder: a longitudinal record linkage study in Sweden. **Rheumatology**, v.45:1016-1022, 2006.
48. Ishitani, L.H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40(4):684-91, 2006.
49. Jansen, K; Mondim, T.C; ores, L.C; Souza, L.D; Konradt, C.E; Silva, R.A. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27(3):440-448, 2011.
50. Januzzi, P.M. Mobilidade social no contexto das adversidades crescentes no mercado de trabalho brasileiro dos anos 1990. **Economia e Sociedade**, v.11(2):255-278, 2002.
51. Jusot, F; Khlal, M; Rochereau, T; Sermet, C. Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.62:332-337, 2008.
52. Kaplan R, M.; Anderson, J. P.; Wu, A. W.; The Quality of Well-being Scale. Applications in AIDS, cystic fibrosis, and arthritis. **Medical Care**, v. 27(3):27-43, 1989.
53. Ki, M. Health Selection and Health Inequalities. **Tese** (Doutorado em Filosofia). University College London. Londres, 2009.
54. Laguardia, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2 (SF-36 v.2). **Cad. Saúde Pública** (no prelo), 2012.

55. Laguardia, J. et al. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brazil, 2008. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, 2011.
56. Lemos, M.C.D; Miyamoto, S.T; Valim, V; Natour, J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Rev. Bras. Reumatol**, V.46(5), 2006.
57. Lima, M.G; Barros, M.B.A; César, C.L.G; Goldbaum, M; Carandina, L; Alvez, M.C.G.P. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, V.45(3), 2011.
58. Lissau, I; Rasmussen, N.K; Hesse, N.M; Hesse, U. Social differences in illness and health related exclusion from labour market in Denmark from 1987 to 1994. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.29(19), 2001.
59. Lundberg, O. Childhood living conditions, health status and social mobility: A contribution to the health selection debate. **European Sociological Review**, v.7:149–162, 1991.
60. Magalhães, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12(3): 667-673, 2007.
61. Manor, O; Matthews, S; Power, C. Health Selection: the role of inter and intra generational mobility on social inequalities in health. **Social Science & Medicine**, v.57:2217-2227, 2003.
62. Marmot, M. **Status Syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy**. Londres. Bloomsbury Publishing, 2004.
63. Marmot, M.G; Rose, G; Shipley, M; Hamilton, P.J.S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. **Journal Epidemiology and Community Health** v.32:244-9, 1978.
64. Marmot, M; Wilkinson, R.G. **Social determinants of health**. Estados Unidos. Oxford University Press, 2005.
65. Martarello, N.A; Benatti, M.C.C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v.43(2), 2009.
66. McDonough, P; Amick III, B.C. The social context of health selection: a longitudinal study of health and employment. **Social Science & Medicine**, v.53:135-145, 2001.
67. Mendonça, T.M.S. Avaliação prospectiva da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com fratura do quadril por meio de um instrumento genérico - The medical outcome study 36-item short-form health survey (SF-36). **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

68. Minayo, M.C.S; Hartz, Z.M.A; Buss, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v5(1):7-18, 2000.
69. Morales, R.R; Morales, N.M.O; Rocha, F.C.G; Fenelon, S.B; Pinto, R.M.C; Silva, C.H.M. Qualidade de vida em portadores de esclorose múltipla. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.65(2B):454-460, 2007.
70. Muenning, P. Health Selection vs. Causation in the income gradient: what can we learn from graphical trends? **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v.19:574-579, 2008.
71. Mulatu, M. S; Schooler, C. Causal connections between socio-economic status and health: reciprocal effects and mediating mechanisms. **Journal of Health and Social Behavior**, 43(1): 22-41, 2002.
72. Navega, M.T; Oishi, J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós menopausa praticantes de atividade física e sem osteoporose. **Rev. Brasileira de Reumatologia**, v.47(4), 2007.
73. Oliveira, B.G; Abreu, M.N.S; Abreu, C.D.G; Rocha, M.O.C; Ribeiro, A.L. Qualidade de vida relacionada à saúde na doença de chagas. **Rev. Soc. Brasileira de Medicina Tropical**, V,44(2), 2011.
74. Oliveira, D.C. Elaboração de modelos linguísticos baseados na teoria de conjuntos *fuzzy* para mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde. **Dissertação** (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
75. Osório, R. G. Mobilidade social sob a perspectiva da distribuição de renda. Brasília. **Dissertação** (Mestrado). Departamento de Sociologia, UnB, 2003.
76. Paim, J.S. Abordagens Teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata R.B (org) **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
77. Pastore, J. **Desigualdade e mobilidade social no Brasil**. São Paulo: T.A. Queiroz/EDUSP,1979.
78. Pastore, J; Haller, A. O que está acontecendo com a mobilidade social no Brasil? In: Albuquerque, R; Velloso, J.P.R (Orgs.). **Pobreza e mobilidade social**. São Paulo: Nobel, 1993, p.25-52.
79. Pastore, J; Silva, N.V. **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron, 2000.
80. Patrick D. Patient report Outcomes (PROs): an organizing tool for concepts, measures and applications. **Mapi Research Institute Newsletter**, v. 31:1-5, 2003.
81. Pelegriño, V.M; Dantas, R.A.S; Clark, A.M. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, V.19(3), 2011.

