

Relação entre *status* social subjetivo e saúde percebida entre mulheres imigrantes latino-americanas

M^a Visitación Sanchón-Macias¹

Dolores Prieto-Salceda²

Andreu Bover-Bover³

Denise Gastaldo⁴

Objetivo: explorar a relação entre nível socioeconômico e *status* social subjetivo e explicar como o *status* social subjetivo prediz a saúde em mulheres imigrantes. Métodos: estudo transversal com observações baseadas em 371 mulheres latino-americanas (16-65 anos) de um total de 7.056 registradas, recrutadas por meio de parcerias entre os anos 2009 e 2010. O nível socioeconômico foi mensurado por meio de escolaridade, renda e profissão; o *status* social subjetivo foi mensurado utilizando-se a Escala MacArthur, e a saúde percebida, usando-se uma escala tipo Likert. Resultados: encontrou-se fraca correlação entre o nível socioeconômico e o *status* social subjetivo. Na análise bivariada, observou-se prevalência significativamente mais alta de saúde percebida negativamente em mulheres sem escolaridade, baixa renda, desempregadas e com emprego informal. Na análise multivariada, observaram-se maiores chances de prevalência de saúde percebida negativamente, nos níveis mais baixos da escala MacArthur. Não foram encontradas diferenças significativas nas demais variáveis. Conclusões: o estudo sugere que o *status* social subjetivo foi um melhor preditor de *status* de saúde do que as mensurações de *status* econômico. Portanto, o uso dessa medida pode ser relevante para o estudo das desigualdades em saúde, particularmente nos grupos em desvantagem social, como os imigrantes.

Descritores: Classe Social; Desigualdades em Saúde; Migração Internacional; Nível de Saúde.

¹ PhD, Professor Adjunto, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, Espanha.

² PhD, Pesquisador, Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Santander, Espanha.

³ PhD, Professor Adjunto, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Espanha.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canadá.

Endereço para correspondência:

M^a Visitación Sanchón-Macias
Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería
Av. Valdecilla s/n
CP 39010, Santander, España
E-mail: sanchonm@unican.es

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

As desigualdades em saúde são um grande problema mundial. Em todas as sociedades, há "um gradiente social na saúde", em que as pessoas sofrem deterioração progressiva da saúde, conforme decresce sua posição social⁽¹⁾. A identificação dos mecanismos que determinam o gradiente social na saúde permite a identificação de razões para as desigualdades em saúde⁽²⁾.

O nível socioeconômico, geralmente mensurado pelo nível de renda, escolaridade e tipo de ocupação, é um importante determinante da saúde e um dos indicadores utilizados para o estudo das desigualdades em saúde⁽¹⁻²⁾. No entanto, a mensuração do nível socioeconômico com base em dados objetivos pode ser irrelevante para o estudo de grupos de imigrantes, uma vez que não refletem a real situação desses grupos⁽³⁾. Por exemplo, o nível de escolaridade adquirida em seus países não é reconhecido, e eles têm que compartilhar seus salários com familiares dependentes em seus países de origem.

O *status* social subjetivo é definido como a crença de uma pessoa em relação à sua posição na escala social⁽⁴⁾. É uma medida que inclui tanto os fatores socioeconômicos quanto a percepção dos indivíduos sobre sua posição social. Estudos recentes mostram que o *status* social subjetivo associa-se, significativamente, à saúde⁽⁵⁻⁶⁾. Isso pode afetar a saúde, diretamente, causando *stress* ou, indiretamente, por meio de comportamentos de saúde⁽⁷⁾. Um baixo *status* social subjetivo esteve associado à baixa autopercepção de saúde e maior mortalidade, depressão, risco cardiovascular, diabetes e doenças respiratórias⁽⁵⁾.

