

Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil

The individual's status in the labor market and health inequity in Brazil

Luana Giatti e Sandhi Maria Barreto

Programa Pós-Graduação de Saúde Pública. Faculdade Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Descritores

Trabalho, emprego. Desemprego.
Força de trabalho. Iniquidade na saúde.

Resumo

Objetivo

Investigar as desigualdades na condição de saúde pessoal e na utilização de serviços de saúde em relação à situação do indivíduo no mercado de trabalho.

Métodos

Foram estudados 39.925 homens de 15 a 64 anos de idade residentes em 10 regiões metropolitanas brasileiras, participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998. Eles foram classificados como trabalhadores formais, informais, desempregados ou fora do mercado de trabalho. Os demais trabalhadores foram comparados aos trabalhadores formais em relação às características sociodemográficas, indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde. A análise incluiu o qui-quadrado de Pearson e associação independente entre situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde foi feita por meio de regressão logística multinomial.

Resultados

Dos participantes do estudo, 52,2% eram trabalhadores formais, 27,7% informais, 10% desempregados e 10,2% estavam fora do mercado de trabalho. Foram identificadas diferenças significativas relativas à idade, escolaridade, renda domiciliar, posição no domicílio e região de residência. O desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estiveram associados à pior condição de saúde entre adultos brasileiros, independentemente das características sociodemográficas.

Conclusões

A situação do indivíduo no mercado de trabalho expressa um gradiente de desigualdade nas condições de saúde. Os achados reforçam que a situação do indivíduo no mercado de trabalho também deve ser considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

Keywords

Work, employment. Unemployment.
Labor force. Health inequity.

Abstract

Objective

To investigate inequalities in personal health conditions and in the utilization of healthcare services according in relation to the individual's status in the labor market.

Methods

This study was based on 39,925 males aged 15 to 64 years living in 10 Brazilian metropolitan regions, who took part in the 1998 National Household Survey. They were classified as formal labor, informal labor, unemployed or outside of the labor

Correspondência/ Correspondence:
Luana Giatti
Rua Antônio Dias, 339/03
31130-150 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: luanagiatti@terra.com.br

Recebido em 10/2/2005. Aprovado em 25/7/2005.

market. Each category was compared with formal labor regarding sociodemographic characteristics, health status indicators and healthcare utilization. This analysis was by means of Pearson's Chi-square test. Multinomial logistic regression was used to investigate independent associations between labor market status, health status indicators and healthcare utilization.

Results

The classification of the participants' status was that 52.2% were formal labor, 27.7% informal labor, 10% unemployed and 10.2% were outside of the labor market. There were significant differences between these categories with respect to age, schooling, household income, household status and region of residence. Independent of the sociodemographic characteristics, unemployment, informal labor status and, especially, exclusion from the labor market remained associated with poor health status.

Conclusions

The individual's status in the labor market is expressed through a gradient of inequality in health conditions. These findings reinforce the need to also consider the individual's status in the labor market in studies on healthcare inequalities.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 90, a reestruturação produtiva introduziu mudanças profundas na base técnica e organizacional da produção.⁵ A flexibilização das estruturas produtivas, da organização e divisão social do trabalho, definiu intensas modificações na natureza, significado e conteúdo do trabalho. Com a nova configuração do trabalho, a garantia de direitos sociais é reservada a um núcleo restrito de trabalhadores, proliferam contratos precários e aumenta o desemprego.

O desemprego é provavelmente o principal fator que leva à exclusão social.¹³ Os trabalhadores excluídos da economia formal são forçados a ganhar a vida em ocupações precárias ou, após muito tempo sem trabalho, são atingidos pela exclusão, numa escala descendente entre inclusão, inclusão precária e exclusão. Desse modo, pode-se afirmar que a exclusão do trabalho é mais ampla¹⁴ e suas vítimas estão, provavelmente, excluídas da maioria das outras redes sociais e inseridas numa trajetória de vulnerabilização.

Estudos mostram a importância central das condições socioeconômicas na determinação dos padrões de morbi-mortalidade das populações, com associação positiva entre nível socioeconômico e melhor condição de saúde.⁸ Diferentes medidas são utilizadas para estimar a extensão e magnitude das associações entre desigualdades socioeconômicas e saúde: renda, escolaridade, classe social, além de variáveis compostas. A classe social baseada na ocupa-

ção, mais utilizada no Reino Unido, identifica um gradiente entre classe social e saúde.³ O "employment grade" é um marcador para saúde cuja influência vai além do local de trabalho.⁴ Marmot¹⁰ observou que trabalhadores menos qualificados apresentavam maior prevalência de doenças cardiovasculares, pior percepção da própria saúde e diferenciais relativos a hábitos de vida, atividades sociais e características do trabalho, sugerindo uma aglomeração de potenciais fatores de risco. Entretanto, esses citados estudos não incluem os indivíduos sem trabalho. A importância de incluir os indivíduos sem emprego nessas análises é reconhecida em diversos estudos,⁹ seja pelo crescente contingente de desempregados ou porque influenciam a magnitude dos diferenciais encontrados.

No Brasil, raramente a situação de emprego/desemprego é utilizada nas investigações das iniquidades em saúde. Assim, o presente estudo teve por objetivo investigar as desigualdades na condição pessoal de saúde e na utilização de serviços de saúde em relação à situação do indivíduo no mercado de trabalho.

MÉTODOS

Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998. A PNAD foi conduzida no período de 20 a 26 de setembro do ano de 1998, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É um inquérito populacional de âmbito nacional, representativo da população.⁷

Foram incluídos no estudo 39.925 homens residentes nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Distrito Federal, com idade entre 15 e 64 anos.

A variável dependente foi a situação no mercado de trabalho, composta por quatro categorias independentes: trabalho formal (trabalhava com carteira assinada e/ou contribuição previdenciária); trabalho informal (trabalhava sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária); desempregado (não trabalhava e procurou por trabalho); fora do mercado de trabalho (não trabalhava e não procurou por trabalho). Para essa classificação foram utilizadas as variáveis relativas à condição de atividade (economicamente ativa ou não), de ocupação (ocupada ou não), carteira de trabalho assinada (sim ou não), contribuição previdenciária (sim ou não). Funcionários públicos e militares foram considerados trabalhadores formais. Os estudantes que não trabalhavam ou não procuravam por trabalho foram excluídos da análise.

As características sociodemográficas estudadas foram idade (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 anos), escolaridade em anos de estudo (0-3, 4-7, 8-10, 11+ anos), renda domiciliar *per capita* obtida pela renda domiciliar dividida pelo número de moradores e agrupada em quintis, condição no domicílio (pessoa de referência, sim ou não) e região metropolitana (RM) de residência. Essas regiões foram agregadas segundo as macro-regiões de residência: Sudeste (RM de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) Sul (RM de Curitiba e Porto Alegre), Nordeste (RM de Fortaleza, Recife e Salvador) Norte (RM de Belém) e a RM do Distrito Federal.

Os indicadores de saúde utilizados foram: percepção da própria saúde, afastamento de quaisquer das atividades habituais nas últimas duas semanas, ter estado acamado nas últimas duas semanas e relato de doença crônica. A percepção da própria saúde foi obtida pela pergunta "De um modo geral considera seu próprio estado de saúde como", cujas respostas foram agrupadas em três estratos: muito bom/bom, regular e ruim/muito ruim. Foi considerado, também, um último estrato (outra informante) na construção da variável, quando esta informação não foi obtida do próprio indivíduo. Isto foi feito devido aos aspectos subjetivos envolvidos na percepção da própria saúde, que só podem ser apreendidos nos casos em que o próprio indivíduo responde a entrevista. Afastamento de quaisquer das atividades habituais nas últimas duas semanas (sim ou não) foi obtida por meio da pergunta "Nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por

motivo de saúde?" e ter estado acamado nas últimas duas semanas (sim ou não) pela questão "Nas duas últimas semanas esteve acamado?". A variável relato de doença crônica foi constituída a partir do relato de uma ou mais das seguintes condições: artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica e cirrose, transformadas em uma única variável dicotômica, presença ou ausência de doença crônica. A utilização dos serviços de saúde foi estudada pelas seguintes variáveis: consulta médica, obtida pela pergunta "Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?"; número de consultas médicas feitas no último ano: "Quantas vezes foi ao médico nos últimos doze meses?"; e número de internações hospitalares, feitas no último ano: "Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve internado?". A cobertura por plano privado de saúde (sim ou não) também foi contemplada.

A associação entre a situação no mercado de trabalho e as características sociodemográficas, os indicadores de saúde, de utilização dos serviços de saúde foi medida pelo teste do qui-quadrado de Pearson, do *odds ratio* bruto e seu intervalo de confiança.

Como a variável dependente tem três níveis, a regressão logística multinomial foi utilizada para investigar a associação independente entre a situação no mercado de trabalho e cada um dos indicadores de saúde e de utilização dos serviços de saúde incluídos no estudo. A categoria de referência na análise foi o trabalho formal. Na análise multivariada cada variável de interesse foi ajustada pela idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência no domicílio, macro região de residência, ser aposentado e respondente próximo. A variável percepção da própria saúde não foi ajustada pelo respondente próximo. Os indicadores de utilização de serviços foram ajustados por plano de saúde e todos os demais listados acima.

O programa Stata foi usado para a análise dos dados. Foi criada uma variável, seguindo algoritmo fornecido pela FIBGE, para corrigir o efeito do desenho amostral. A incorporação dessa variável na análise permite obter estimativas aproximadas mais corretas do erro-padrão, uma vez que este é influenciado também pela conglomeração das unidades e estratificação derivadas do desenho amostral de múltiplos estágios da PNAD.

RESULTADOS

A distribuição proporcional de acordo com a situação no mercado de trabalho mostrou que 52,2% dos

Tabela 1 - Distribuição proporcional da população masculina entre 15 e 64 anos de idade, residente em regiões metropolitanas de acordo com a situação no mercado de trabalho e características sociodemográficas. Brasil, 1998.

Variáveis	Situação no mercado de trabalho			
	Formal (N=20.135)	Informal (N=11.865)	Desempregado (N=3.814)	Fora do mercado (N=4.111)
Idade em anos				p<0,000
15-24	18,9	28,7	50,0	21,0
25-34	29,8	25,0	21,7	11,5
35-44	28,3	22,7	15,0	11,2
45-54	16,8	15,0	9,9	21,3
55-64	6,15	8,7	3,5	34,9
Escolaridade em anos				p<0,000
0-3	11,1	21,8	15,0	27,7
4-7	26,6	38,0	37,5	36,0
8-10	21,6	19,2	27,9	15,6
≥11	40,7	20,9	19,6	20,7
Pessoa de referência da família			p<0,000	
Sim	67,3	57,7	31,7	57,5
Não	32,7	42,3	68,3	42,5
Renda domiciliar per capita (em R\$)				p<0,000
≤78,89	10,9	23,0	45,2	30,0
78,89 — 150,00	18,5	23,0	21,7	20,0
150,00 — 255,00	20,9	20,1	14,6	19,0
255,00 — 500,00	23,7	18,2	12,3	16,3
≥500,00	26,1	15,7	6,2	14,8
Região de residência				p<0,000
Sudeste	68,5	60,0	66,8	66,3
Sul	13,06	12,8	9,9	9,4
Nordeste	13,3	20,5	18,5	18,7
Norte	1,3	2,8	1,3	2,0
Distrito federal	3,9	3,9	3,5	3,6

Valor p: teste qui-quadrado de Pearson

homens de 15 a 64 anos que residiam nas regiões metropolitanas brasileiras em 1998, foram classificados como trabalhadores formais, 27,7% como trabalhadores informais, 10% como desempregados e 10,2 eram indivíduos que estavam fora do mercado de trabalho.

Entre os trabalhadores formais, a minoria era de indivíduos acima de 55 anos, a maioria com 11 anos ou mais de estudo e maior concentração nos estratos de rendimento domiciliar mais alto. Os trabalhadores informais eram maioria entre os mais jovens e entre os que tinham de quatro a sete anos de estudos. Entre os desempregados a maioria eram indivíduos mais jovens, menor percentual com 11 anos ou mais de estudo, e indivíduos que eram referências do domicílio e no grupo de maior renda domiciliar. Entre os que estavam fora do mercado de trabalho, a maioria eram indivíduos mais idosos e com zero a três anos de estudo (Tabela 1).

A partir da análise univariada, os trabalhadores formais foram comparados com os demais, em relação às características sociodemográficas. Os trabalhadores informais eram mais jovens, tinham menor escolaridade, menor probabilidade de ser pessoa de referência no domicílio e menor renda domiciliar *per capita*. Os desempregados também eram mais jovens, tinham menor escolaridade, menor renda domiciliar *per capita*, eram referência domiciliar com menor frequência e moravam, mais frequentemente, na região Nordeste do País. Os que estavam fora mercado de trabalho eram mais velhos, apresentavam menor escolaridade,

menor renda domiciliar *per capita*, tinha menor probabilidade de ser referência domiciliar e de morar na região Sul do País (Tabela 2).

Em relação aos indicadores de saúde, os maiores percentuais de indicadores de pior condição de saúde, assim como os de maior utilização de serviços de saúde foram observados entre os indivíduos que estavam fora do mercado de trabalho (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra os resultados da análise entre situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de uso de serviços de saúde após ajustamento por idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência no domicílio, região de residência, ser ou não aposentado, e respondente próximo, além de plano de saúde para os indicadores de utilização de serviços.

Os resultados mostraram que em relação aos trabalhadores formais, os informais apresentaram pior percepção da própria saúde, estiveram mais acamados nos últimos 15 dias e ao mesmo tempo realizaram menos consulta médica nos últimos 15 dias e no último ano. E era menos freqüente a posse de plano de saúde.

Os desempregados, também informaram pior percepção de saúde, estiveram mais acamados nos últimos 15 dias, relataram mais doenças crônicas do que os trabalhadores formais. A filiação a plano privado de saúde também foi menos freqüente entre os desempregados.

Já os que estavam fora do mercado de trabalho, relataram pior percepção de saúde, maior afastamento das atividades habituais nos últimos 15 dias, estiveram mais acamados e relataram mais doenças crônicas do que os trabalhadores formais. Da mesma forma, tinham menor cobertura por plano privado de saúde, consultaram o médico com maior frequência nos últimos 15 dias e no último ano e internaram mais e em maior número no último ano.

DISCUSSÃO

As desigualdades em saúde têm sido estudadas sob duas formas. A primeira é relativa à probabilidade de ficar doente, que reflete a distribuição desigual dos determinantes sociais, culturais e ambientais das doenças. A segunda, refere-se ao acesso diferenciado dos diversos grupos sociais aos serviços e aos cuidados de saúde.¹

No presente estudo, a situação no mercado de trabalho está associada às condições de saúde e à utilização de serviços de saúde. Os trabalhadores formais apresentaram os melhores indicadores de saúde. Os indivíduos que estavam fora do mercado mostraram piores condições de saúde e maior utilização dos serviços de saúde, provavelmente por serem mais doentes. Por outro lado, os trabalhadores informais, apesar de terem estado mais acamados nos últimos 15 dias do que os formais, relataram menor uso de serviços, indicando diferencial de acesso aos cuidados de saúde. Os desempregados esti-

veram mais acamados, relataram mais doenças crônicas, mas também não apresentaram diferenciais relativos ao uso de serviços. Pode-se afirmar que há um gradiente na associação entre situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde, cujos extremos são ocupados pelos trabalhadores formais e pelos que estão fora do mercado de trabalho.

Os trabalhadores informais, os desempregados e os indivíduos que estavam fora do mercado de trabalho avaliaram mais freqüentemente a própria saúde como regular ou ruim. A percepção da saúde é um indicador subjetivo, mas estudos apontaram associada consistentemente a maior utilização de serviços de saúde,¹¹ internações hospitalares⁶ e mortalidade.¹⁵ Entretanto, um percentual importante (67%) dos participantes não respondeu diretamente a esta pergunta, o que pode ter influenciado os resultados, mas não é possível estimar em que direção.

A situação no mercado de trabalho expressa outras faces das desigualdades sociais. Os trabalhadores formais tinham maior grau de escolaridade, indicando maior qualificação profissional, e viviam em domicílios com renda *per capita* mais elevada. Outro aspecto são os extremos das faixas etárias estudadas. Assim como outros estudos¹² já identificaram, os mais jovens apresentaram as maiores probabilidades de desemprego, mostrando o difícil acesso destes ao mercado de trabalho nas regiões metropolitanas brasileiras. Por outro lado, os que estavam

Tabela 2 - Características sociodemográficas associadas com a situação no mercado de trabalho na população masculina entre 15 e 64 anos, Brasil-1998 (categoria de referência = trabalho formal).

Variáveis	Informal OR (IC 95%)	Situação no mercado de trabalho Desempregado OR (IC 95%)	Fora do mercado OR (IC 95%)
Idade em anos			
15-24	1,00	1,00	1,00
25-34	0,55 (0,51-0,60)	0,27 (0,25-0,31)	0,35 (0,30-0,40)
35-44	0,53 (0,49-0,57)	0,20 (0,18-0,22)	0,36 (0,31-0,41)
45-54	0,59 (0,54-0,64)	0,22 (0,19-0,26)	1,14 (1,00-1,29)
55-64	0,94 (0,84-1,05)	0,22 (0,17-0,27)	5,11 (4,50-5,80)
Escolaridade em anos			
0-3	1,00	1,00	1,00
4-7	0,73 (0,67-0,79)	1,04 (0,91-1,19)	0,54 (0,49-0,60)
8-10	0,46 (0,42-0,50)	0,96 (0,84-1,10)	0,29 (0,25-0,33)
≥11	0,26 (0,24-0,29)	0,36 (0,31-0,41)	0,20 (0,18-0,23)
Pessoa de referência da família			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,51 (1,42-1,60)	4,44 (4,06-4,86)	1,53 (1,41-1,66)
Renda domiciliar per capita (em R\$)			
≤78,89	1,00	1,00	1,00
78,89 — 150,00	0,76 (0,70-0,83)	0,41 (0,36-0,46)	0,55 (0,49-0,61)
150,00 — 255,00	0,55 (0,51-0,61)	0,23 (0,20-0,26)	0,41 (0,37-0,47)
255,00 — 500,00	0,44 (0,42-0,50)	0,16 (0,14-0,18)	0,32 (0,28-0,36)
≥500,00	0,35 (0,32-0,38)	0,07 (0,06-0,09)	0,26 (0,23-0,30)
Região de residência			
Sudeste	1,00	1,00	1,00
Sul	1,13 (1,03-1,24)	0,81 (0,70-0,94)	0,68 (0,59-0,80)
Nordeste	1,75 (1,65-1,86)	1,42 (1,30-1,55)	1,45 (1,34-1,58)
Norte	2,43 (2,17-2,72)	1,05 (0,86-1,28)	1,58 (1,33-1,87)
Distrito federal	1,15 (1,04-1,27)	0,91 (0,79-1,06)	0,95 (0,82-1,10)

OR (IC 95%): Odds ratio (Intervalo de Confiança de 95%).

fora do mercado de trabalho eram mais velhos e como discutido anteriormente, este grupo apresentou piores condições de saúde, independentemente da idade, portanto mais vulneráveis a exclusão do mercado de trabalho.

As categorias relativas à situação no mercado de trabalho utilizadas na presente análise, não constituem grupos internamente homogêneos. Assim, permanece a necessidade de investigar características, como jornada, local de trabalho e ocupação e como elas se diferenciam entre trabalhadores formais e informais. Também é necessário investigar a relação entre situação no mercado de trabalho e saúde entre as mulheres. A participação no mercado de trabalho se dá com uma nítida desvantagem de gênero, as mulheres têm ocupações mais precárias do que as dos homens e com menores rendimentos,¹² além de estarem submetidas à dupla carga de trabalho (doméstico).

Por ser um estudo transversal, a exposição aos fatores de risco e o evento de interesse são determinados simultaneamente, não sendo possível estabelecer uma relação temporal. Outra limitação dos estudos baseados em inquéritos é a mortalidade diferencial, os indivíduos com piores condições de vida e saúde tendem a morrer mais cedo. Entretanto, o efeito do viés de sobrevivência torna as estimativas mais conservadoras. Numa coorte de trabalhadores, verificou-se associação mais intensa entre nível socioe-

conômico e morbidade no segmento do que na linha de base.⁴ O efeito do trabalhador sadio representa um viés de seleção e sobrevida observado em estudos epidemiológicos ocupacionais. Segundo Bartley,² os efeitos seletivos e excludentes do trabalho são influenciados pelas oscilações da conjuntura econômica. Em períodos de maior recessão econômica, o contingente de trabalhadores mais vulneráveis do ponto de vista da saúde seriam excluídos da população economicamente ativa, reduzindo desta forma o contraste de saúde entre desempregados e empregados.

O presente estudo confirma que a saúde é influenciada pela posição socioeconômica e esta relação se opera por diversos caminhos, seja por meio de comportamentos, efeitos biológicos, fatores psicossociais, seja por recursos diferenciais para tratamento, prevenção e promoção da saúde. O desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estiveram associados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros. Às diferenças determinadas pelo trabalho se somam desigualdades de gênero, idade e escolaridade dentre outras. As desigualdades produzidas na estrutura social se refletem no processo de adoecimento.

Portanto, ao considerar, não só o trabalho, assim como a inserção diferenciada, o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho para investigar ini-

Tabela 3 - Distribuição da população masculina de acordo com a situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde. Brasil, 1998.

Variáveis	Situação no mercado de trabalho			
	Formal (N=20.135)	Informal (N=11.865)	Desempregado (N=3.814)	Fora do mercado (N=4.111)
Percepção da própria saúde				p<0,0001
Boa	25,4	26,3	27,7	23,4
Regular	3,9	6,0	5,0	13,1
Ruim	0,4	0,8	1,4	4,3
Outro	70,2	66,9	65,9	59,3
Afastamento das atividades habituais nos últimos 15 dias				p<0,0001
Sim	3,9	4,7	4,0	9,8
Não	96,1	95,4	96,0	90,2
Acamado nos últimos 15 dias				p<0,0001
Sim	2,0	2,9	2,7	6,2
Não	98,0	97,1	97,3	93,8
Relato de doença crônica				p<0,0001
Sim	17,5	18,0	14,3	35,1
Não	82,5	82,0	85,7	64,9
Plano de saúde privado				p<0,0001
Sim	51,5	16,4	16,4	27,5
Não	48,5	84,6	83,6	72,5
Consulta médica nos últimos 15 dias				p<0,0001
Sim	6,2	4,4	4,7	10,8
Não	93,9	95,6	95,3	89,2
Número de consultas médicas no último ano				p<0,0001
Nenhuma	47,7	60,5	59,0	43,9
1	17,1	14,3	14,7	11,2
2	13,6	10,0	10,4	10,9
3 ou mais	21,6	15,2	15,9	34,0
Número de internações no último ano				p<0,0001
Nenhuma	96,8	97,1	97,5	91,0
1	2,7	2,5	2,2	6,2
2 ou mais	0,5	0,5	0,4	2,9

Valor p: teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 4 - Indicadores e utilização de serviços de saúde de acordo com a situação no mercado de trabalho na população masculina. Brasil, 1998.

Variáveis	Situação no mercado de trabalho		
	Informal OR ajust (IC 95%)	Desempregado OR ajust (IC95%)	Fora do mercado OR ajust (IC95%)
Percepção da própria saúde			
Boa	1,00	1,00	1,00
Regular	1,28 (1,18-1,39)	1,26 (1,12-1,40)	1,27 (1,19-1,37)
Ruim	1,24 (1,08-1,43)	1,88 (1,45-2,42)	2,01 (1,64-2,45)
Outro informante	0,58 (0,50-0,61)	0,43 (0,41-0,45)	0,37 (0,25-0,39)
Afastamento das atividades habituais nos últimos 15 dias			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,04 (0,93-1,17)	0,90(0,74-1,09)	2,05 (1,62-2,60)
Acamado nos últimos 15 dias			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,36 (1,14-1,63)	1,34 (0,87-2,07)	2,83 (2,04-3,93)
Relato de doença crônica			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,02 (0,93-1,11)	1,06 (0,95-1,17)	1,41 (1,22-1,63)
Plano de saúde privado			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	0,21 (0,18-0,24)	0,35 (0,30-0,40)	0,38 (0,33-0,44)
Consulta médica nos últimos 15 dias*			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	0,88 (0,80-0,98)	1,08 (0,78-1,50)	1,58 (1,34-1,86)
Número de consultas médicas no último ano*			
Nenhuma	1,00	1,00	1,00
1	0,82 (0,75-0,90)	0,95 (0,79-1,15)	0,81 (0,71-0,93)
2	0,81 (0,72-0,91)	0,99 (0,86-1,12)	0,95 (0,80-1,13)
3 ou mais	0,82 (0,75-0,90)	1,03 (0,83-1,28)	1,57 (1,36-1,79)
Número de internações no último ano*			
Nenhuma	1,00	1,00	1,00
1	1,09 (0,93-1,28)	1,02 (0,73-1,43)	2,04 (1,67-2,49)
2 ou mais	0,98 (0,66-1,46)	0,96 (0,62-1,49)	3,54 (2,27-5,52)

Obs.: categoria de referência: trabalho formal; OR (95%) ajust: *Odds ratio* ajustado por idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência no domicílio, região de residência, aposentado e respondente próximo
*Ajustado por plano de saúde, além de todas as outras citadas

qüidade em saúde, revela-se um importante aspecto das desigualdades pouco abordado nos estudos de saúde no Brasil.

Concluindo, o aumento do desemprego, o cresci-

mento dos vínculos precários de trabalho e do mercado informal, onde não há proteção previdenciária, nem trabalhista, reforçam a necessidade de que a situação no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998;1(2):104-30.
2. Bartley M. Unemployment and health selection. *Lancet* 1996;348(9032):904.
3. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996;313(7055):445-9.
4. Ferrie J, Shipley MJ, Stansfeld SA, Smith GD, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;57(4):637-46.
5. Gomez CM, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999;4(2):411-21.
6. Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MFF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. *Cad Saúde Pública* 2001;17(6):1345-56.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro.
8. Kaplan GA. Upstream approaches to reducing socioeconomic inequalities in health. *Rev Bras Epidemiol* 2002;5 Supl 1:18-27.
9. Manderbacka K, Lahelma E, Rahkonen O. Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986-1994. *Scand J Public Health Suppl* 2001;55:41-54.

10. Marmot M, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequality among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1999;337(8754):1387-93.
11. Meer JBW van der, Bos J van den, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 1996;37(1):1-18.
12. Montali L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. *Rev Bras Ciênc Soc* 2000;15(42):55-71.
13. Sen A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *Int Labour Rev* [periódico on-line] 1997;136(2):155-71. Disponível em URL: <http://www.ilo.org/public/english/support/publ/revue/download/pdf/sen.pdf> [2003 mar 22]
14. Singer P. Globalização e desemprego, diagnóstico e alternativas. São Paulo; Contexto; 2000.
15. Sundquist J, Johansson SE. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39,156 people in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1997;51(1):35-40.