82. Pereira, R.J; Cotta, R.M.M; Francheschini, S.C.C; Ribeiro, R.C.L; Sampaio, R.F; Priore, S.E; Cecon, P.R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, v.28(1):27-38, 2006.
83. Pimenta, F.A.P; Simil, F.F; Torres, H.O.G; Amaral, C.F.S; Rezende, C.F; Coelho, T.O; rezende, N.A. Avaliação da Qualidade de Vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Asoc. Med. Bras**, v.54(1):55-60, 2008.
84. Power C, Fogelman K, Fox A.J. Health and social mobility during the early years of life. **Quarterly Journal of Social Affairs**, v.2:397-413,1986.
85. Power, C., Matthews, S., & Manor, O. Inequalities in self rated health in the 1958 birth cohort: Lifetime social circumstances or social mobility? **British Medical Journal**, v.313: 449–453, 1996.
86. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Desigualdade é maior dentro das cidades. São Paulo:** PNUD, 2004. Disponível em: <www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens_especiais/index.php?id0=107&lay=pde>. Acesso em: 15 de Jul. de 2010.
87. Ribeiro, C.A.C. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. **Dados: Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v.49: 833-873, 2006.
88. Ribeiro, C.A.C. Estrutura de Classes, Condições de vida e Oportunidades de Mobilidade Social. In Silva, N.V e Hasenbalg, C. **Origens e Destinos: Desigualdades Sociais ao Longo da vida**. Rio de Janeiro, Topbooks, 2003.
89. Ribeiro, C.A.C. Mobilidade social passada e futura. In: Scalon, M.C. **Imagens da Desigualdade**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2004, p. 213-256.
90. Rocha, V.M; Fernandes, M.H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, V.57(1), 2008.
91. Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Rev Assoc Med Bras**; v53:329-34, 2007.
92. Scalon, M.C. **Mobilidade social no Brasil: padrões e tendências**. Rio de Janeiro, Revan, 1999.
93. Scalon, M.C. O que os brasileiros pensam das desigualdades sociais? In: Scalon, M.C. **Imagens da Desigualdade**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2004, p. 17-36.
94. Schuessler, K.F; Fisher, G.A. Quality of Life Research and Sociology. **Annual Review of Sociology**, v.11: 129-149, 1985.