Na Espanha, a partir da década de 90, coincidindo com o crescimento econômico, originou-se uma imigração repentina e rápida⁽⁸⁻⁹⁾. Em Cantábria, o fluxo migratório ocorreu principalmente nos anos 2000, passando de 1,3%, em 2000, para 6,6%, em 2010. As nacionalidades latinas predominam (46,5%) e, nesse grupo, há maior presença de mulheres (56,5%) do que de homens (43,4%)⁽¹⁰⁾.

Embora as mulheres latino-americanas sejam o maior grupo, as informações sobre a sua saúde são mínimas, e não há pesquisas sobre a influência do *status* social na saúde percebida.

Os objetivos deste estudo foram: a) examinar a associação entre as medidas tradicionais de nível socioeconômico e *status* social subjetivo e b) avaliar a extensão em que o nível socioeconômico e *status* social subjetivo explicam diferenças na saúde percebida.

Métodos

Trata-se de estudo transversal com o objetivo de quantificar a associação entre o nível socioeconômico,

status social subjetivo e saúde percebida. A amostra foi calculada a partir dos dados do Inquérito Nacional de Saúde da Espanha e a partir da frequência de mulheres com saúde percebida como muito ruim (1,0%) ou ruim (50,0%). Estimou-se um tamanho mínimo de 361, com erro máximo de 10% e confiança de 95%, a partir de uma população de 7.056, de acordo com o Censo⁽⁸⁾.

A seleção dos participantes foi feita com amostragem não probabilística devido à impossibilidade de acessar os registros do Censo e do interesse em incluir os imigrantes ilegais. Os critérios de inclusão foram: mulheres nascidas na América Latina, 16-65 anos de idade, vivendo e trabalhando em Espanha há pelo menos seis meses. Os dados foram coletados por meio de um questionário autoadministrado, em pequenos grupos. Embora 16% não tivessem concluído o ensino fundamental, não tiveram dificuldade em responder as perguntas do questionário. Os participantes foram recrutados consecutivamente por meio de associações e organizações sociais entre junho de 2009 e julho de 2010. Solicitou-se que preenchessem o questionário de forma voluntária. Não é possível quantificar o percentual que foi perdido, embora a grande maioria tenha atendido a solicitação. Ao final, foi usado o método "bola de neve", que tem se mostrado uma técnica adequada para o recrutamento de imigrantes, os quais são menos acessíveis⁽¹²⁾.

A amostra final foi composta por 371 mulheres, distribuídas geograficamente de maneira similar aos registros do Censo⁽⁸⁾. O estudo foi parte de uma investigação mais ampla, utilizando metodologia qualitativa, que teve como objetivo identificar os determinantes do *status* social subjetivo e os mecanismos pelos quais eles afetavam a saúde.

Variáveis

A *saúde percebida* (variável dependente) foi avaliada por meio da questão: *nos últimos 12 meses, você diria que sua saúde tem sido: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim*. Essa questão foi utilizada em outros estudos, mostrando ser um bom preditor de morbidade e mortalidade, e um bom indicador de saúde em diferentes grupos étnicos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Para realizar a análise estatística, as categorias "muito boa" ou "boa" foram combinadas em um grupo chamado *saúde percebida positivamente*, e as categorias "regular" "ruim" ou "muito ruim" compuseram o grupo *saúde percebida negativamente*.

Para avaliar o nível socioeconômico, foi usado o questionário sociodemográfico, desenvolvido pela rede MacArthur, validado e utilizado em inúmeros projetos de investigação⁽⁵⁾. O questionário é composto por questões relacionadas ao *nível de escolaridade*, com seis possíveis

respostas: “nenhuma escolaridade ou ensino fundamental”, “ensino médio geral”, “ensino técnico ou diploma”, “estudos universitários”, “pós-graduação” e “outros, especificar”. As categorias finais foram agrupadas em quatro. Assim, os estudos de graduação e pós-graduação foram fundidos em um só, chamado estudos universitários. A categoria “outros” foi excluída, devido à falta de respostas. *Nível de renda* incluiu sete respostas possíveis: menos de 250 euros; de 250 a 499 euros; de 500 a 999 euros; entre 1.000 e 1.499 euros, 1.500 a 1.999 euros; entre 2.000 e 2.999 euros, 2.999 euros por mês; e outros, especificar. Após as respostas, as categorias foram agrupadas em quatro, das quais as últimas três foram removidas devido à falta de respostas. Ao final, elas foram questionadas sobre seu emprego atual ou atividade empregatícia mais recente. As *ocupações* foram registradas seguindo o método da Classificação Nacional de Ocupações, cujos critérios de classificação foram baseados nas qualificações e tipo de trabalho realizado^(4,5). De todas as possibilidades incluídas, após as respostas, essas foram reduzidas a quatro: desempregado, Nível III, Nível IV e Nível V. Na análise final, elas foram agrupadas em qualificada (III e IV) e não qualificada (nível V).

O *status* social subjetivo foi mensurado pela Escala MacArthur⁽⁵⁾. O instrumento obteve o *status* social subjetivo, mostrando às entrevistadas a imagem de uma escada com 10 degraus, e pedindo-lhes para colocar uma cruz no nível que consideravam representante de seu lugar na sociedade espanhola. Para a análise, as categorias foram agrupadas em pares: “muito ruim” (1-2), “ruim” (3-4), “regular” (5-6), “boa” (7-8) e “muito boa” (9-10). O instrumento foi utilizado no teste-piloto com 20 mulheres e não precisou de qualquer modificação. Também havia sido validado e utilizado com populações hispânicas em diferentes áreas geográficas⁽⁴⁻¹⁶⁾.

Outros dados demográficos incluíram: idade, país de origem e tempo de residência na Espanha, família e amigos na Espanha (sim/não); familiares economicamente dependentes na Espanha e em seus países (sim/não); situação jurídica (com/sem documentos/no processo de obtenção); cartão de saúde (com/sem/no processo) e condição de saúde em relação ao seu país (melhor/igual/pior).

Análise estatística

As características da amostra do estudo foram analisadas resumindo-se as variáveis categóricas com números absolutos e percentuais, e as variáveis quantitativas, utilizando-se médias e desvio-padrão. A prevalência da variável dependente, saúde percebida negativamente, foi estimada. A análise de correlação

de Spearman foi realizada por teste não paramétrico, aplicável entre variáveis ordinais, entre as duas medidas de *status* social, nível socioeconômico (com base no nível de escolaridade, renda e profissão) e *status* subjetivo (com base na Escala McArthur). Além disso, foram realizadas análises bivariadas, comparando a prevalência de saúde percebida negativamente com cada uma das variáveis independentes, por meio do teste do qui-quadrado (ou teste exato de Fisher, quando apropriado) se a variável era qualitativa, e pelo teste t de Student com variáveis quantitativas.

As variáveis relevantes da literatura e/ou aquelas com importância significativa na análise bivariada de $p < 0,30$ foram introduzidas nos modelos multivariados. A análise multivariada foi realizada por meio de regressão logística. A contribuição de cada variável foi estimada como *Odds Ratio* de Prevalência – ORP, com intervalos de confiança de 95%, estimado e interpretado como *Odds Ratio*. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 15.

Resultados

Houve 371 participantes neste estudo. Não foi possível determinar exatamente quantos se recusaram a responder o questionário ou saber os motivos da não participação. No entanto, o número de participantes que se recusou era muito pequeno. Essas circunstâncias podem consistir em um viés de seleção.

A idade média dos participantes do sexo feminino foi de 36,7 anos (dp=10,0), e a média de anos vivendo na Espanha foi de 4,3 anos (dp=2,8). Os participantes eram principalmente da Colômbia (24,9%), Peru (24,3%), Equador (15,4%), Bolívia (9,7%) e Paraguai (7,6%). Outras variáveis demográficas de interesse estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição da população estudada e variáveis de interesse (n=371)

Variáveis/categorias	n	%
Faixas etárias		
17-29 anos	96	26,2
30-35 anos	87	23,7
36-43 anos	96	26,2
44-64 anos	88	24
Total	367	100
Não relatado	4	
Família e/ou amigos na Espanha		
Sim	337	91,3
Não	32	8,7

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Variáveis/categorias	n	%
Total	369	100
Não relatado	2	
Familiares economicamente dependentes em seus países		
Sim	222	65,1
Não	119	34,9
Total	341	100
Não relatado	30	
Situação jurídica		
Com documentos	323	91,8
Sem documentos	29	8,2
Total	352	100
Não relatado	19	
Cartão de saúde pessoal		
Sim	333	92
No processo de obtenção	13	3,6
Não	16	4,4
Total	362	100
Não relatado	9	
Escolaridade		
Sem escolaridade ou ensino fundamental	58	15,7
Ensino médio	169	45,7
Ensino técnico	77	20,8
Ensino universitário	66	17,8
Total	370	100
Não relatado	1	
Aprovação do diploma na Espanha		
Não	292	82,5
Sim	34	9,5
Em progresso	28	8
Total	354	100
Não relatado	17	
Classe social (CNP)*		
III	22	7,6
IV	1	0,3
V	266	92
Total	289	100
Não relatado	83	
Renda		
<250 euros/mês	23	8
250-499 euros/ mês	63	22
500-999 euros/mês	161	56,1
1000-1499 euros/mês	40	13,9
Total	287	100
Não relatado	84	
Escala MacArthur de Status Social Subjetivo		
Muito ruim (1 e 2)	40	10,8
Ruim (3 e 4)	76	20,5
Regular (5 e 6)	165	44,5
Bom (7 e 8)	76	20,5
Muito bom (9 e 10)	14	3,8
Total	371	100
Saúde percebida		
Muito boa	69	18,8
Boa	160	43,6
Regular	118	32,2

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Variáveis/categorias	n	%
Ruim	18	4,9
Muito ruim	2	0,5
Total	367	100
Não relatado	4	

*De acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP)^(1,2)
Os percentuais foram calculados sem considerar a categoria "não relatado".

A Tabela 2 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre status social subjetivo e três indicadores de nível socioeconômico. O status social subjetivo melhorou significativamente à medida que aumentou a renda ($r=0,193$, $p=0,00$), mas não mostrou correlação significativa tanto com o nível de escolaridade ($r=0,030$, $p=0,56$) quanto com a ocupação ($r=0,087$, $p=0,13$).

Tabela 2 - Correlação entre nível socioeconômico e status social subjetivo

Nível socioeconômico	Status social subjetivo	
	r_s^*	valor de p
Renda	0,193	0,00
Nível de escolaridade	0,030	0,56
Ocupação	0,087	0,13

*Coeficiente Rho de Spearman

A análise bivariada mostrou que a saúde percebida negativamente aumentou significativamente com a idade ($p=0,041$), e aqueles que estavam nos níveis mais baixos da escala de status social subjetivo avaliaram sua saúde percebida como negativa mais frequentemente ($p=0,005$). Houve maior prevalência de saúde percebida negativamente em mulheres sem escolaridade ($p=0,216$), entre aquelas com rendas mais baixas ($p=0,272$), e entre os desempregados ($p=0,699$), embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise multivariada para saúde percebida negativamente. O modelo incluiu as variáveis: idade, nível de escolaridade, renda, escala de status social subjetivo, situação jurídica, apoio social e tempo de residência. Houve tendência de aumento da prevalência de saúde percebida negativamente com o aumento da idade. Chances de prevalência de saúde percebida negativamente, significativamente maiores, foram observadas nos níveis mais baixos da Escala MacArthur em relação aos níveis 7 ou 8, tomados como referência (uma vez que pouquíssimos casos estavam nos níveis 9 ou 10), mais de quatro vezes maior em mulheres que estavam nos níveis 1 ou 2 (IC 95%: 1,9-9,9) ou nos níveis 3 ou 4 (IC 95%: 1,6-11,2) e 2,3 vezes maior naquelas que estavam nos níveis 5 ou 6. Quanto

às demais variáveis, a saúde percebida negativamente variou, embora não significativamente, dependendo do nível de escolaridade, renda, situação jurídica e apoio

social. Por fim, a percepção de má saúde não variou de acordo com os anos, durante os quais as mulheres residiram na Espanha.

Tabela 3 - Análise da regressão logística para a saúde percebida negativamente (0=bom/muito bom; 1=regular, ruim ou muito ruim)

Variáveis	Coeficiente B	Odds Ratio Prevalência	IC 95,0% POR*		Valor de p
			Limite inferior	Limite superior	
Idade					
17-29 anos		1			0,396
30-35 anos	0,218	1,2	0,6	2,5	0,547
36-43 anos	0,415	1,5	0,8	3,0	0,239
44-64 anos	0,612	1,8	0,9	3,8	0,101
Nível de escolaridade					
Ensino universitário		1			0,334
Ensino técnico	-0,075	0,9	0,4	2,4	0,878
Ensino médio	0,38	1,5	0,6	3,4	0,379
Sem escolaridade ou ensino fundamental	0,56	1,8	0,7	4,4	0,23
Renda					
1000-1499 euros/mês		1			0,247
500-999 euros/mês	0,204	1,2	0,5	2,8	0,633
250-499 euros/mês	0,897	2,5	1,0	6,3	0,062
<250 euros/mês	0,56	1,8	0,5	5,7	0,355
Não trabalha	0,299	1,3	0,5	3,6	0,549
Níveis da Escala MacArthur					
Boa (7 ou 8)		1			0,006
Muito ruim (1 ou 2)	1,433	4,2	1,6	11,2	0,004
Ruim (3 ou 4)	1,469	4,3	1,9	9,9	0,00
Regular (5 ou 6)	0,825	2,3	1,1	4,8	0,030
Muito boa (9 ou 10)	1,100	3,0	0,7	13,3	0,148
Situação jurídica					
Com documentos		1			0,45
Sem documentos ou não relatado	0,333	1,4	0,6	3,3	
Apoio social na Espanha					
Família e/ou amigos		1			0,928
Sem família ou amigos	0,04	1,0	0,4	2,5	
Anos na Espanha					
Para cada ano	0,042	1,0	1,0	1,1	0,348
Constante	-2,689	0,1			0,00

*Intervalo de confiança Odds Ratio Prevalência

Discussão

A hipótese, aqui, era a de que o *status* social subjetivo explicaria as diferenças de saúde percebida melhor do que o nível socioeconômico no grupo de mulheres imigrantes. Essa hipótese foi confirmada após o ajuste para idade, escolaridade, renda, situação jurídica, apoio social e tempo de residência na Espanha.

Encontrou-se fraca associação entre as medidas de nível socioeconômico e saúde percebida. Esses resultados, em parte, diferiram da literatura, na qual uma relação significativa entre os indicadores de nível socioeconômico e de saúde percebida foi demonstrada em outros grupos⁽¹⁻⁶⁾. Além de ser uma amostra insuficiente, várias razões podem explicar a falta de associação entre as medidas objetivas do

status e o *status* de saúde percebida neste estudo. Para as mulheres imigrantes, os indicadores de nível socioeconômico podem ter significados diferentes do que para a população em geral. Níveis iguais de renda ou escolaridade podem não fornecer-lhes os mesmos benefícios que à população local. Por exemplo, o nível de escolaridade obtido em seus países de origem não lhes proporcionou benefícios, já que não conseguem ter seus diplomas aceitos na Espanha. Sua experiência e/ou qualificações profissionais também não foram reconhecidas. Por isso, foram forçadas a aceitar empregos que requeriam baixas qualificações, e tiveram que dividir seus salários com outros familiares dependentes, tanto na Espanha como em seus países de origem. Essas razões podem explicar o porquê de o padrão encontrado nesse grupo de mulheres latino-americanas não coincidir

com aquele da população em geral, em termos da relação entre educação, profissão e renda com a saúde percebida.

Estudos recentes⁽¹⁷⁾ mostraram que a saúde dos imigrantes foi influenciada pelo processo de migração, situação familiar, recursos sociais, condições de trabalho, expectativas ou experiências de discriminação. Outros autores encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo⁽¹⁸⁾, indicando que os indicadores de nível socioeconômico eram irrelevantes para o estudo de grupos de imigrantes, porque não captavam o verdadeiro nível socioeconômico desses grupos, limitando o estudo das desigualdades em saúde.

O *status* social subjetivo baseou-se em indicadores de nível socioeconômico, ou seja, indivíduos que desenvolveram melhor *status* social subjetivo eram propensos a ter renda mais elevada, níveis mais elevados de escolaridade e uma ocupação melhor. No entanto, neste estudo, apenas o *status* social subjetivo manteve relação significativa com a renda, refletindo a importância que essas mulheres davam à segurança econômica.

Uma explicação desses resultados pode ser que existam outros fatores determinantes da posição social ligados ao sexo, etnia ou discriminação, o que influenciou a avaliação do seu *status* social e explicou a importância relativa dos indicadores de nível socioeconômico. Estudos anteriores encontraram resultados semelhantes entre o nível socioeconômico e *status* social subjetivo⁽⁴⁻¹⁹⁾. Os autores argumentaram que o *status* social subjetivo baseou-se em indicadores de nível socioeconômico, mas que essa relação foi mais fraca em pessoas oriundas de minorias étnicas. Embora as medidas de nível socioeconômico tenham sido determinantes importantes do *status* social subjetivo, os grupos que eram socialmente desfavorecidos tenderam a estabelecer seu *status* usando outros critérios derivados do contexto.

A única variável preditora de saúde percebida negativamente na população estudada foi o *status* social subjetivo, destacando a importância dessa medida para avaliar a saúde percebida nessa população. Como na pesquisa anterior, foi demonstrado que a avaliação do *status* social subjetivo forneceu informações sobre saúde que não puderam ser obtidas pelo nível socioeconômico^(16-17,19). Neste estudo, como nos estudos citados, tornou-se claro que, independentemente das suas circunstâncias sociais ou materiais, o modo como as mulheres consideraram sua posição social foi um preditor significativo de seu *status* de saúde percebida.

A explicação para o porquê de o *status* social subjetivo ter afetado significativamente a saúde percebida pode ser o fato de que no *status* social obtiveram-se informações sobre a posição social das mulheres, bem como impressões

sobre suas condições socioeconômicas e trabalhistas, as quais não foram obtidas com os indicadores tradicionais de nível socioeconômico⁽⁴⁾. Por exemplo, más condições de trabalho, problemas de discriminação, expectativas não cumpridas, poucas oportunidades sociais, situação jurídica irregular ou outras barreiras sociais ou culturais, quando comparadas ao grupo indígena. A percepção de uma posição baixa na escala social poderia gerar altos níveis de estresse e o desenvolvimento de comportamentos não saudáveis que afetaram sua saúde⁽⁷⁾. Por outro lado, altos níveis de *status* social subjetivo podem ter fornecido recursos psicológicos para as pessoas, como maior autoestima, segurança, esperança e sentimentos de controle, que eram importantes recursos para a saúde⁽⁴⁾.

Com os dados obtidos, não é possível explicar quais mecanismos mediaram a associação entre *status* social subjetivo e saúde percebida. Este artigo é parte de uma investigação mais ampla na qual se exploraram os determinantes do *status* social subjetivo e mecanismos de mediação entre *status* social subjetivo e saúde, utilizando uma metodologia qualitativa.

Limitações

Uma vez que a amostra foi recrutada por meio de centros sociais, para onde as mulheres vieram com problemas socioeconômicos, os resultados, aqui, podem superestimar o número de mulheres com esses problemas e a verdadeira prevalência de saúde percebida. Também pode haver um viés devido àquelas que se recusaram a participar, bem como devido àquelas que não responderam às perguntas. Além disso, uma vez que os dados foram coletados de forma transversal, e devido ao viés de ambiguidade temporário, pelos resultados não é possível avaliar relações causais. Apesar dessas limitações, os dados deste estudo podem ser usados para ilustrar as relações que ocorrem entre o nível socioeconômico, *status* social subjetivo e saúde percebida em mulheres imigrantes latino-americanas. No entanto, são necessários mais estudos com amostras aleatórias maiores.

Conclusão

Os resultados do estudo sugerem que o *status* social subjetivo poderia prever o *status* de saúde percebida melhor do que o nível socioeconômico. O *status* social subjetivo pode refletir melhor a posição social das mulheres imigrantes ao considerar, além do nível socioeconômico, outros fatores contextuais relacionados ao processo de migração. Um gradiente social entre *status* social subjetivo e saúde percebida é apresentado, sugerindo que esse indicador pode ser relevante para

o estudo das desigualdades em saúde e para a prática interdisciplinar em saúde, particularmente na população socialmente desfavorecida, como migrantes econômicos.

Referências

- Marmot M. Status syndrome. A challenge to medicine. *JAMA*. 2006 March;295(11): 1304-7.
- Whitehead M, Dahlgren G. Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Wolff LS, Acevedo-Garcia D, Subramanian S, Weber D, Kawachi I. Subjective Social Status, a New Measure in Health Disparities Research. *J Health Psychol*. 2010;15(4):560.
- Operario D, Adler N, Williams D. Subjective social status: reliability and predictive utility for global health. *Psychol Health*. 2004;19(2):237-46.
- Adler N, Stewart J. The MacArthur Scale of Subjective Social Status [Internet]. 2007; [acesso 28 out 2012]. Disponível em: <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/subjective.php>
- Adler N, Singh-Manoux A, Schwartz J, Stewart J, Matthews K, Marmot M. Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Soc Sci Med*. 2008;66(5):1034-45.
- Adler N, Stewart J. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:5-23.
- Instituto Cántabro de Estadística – ICANE (ES). Boletín de Síntesis Demográfica Cantabria. Cantabria: Consejería de Economía y Hacienda; 2009.
- Molpeceres L. Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuad Relaciones Lab*. 2012;30(1):91-113.
- Instituto Cántabro de Estadística – ICANE (ES). Explotación Estadística Padrón Municipal Cantabria 2010. Gobierno de Cantabria. Consejería de Economía y Hacienda 2011; [acesso 19 jan 2012]. Disponível em: <http://www.icane.es/web/icane/publicaciones>.
- Sistema de Información Sanitaria del SNS (ES). Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [acesso 19 jan 2012]. Disponível em: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
- Silverman D. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. 2nd ed. London: SAGE; 2006.
- Burström B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Commun Health*. 2001;55:836-40.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
- Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Española Salud Pública*. [Internet]; 2001 [acesso 12 jan 2011];75(1). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000100003&lng=es.
- Franzini L, Fernandez-Esquer M. The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Soc Sci Med*. 2006;63:788-804.
- de Castro AB, Gee GC, Takeuchi DT. Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: the relevance of economic opportunity, subjective social status, and financial strain for health. *J Immigr Minor Health*. 2010 Oct;12(5):659-71.
- Ostrove J, Adler N, Kuppermann M, Washington E. Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol*. 2000;19(6):613-8.
- Gong F, Xu J, Takeuchi DT. Beyond conventional socioeconomic status: examining subjective and objective social status with self-reported health among Asian immigrants. *J Behav Med*. 2011:1-13.

Recebido: 8.10.2012

Aceito: 31.7.2013