95. Schuring, M; Burdorf, L; Kunst, A; Mackenbach, J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European Countries. **Journal of Epidemiology and Community Health**. v.61:597-604, 2007.
96. Seidl, E.M.F; Zannon, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20(2):580-588, 2004.
97. Shearer, D.; Morshed, S. Common generic measures of health related quality of life in injured patients. **Injury, Int J Care Injured**, v. 42:241–247, 2011.
98. Silqueira, S.M.F. Questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes hipertensos. **Tese** (Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
99. Silva, N.V; Hasenbalg, C. Recursos familiares e transições educacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18(sup):67-76, 2002.
100. Smith, J.P. Unraveling the SES-Health Connection. In: Aging, Health, and Public Policy: Demographic and Economic Perspectives. **Population and Development Review** (suplemento), v.30: 108-132, 2005.
101. Souza, A. **Qualidade de Vida Urbana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.
102. Souza, C.J; Paiva, T; Reimão, R. Qualidade de vida de caminhoneiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55(3), 2006.
103. Souza, J.C; Costa, D.S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60(1):23-32, 2011.
104. Souza, P.F.; Ribeiro, C.A.C.; Carvalhaes, F. Desigualdade de oportunidades no Brasil: considerações sobre classe, educação e raça. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, v.25: 77-100, 2010.
105. Starfield, B. Promoting equity in health through research and understanding. **Developing World Bioethics**, 4(1):76-95, 2004.
106. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** v.41:1403-1410, 1995.
107. Townsend, P; Davidson, N. **Inequalities in health: the black report and the health divide**. Harmondworth: Penguin Books, 1982.
108. Travassos, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13(2), 1997.
109. Van de Mheen, H.D; Stronks, K; Mackenbach, J.P. A lifecourse perspective on socioeconomic inequalities in health: the influence of childhood socioeconomic position and selection processes. **Sociology of Health and Illness**. v.20(5): 193-216, 1998.

110. Van de Mheen, H; Stronks, K; Schrijvers, C.T.M; Mackenbach, J.P. The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in the Netherlands. **Social Science & Medicine**, v.49:509-518, 1999.
111. Wadsworth, M.E.J. Serious Illness in Childhood and Its Association with Later-Life Achievement. In: Wilkinson, R.G. (org) **Class and Health: Research and Longitudinal Data**. Londres: Tavistock, 50–74, 1986.
112. Warren, J. R. Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypotheses. **Social Forces**, v.4(87), 2009.
113. West, P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. **Social Science & Medicine**, v.49:509-518, 1991.
114. Wood-Dauphinee, S. Assessing Quality of Life in Clinical Research: from where have we come and where are we going? **J. Clin Epidemiol**, v.52(4): 355-363, 1999.

ANEXO 1 – Itens abreviados dos domínios de saúde do Exame SF-36 (v.2)

Escala	Item	Conteúdo abreviado do item
PF	3a	Atividades vigorosas, tais como: correr, levantar objetos pesados, participar em esportes
	3b	Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar
	3c	Levantar ou carregar compras de supermercado
	3d	Subir vários lances de escada
	3e	Subir um lance de escada
	3f	Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se
	3g	Andar mais de 1 quilômetro
	3h	Andar várias centenas de metros
	3i	Andar cem metros
	3j	Tomar banho ou vestir-se
RP	4a	Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades
	4b	Realizou menos do que gostaria
	4c	Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades
	4d	Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades? (p.ex: necessitou de um esforço extra?)
BP	7	Intensidade da dor no corpo
	8	Quanto a dor interferiu no trabalho normal
GH	1	Sua saúde é: excelente, muito boa, boa, razoável, ruim.
	11a	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas
	11b	Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço
	11c	Eu acho que minha saúde vai piorar
	11d	Minha saúde é excelente
VT	9a	Cheio de vida
	9e	Com muita energia
	9g	Esgotado(a)
	9i	Cansado(a)
SF	6	Quanto sua saúde física interferiu em suas atividades sociais
	10	Frequência com que sua saúde física interfere em suas atividades sociais

RE	5a	Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades
	5b	Realizou menos do que gostaria
	5c	Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual
MH	9b	Muito nervoso(a)
	9c	Tão deprimido(a) que nada podia animá-lo(a)
	9d	Calmo e tranqüilo(a)
	9f	Desanimado(a) e deprimido(a)
	9h	Feliz
HT	2	Comparada a 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	Ministério da Saúde	
	FIOCRUZ	
	Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Comitê de Ética em Pesquisa	

Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 157/11
CAAE: 0171.0.031.000-11

Título do Projeto: “Mobilidade social e saúde: uma análise do survey ‘pesquisa dimensões sociais das desigualdades (PDSD)’, Brasil, 2008”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Luisa Sorio Flor

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

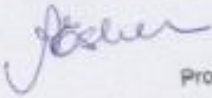
Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 06 / 2011

Data de apreciação: 13 / 07 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP