

Camila Menezes Sabino de Castro

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS  
ASSOCIADOS AO TRABALHO REMUNERADO ENTRE  
HOMENS E MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50-69 ANOS**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte  
2015

Camila Menezes Sabino de Castro

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS  
ASSOCIADOS AO TRABALHO REMUNERADO ENTRE  
HOMENS E MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50-69 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Co-orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Belo Horizonte

2015

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

### **Vice-Reitora**

Profª. Sandra Regina Goulart Almeida

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Adelina Martha dos Reis

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Vice-diretor**

Prof. Humberto José Alves

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora**

Profª. Sandhi Maria Barreto

### **Sub-Coordenadora**

Profª. Ada Ávila Assunção

### **Colegiado**

Profª. Sandhi Maria Barreto

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

### **Representação discente**

Flávia Soares Peres - Titular

Laura Monteiro de Castro Moreira – Suplente

# DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS  
ASSOCIADOS AO TRABALHO REMUNERADO ENTRE HOMENS E  
MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50-69 ANOS**

**CAMILA MENEZES SABINO DE CASTRO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 04 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Marin Ferreira Fontes de Lima e Costa  
Rosana Arina Paiva - Mangabeira  
Leucina Gatti Gonçalves - Leucina  
Fabiane Ribeiro Ferreira - Ferreira

Belo Horizonte, 4 de fevereiro de 2015.

Aos meus amores!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por nunca desistir de mim!

Agradeço ao Magno por tantas renúncias de lazer e descanso, e pelo caminho trilhado sempre junto. Te amo em verdade!

Agradeço ao Bê pelos momentos “forçados” de pausas na elaboração deste trabalho. Você é o amor das nossas vidas!

Agradeço aos meus pais, pela ajuda na correria do dia-a-dia. Obrigada pelo amor dedicado desde sempre!

Agradeço aos meus irmãos pelas alegrias e brincadeiras que me animaram a continuar este caminho. Obrigada, mesmo pelas “chatices”!

Agradeço aos meus familiares por apoiarem e se sentirem felizes com minhas conquistas!

Agradeço ao meu primo Marcos, por ter lido e revisado todos os meus pré-projetos e projetos e artigo. Outros virão!

Agradeço aos amigos que de perto ou de longe torceram por mim!

Agradeço à professora Maria Fernanda, que com sua dedicação, paciência e sabedoria me fez “andar pra frente”!

Agradeço à Juliana Mambrini (Ju) pela paciência e por todo o tempo disponível. E foi muito tempo mesmo!

Agradeço à professora Rosana Sampaio pela presença nos momentos essenciais!

Agradeço aos colegas deste tempo de mestrado. Obrigada meninas pela companhia: Ju, Luiza, Vanessa!

Agradeço aos professores do mestrado que me permitiram aprender e, também, à professora Eliane Gontijo, que me deu espaço para confirmar a escolha em ser docente!

Agradeço, enfim, aos idosos, que vivem intensamente e sabem que a vida é muito mais que os anos vividos!

Obrigada!

*“Façamos da interrupção um caminho novo. Da queda um passo de dança,  
do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro!”*  
*(Fernando Sabino)*

## RESUMO

**Introdução:** Aumentar a permanência dos idosos no mercado de trabalho e incentivar o retorno ao trabalho após a aposentadoria são expressões do envelhecimento ativo. Esse processo permite otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Nesse contexto, faz-se necessário conhecer os fatores associados à permanência no mercado de trabalho nas idades de transição para a aposentadoria. **Objetivos:** (1) Examinar os fatores sociodemográficos e os indicadores de saúde associados ao trabalho remunerado entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade; (2) Identificar diferenças entre gêneros em relação aos fatores associados ao trabalho remunerado nesse grupo. **Métodos:** A fonte de dados foi o segundo Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, conduzido entre maio e junho de 2010. Os fatores associados ao trabalho remunerado foram examinados em uma amostra probabilística de 3.320 indivíduos (50-69 anos de idade) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte. As variáveis estudadas incluíram características sociodemográficas, discriminação no ambiente de trabalho, comportamentos em saúde e condições de saúde. A análise multivariada dos dados foi baseada em razões de prevalência (RP) com variância robusta, considerando-se procedimentos analíticos para amostras complexas. **Resultados:** A prevalência do trabalho remunerado foi de 62,8% entre homens e 35,8% entre mulheres. Em ambos os gêneros, o trabalho remunerado apresentou associação positiva com nível de escolaridade e negativa com autoavaliação da saúde. A prevalência do trabalho remunerado foi maior entre mulheres sem cônjuge e aquelas que conheciam alguém que havia sido discriminado no ambiente de trabalho. Entre os homens, a prevalência do trabalho remunerado caiu de 67,2%, entre aqueles com  $\geq 8$  anos de escolaridade e que avaliaram melhor a sua saúde, para 37,8% entre aqueles com escolaridade mais baixa e que avaliaram sua saúde como ruim (RP=0,56; IC95%:0,37-0,87). Entre as mulheres, a prevalência correspondente caiu de 42,1% para 3,6% (RP=0,09; IC95%:0,03-0,26). **Conclusão:** Os resultados mostraram que a prevalência do trabalho remunerado entre mulheres com baixa escolaridade e pior avaliação da saúde foi dez vezes menor do que entre seus equivalentes homens. Chamou-se a atenção para a necessidade de mais investigações para identificar os determinantes das diferenças da participação no mercado de trabalho entre homens e mulheres.

**Palavras-chave:** envelhecimento, trabalho, escolaridade, saúde, discriminação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Increasing the permanence of elderly in the labor market and stimulating people to come back to work after they have retired are examples of active aging. This process allows optimizing health opportunities, participation and safety with the purpose of improving the quality of life as people age. In this respect, it is required to know the factors associated with the permanence in the labor market of people in age of transition to retirement. **Objectives:** (1) Examining social demographic factors and health indicators associated with paid work between 50-59 years men and women; (2) Identifying differences between genders regarding paid work factors in this group. **Methods:** Data were collected from “Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte” (Health Survey of the Metropolitan Region of Belo Horizonte), conducted between May and June 2010. Factors associated with paid work were examined in a probabilistic sample of 3,320 individuals (50-69 years) residents of the metropolitan region of Belo Horizonte. Variables studied included socio-demographic characteristics, discrimination in the work environment, health behavior and health conditions. The multivariate data analysis was based on prevalence ratios (PR) with a robust variance, considering analytical procedures for complex samples. **Results:** The prevalence of the paid work was of 62.8% among men and 35.8% among women. In both genders, paid work showed a positive association with education and a negative association with self-rated health. The probability of having paid work was higher among women without a spouse and among those who knew someone who had been discriminated in the work environment. Among men, the prevalence of paid work varied from 67.2% among those with  $\geq 8$  years of schooling and who rated their health as better to 37.8% among those with less education and who rated their health as poor (PR = 0.56; 95% CI: 0.37-0.87). Among women, the corresponding prevalence rates were from 42.1% to 3.6% (PR = 0.09; 95% CI: 0.03-0.26). **Conclusion:** The results showed that the probability of having paid work among women with low education and worse health conditions was ten times lower than among their male equivalents. The results of the present study have attracted the attention to the need of further investigation to examine gender differences in relation to determinants of permanence of elderly in the labor market.

**Keywords:** aging, work, education, health, discrimination.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Envelhecimento Populacional .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Participação Social.....</b>	<b>12</b>
<i>1.2.1 Envelhecimento e Trabalho .....</i>	<i>12</i>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Objetivo geral .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivo específico.....</b>	<b>17</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Tipo de estudo e fonte de dados.....</b>	<b>18</b>
<i>3.1.1 Inquérito de Saúde da RMBH.....</i>	<i>18</i>
<b>3.2 Coleta de dados e amostra .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Variáveis do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 Análise dos dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>21</b>
<b>4 ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Resumo.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Abstract.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Resúmen .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Introdução.....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Métodos.....</b>	<b>27</b>
<i>4.5.1 Área e população estudadas.....</i>	<i>27</i>
<i>4.5.2 Variáveis do estudo .....</i>	<i>27</i>
<i>4.5.3 Análise dos dados.....</i>	<i>29</i>
<b>4.6 Resultados .....</b>	<b>29</b>
<b>4.7 Discussão .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO A – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO B – ATA DA DEFESA .....</b>	<b>49</b>

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 Envelhecimento Populacional

Durante a maior parte da história humana, a população mundial cresceu lentamente. Na primeira metade do século XX, os avanços científicos e tecnológicos levaram ao declínio da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, gerando um crescimento acelerado da população mundial. Desde então, fatores como planejamento familiar, uso de métodos contraceptivos e maior participação da mulher no mercado de trabalho tem levado à queda da taxa de fecundidade, gerando uma desaceleração do crescimento da população mundial<sup>1</sup>.

A principal consequência demográfica, resultante da combinação entre o lento crescimento populacional provocado pela queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida é o envelhecimento da população. O número de pessoas idosas no mundo irá aumentar, principalmente durante a segunda metade do século XXI, atingindo quase 3 bilhões de pessoas com 60 anos e mais, em 2100<sup>1</sup>. Essa mudança demográfica não ocorre de forma isolada, sendo acompanhada por mudanças, tais como a transição epidemiológica, do mercado de trabalho e a educacional<sup>2</sup>.

O envelhecimento da população, que já ocorre nos países desenvolvidos, está menos avançado nos países em desenvolvimento. No entanto, a população destes países está prestes a entrar em um período de rápido envelhecimento<sup>1</sup>. Esse ritmo acelerado faz com que o envelhecimento se torne realidade antes dos países em desenvolvimento resolverem as suas necessidades sociais básicas como educação e saúde. A preocupação reside principalmente nas alterações que essa perspectiva de envelhecimento acarreta no perfil das transferências de recursos e nas demandas por políticas públicas, colocando desafios para o Estado, a sociedade e a família, principalmente em relação às políticas previdenciárias e de saúde<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> United Nations Population Division [Internet]. World population prospects: the 2012 revision population database. New York: United Nations, 2013. Disponível em <<http://esa.un.org/wpp>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

<sup>2</sup> Camarano AA (Org.) Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014. 658p.

O Brasil, atualmente, tem uma estrutura etária muito favorável, com a maior parte de sua população em idade ativa, o que é geralmente denominado “bônus demográfico”. Esse período representa uma oportunidade para estimular o crescimento econômico e um desafio de gerar trabalho remunerado para o crescente número de pessoas em idade ativa. No entanto, a população idosa brasileira irá triplicar nas próximas quatro décadas e esse ritmo de envelhecimento afetará todos os aspectos da sociedade, desde a seguridade social e assistência à saúde até o planejamento urbano, oportunidades educacionais e o mercado de trabalho, com tempo limitado para ajustes<sup>3</sup>.

A preocupação com os idosos deve-se à consideração generalizada de que esse segmento pode estar experimentando momentos de fragilidade. Uma parcela não desprezível da população idosa brasileira experimenta altos níveis de vulnerabilidade e dependência, principalmente perda de autonomia física, o que acarreta perda da capacidade para o trabalho e para realizar as atividades de vida diária. Esta foi a visão predominante nas políticas para idosos. Atualmente, essas políticas tendem a reforçar a promoção do envelhecimento ativo<sup>4</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) argumenta que os países podem arcar com os custos relacionados ao envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas que potencializem um “envelhecimento ativo”. Esse é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Esse processo permite que as pessoas percebam seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida, e assim possam participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Gragnolati M, Jorgensen OH, Rocha R et al [Internet]. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento/Banco Mundial, 2011. Disponível em <[http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo\\_Brasil\\_Sumario\\_Executivo.pdf](http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf)>. Acesso em 04 ago. 2014.

<sup>4</sup> Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: Camarano AA (Org.) Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Cap. 2, p. 81-116.

<sup>5</sup> World Health Organization [Internet]. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO, 2002. Disponível em <<http://www.who.int/ageing/publications/en>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

## 1.2 Participação Social

A participação social é o envolvimento do indivíduo em situações da vida, considerando sua experiência e o contexto ambiental em que as atividades são realizadas. Participar significa estar incluído ou integrado em uma área da vida e ser aceito ou ter acesso aos recursos necessários para essa inclusão<sup>6</sup>.

Ao longo da vida, as pessoas entram e saem de várias relações sociais, mas à medida que envelhecem são mais propensas a perderem essas relações<sup>7</sup>. Os idosos, em geral, são vistos como indivíduos com alto nível de dependência e vulnerabilidade, em processo de perda de papéis sociais e familiares<sup>4</sup>. Nesse contexto, a participação social para o idoso pode significar melhor saúde, autonomia e qualidade de vida. Estudos têm demonstrado que as relações sociais protegem os idosos do declínio físico e cognitivo<sup>7</sup> e, também, são benéficas para a qualidade de vida das pessoas mais velhas<sup>8</sup>.

### 1.2.1. *Envelhecimento e Trabalho*

Para o idoso, manter-se no mercado de trabalho é uma maneira de estabelecer relações sociais e participar ativamente da sociedade<sup>4,6</sup>. O trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação e um objetivo a ser atingido na vida<sup>9</sup>. O sentido do trabalho possibilita a construção da identidade pessoal e social do trabalhador por meio das tarefas que executa, permitindo que ele consiga se identificar com aquilo que realiza<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Silva FCM, Sampaio RF, Ferreira FR et al. Influence of context in social participation of people with disabilities in Brazil. Rev Panam Salud Publica 2013; 34:250-56.

<sup>7</sup> Thomas PA. Trajectories of social engagement and limitations in late life. J Health Soc Behav 2011; 52:430-43.

<sup>8</sup> Lyyra TM, Lyyra AL, Lumme-Sandt K, Tiikkainen P, Heikkinen RL. Social relations in older adults: Secular trends and longitudinal changes over a 16-year follow-up. Arch Gerontol Geriatr 2010; 51:133-38.

<sup>9</sup> Morin, EM. Os sentidos do trabalho. Rev Adm Empres 2011; 41:8-19.

<sup>10</sup> Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. Psicol Soc 2007; 19:38-46.

Atualmente, em todo o mundo, a população em idade ativa (PIA), ou seja, de 15 a 64 anos de idade, tem crescido a taxas relativamente menores que a população com 65 anos ou mais, o que leva ao envelhecimento da força de trabalho. Portanto, o desafio com que esses países se defrontam para os próximos anos é manter a força de trabalho em um tamanho suficiente para prover de forma eficiente os bens e serviços necessários para a população como um todo<sup>11</sup>. Nesse contexto, o desenvolvimento de políticas de emprego e aposentadoria e de programas para otimizar a participação dos idosos no mercado de trabalho devem ser incluídos nas agendas políticas<sup>5,12,13</sup>.

Segundo a OMS, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a maioria dos idosos continua a representar um recurso vital para as famílias e comunidades. Muitos deles continuam a trabalhar tanto no mercado formal, quanto no informal<sup>5</sup>. Fatores associados à permanência dos idosos no mercado de trabalho têm sido amplamente estudados. Pesquisas conduzidas em países de alta renda mostram as condições de saúde como um dos principais determinantes da permanência dos idosos no mercado de trabalho, assim como do seu retorno ao trabalho após a aposentadoria<sup>14,15,16</sup>. Resultados do estudo de Mazzonna<sup>14</sup> mostraram alguma influência de gênero, ou seja, para os homens as condições de saúde estão associadas à permanência no trabalho remunerado, enquanto para as mulheres essa associação não é tão evidente. O autor sugere que a menor participação das mulheres no mercado de trabalho é uma possível explicação para essa heterogeneidade.

---

<sup>11</sup> Barbosa ALNH. Um retrato de duas décadas do mercado de trabalho brasileiro. In: Camarano AA (Org.) Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Cap. 8, p. 271-313.

<sup>12</sup> Ross D. Ageing and work: an overview. *Occup Med* 2010; 60:169–71.

<sup>13</sup> Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European Union. *Lancet* 2013; 381:1312-22.

<sup>14</sup> Mazzonna F. The long lasting effects of education on old age health: Evidence of gender differences. *Soc Sci Med* 2014; 101:129-38.

<sup>15</sup> Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, Tancredi DJ, Arheart KL, Leblanc WG, et al. Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. *Am J Public Health* 2011; 101:1729-34.

<sup>16</sup> Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health; 2005. p.132-148.

Outro fator consistentemente descrito como associado à permanência dos idosos no mercado de trabalho em países de alta renda é a escolaridade, com maiores prevalências entre aqueles com escolaridade mais alta<sup>17,18,19</sup>.

Pesquisas no Brasil mostram que, para ambos os sexos, idade, boas condições de saúde e alto nível de escolaridade são determinantes para que o idoso permaneça no mercado de trabalho<sup>20-24</sup>. Nesses estudos, o aumento da idade apresenta um efeito negativo e boas condições de saúde e escolaridade mais alta, efeito positivo. Além desses fatores, podem-se citar outros como o desejo de manter o padrão de vida<sup>20,21</sup>, a possibilidade de complementar a renda e a autonomia<sup>24</sup>.

---

<sup>17</sup> Canduela J, Dutton M, Johnson S, Lindsay C, McQuaid RW, Raeside R. Ageing, skills and participation in work-related training in Britain: assessing the position of older workers. *Work, Employ Soc* 2012; 26:42-60.

<sup>18</sup> Crawford R, Tetlow G. Employment, retirement and pensions. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4)*. London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.11-75.

<sup>19</sup> Ilmarinen J. *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health; 2005. p.30-36.

<sup>20</sup> Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. A oferta de força de trabalho brasileira: tendências e perspectivas. In: Tafner P, editor e organizador. *Brasil: o estado de uma nação – mercado de trabalho, emprego e informalidade*. Rio de Janeiro: IPEA; 2006; 1:69-118.

<sup>21</sup> Queiroz VS, Ramalho HMB. A escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. *Rev Econ* 2009; 10:817-48.

<sup>22</sup> Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Cienc Saúde Colet* 2002; 7:825-39.

<sup>23</sup> Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19:759-71.

<sup>24</sup> Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. *Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão n. 1.890).

Os fatores que determinam a participação feminina no mercado de trabalho são diferentes dos que determinam a participação masculina. Segundo Perez, entre os homens, as variáveis econômicas apresentaram maior poder explicativo para a participação no mercado de trabalho, enquanto para as mulheres, as variáveis com maior poder explicativo estavam relacionadas à composição familiar (não possuir cônjuge e ter cinco filhos ou mais)<sup>25</sup>. Resultados de Camarano, Kanso e Fernandes mostraram que a aposentadoria é um determinante importante para a retirada dos homens idosos da atividade econômica, mas para as mulheres a tendência não é tão clara. Para o sexo feminino, a posse ou não do benefício da pensão por morte pode ter um impacto importante na decisão de permanecer no mercado de trabalho<sup>24</sup>.

Por outro lado, independentemente do sexo, a discriminação pela idade, dificuldades de adaptação às novas tecnologias<sup>26,27</sup> e a maior competitividade no mercado de trabalho<sup>28</sup> podem contribuir para a saída dos idosos do mercado de trabalho, favorecendo a inatividade.

Optou-se por estudar a faixa etária de 50 a 69 anos de idade, por duas razões: (1) na literatura consultada, não encontramos estudos brasileiros focados nessa fase da vida; (2) assume-se que, aos 50 anos, uma parcela expressiva da população já está fazendo a transição da situação de atividade para a de inatividade, o que nem sempre ocorre via aposentadoria. Em geral, a mudança da situação de atividade para inatividade costuma ser gradual, sendo difícil estabelecer um divisor de águas<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Pérez ER, Wajnman S, de Oliveira AMHC. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. *Rev Bras Estud Popul* 2006; 23:269-86.

<sup>26</sup> Gasparini L, Alejo J, Haimovich F, Olivieri S, Tornarolli L. Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. *J Int Dev* 2010; 22:176-207.

<sup>27</sup> Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. In: IPEA. Texto para discussão nº 1292. Rio de Janeiro: IPEA; 2007.

<sup>28</sup> Queiroz VS, Ramalho HMB, do Monte PA. A inserção do idoso no mercado de trabalho: evidências a partir da duração do desemprego no Brasil. *Anais do XVII Encontro Regional de Economia*; 2012; Fortaleza, Brasil.

<sup>29</sup> Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho? In: Camarano AA (Org.) *Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Cap. 12, p. 377-406.

O presente trabalho, baseado em uma amostra representativa de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), teve por objetivo examinar os fatores sociodemográficos e os indicadores de saúde associados ao trabalho remunerado entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade, considerando-se fatores tradicionalmente utilizados nesse tipo de investigação, tais como sexo, escolaridade e indicadores das condições de saúde, assim como fatores não considerados em estudos nacionais anteriores, como comportamentos em saúde e percepção de discriminação no trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Examinar fatores sociodemográficos e indicadores de saúde associados ao trabalho remunerado entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade.

### **2.2 Objetivo específico**

Identificar diferenças entre gêneros em relação aos fatores associados ao trabalho remunerado entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de estudo e fonte de dados

O presente estudo é de caráter transversal cuja fonte de dados foi o segundo Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Trata-se de um estudo transversal, porque o trabalho remunerado, os fatores sociodemográficos e as condições de saúde foram coletados simultaneamente para cada participante<sup>30</sup>.

A RMBH é composta por 34 municípios, com uma população de 4,8 milhões de habitantes. O município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, possui a maior população da região metropolitana: 2,4 milhões<sup>31</sup>.

##### *3.1.1 Inquérito de Saúde da RMBH*

O Inquérito de Saúde foi realizado em 2003<sup>32</sup> e repetido em 2010. Esse segundo inquérito foi conduzido entre maio e junho de 2010 e teve como objetivo realizar, de forma sistemática, o diagnóstico das condições de saúde de adultos residentes na RMBH, além de determinar as desigualdades associadas ao sexo, à idade e ao município de residência, com ênfase na saúde do idoso. Aspectos relativos às condições de saúde, a comportamentos prejudiciais à saúde, ao uso de serviços preventivos de saúde, ao acesso e uso de serviços de saúde e à função física do idoso foram abordados<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Gordis L. Case-control Studies and Other Study Designs. In: Epidemiology. 4 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009, p.177-199.

<sup>31</sup> Lima-costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 120p.

<sup>32</sup> Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, 2004. 132p.

### 3.2 Coleta de dados e amostra

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte* (PED/RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo do Estado de Minas Gerais<sup>31</sup>. A PED da RMBH é realizada desde 1995, com o objetivo de investigar a estrutura e a dinâmica do mercado de trabalho regional, a partir de um levantamento mensal e sistemático sobre emprego, desemprego e rendimentos do trabalho<sup>33</sup>.

A amostra da PED foi delineada para produzir estimativas da população não institucionalizada com idade igual ou superior a dez anos, sendo incluídos 26 municípios da RMBH. Foram eles: Belo Horizonte, Betim, Brumadinho, Caeté, Confins, Contagem, Esmeraldas, Florestal, Ibirité, Igarapé, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Mateus Leme, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Rio Manso, Sabará, Santa Luzia, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo e Vespasiano<sup>33</sup>.

Trata-se de uma amostra probabilística de conglomerados estratificada em dois estágios. Os 3.136 setores censitários urbanos do IBGE, que compõem a RMBH, foram agrupados em 79 estratos. No primeiro estágio, dentro de cada estrato foram escolhidos dois setores censitários com igual probabilidade e com reposição. No segundo, tendo sido anteriormente listados todos os domicílios do setor, foram sorteados 16 domicílios, seguindo o critério da amostragem aleatória sistemática. A ponderação de cada entrevista realizada foi definida considerando-se o número de questionários efetivamente respondidos em cada setor sorteado, o número de domicílios listados no setor e o número de setores que compõem o estrato. As estimativas dos valores absolutos foram obtidas a partir de taxas amostrais aplicadas às projeções populacionais<sup>33</sup>. Dos 7.500 domicílios amostrados, 5.798 (77,3%) participaram da pesquisa. Todos os residentes nos domicílios amostrados, com idade igual ou superior a 20 anos, foram elegíveis para entrevista face a face do inquérito de saúde. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações<sup>31,34</sup>. Para o presente estudo foram selecionados todos os participantes da amostra com idade entre 50 e 69 anos, totalizando 3.325 indivíduos.

---

<sup>33</sup> Centro de Estatística e Informação [Internet]. Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte: Boletim Anual 2010. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2011. Disponível em <www.fjp.gov.br>. Acesso em: 04 ago. 2014.

<sup>34</sup> Lima-costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013; 29:1370-80.

### 3.3 Variáveis do estudo

A variável dependente desse estudo foi o trabalho remunerado, definido pela informação de ter tido remuneração pelo trabalho nos últimos sete dias. Trabalho remunerado referiu-se ao exercício de qualquer atividade que teve como contrapartida uma remuneração em dinheiro, compreendendo assalariados, patrões, trabalho por conta-própria e autônomo, trabalho exclusivo por produção e biscate, entre outros. Todas as outras condições, quais sejam aposentados, afastados, donas de casa que se dedicam exclusivamente aos afazeres domésticos, estudantes e os indivíduos que viviam exclusivamente de renda ou ajuda de parentes e/ou conhecidos foram incluídos na categoria não trabalho. Maiores detalhes podem ser vistos em publicação anterior<sup>33</sup>.

As variáveis independentes desse estudo incluíram características sociodemográficas, discriminação no ambiente de trabalho, comportamentos em saúde e condições de saúde. Entre as primeiras, foram considerados sexo, idade na data da entrevista, escolaridade (número de anos completos de estudo), local de residência (município de Belo Horizonte e outros municípios da RMBH) e situação conjugal, esta categorizada como com cônjuge (casado, união consensual/mora junto) e sem cônjuge (solteiro, viúvo e divorciado/separado). A discriminação no ambiente de trabalho foi avaliada pelas perguntas *“Já se sentiu vítima de alguma discriminação no ambiente de trabalho?”* e *“Conhece vítimas de discriminação no ambiente de trabalho?”*. Entre os comportamentos em saúde foram considerados tabagismo atual, consumo abusivo de álcool e práticas de atividade física no lazer e no cotidiano. O hábito de fumar foi definido pelo consumo atual de cigarros entre aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante toda a vida. O consumo abusivo de álcool foi definido pelo consumo de cinco ou mais drinques em uma única ocasião nos últimos 30 dias. A atividade física no lazer foi definida pela frequência semanal de atividades de intensidade leve, moderada ou intensa (caminhada, ginástica, natação, entre outros) por 20-30 minutos diários, nos últimos 90 dias; foi considerada insuficiente a frequência dessas atividades menos de três dias na semana. A atividade física no cotidiano foi definida pela pergunta *“Qual das seguintes frases define melhor seus hábitos ou atividades físicas no dia a dia?”* com quatro possibilidades de respostas *“Geralmente fica sentado durante o dia”*, *“Fica em pé ou caminha bastante durante o dia”*, *“Geralmente levanta ou carrega volumes”* e *“Faz trabalho pesado, tendo de carregar peso”*; foi considerado sedentário aquele que escolheu a primeira opção. Os indicadores das condições de saúde compreenderam a autoavaliação da saúde e a

presença de doenças crônicas. A autoavaliação da saúde foi definida pela pergunta: “*De uma maneira geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é...*”, com cinco possibilidades de respostas, variando entre muito boa e muito ruim; nesta análise, as respostas foram categorizadas em ruim/muito ruim vs. razoável/boa/muito boa. A informação sobre diagnóstico médico para doenças crônicas foi obtida por meio da pergunta “*Algum médico disse que o(a) senhor(a) tinha “tal doença”?*”, considerando-se hipertensão, diabetes, depressão e dor nas costas.

### **3.4 Análise dos dados**

O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para examinar diferenças de frequências entre sexo na descrição das características dos participantes do estudo. As forças das associações entre trabalho remunerado e indicadores sociodemográficos, comportamentos em saúde e condições de saúde foram baseadas em razões de prevalência (RP), estimadas por meio de modelos de regressão de Poisson, com variância robusta. Os modelos foram ajustados inicialmente pela idade e, em seguida, pelo nível de escolaridade. As análises foram realizadas separadamente para homens e mulheres. Todas as análises foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata versão 13.0 (College Station, Texas, USA), utilizando-se os procedimentos para amostras complexas, de forma a considerar o efeito do delineamento do estudo e o peso dos indivíduos na amostra. Adicionalmente, foi utilizado o comando *subpop* para ajuste da amostra para representar os indivíduos com idade entre 50-69 anos.

### **3.5 Aspectos éticos**

O segundo Inquérito de Saúde da RMBH foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (carta de aprovação nº 10/2009)<sup>31</sup>.

#### 4 ARTIGO ORIGINAL

### ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE ASSOCIADOS AO TRABALHO REMUNERADO EM ADULTOS (50-69 ANOS) NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Camila Menezes Sabino de Castro<sup>1</sup>, Juliana Vaz de Melo Mambrini<sup>2</sup>, Rosana Ferreira Sampaio<sup>3</sup>, James Macinko<sup>4</sup>, Maria Fernanda Lima-Costa<sup>1,2</sup>

*<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte/MG – Brasil*

*<sup>2</sup>Centro de Pesquisas René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ Minas) – Belo Horizonte/MG – Brasil*

*<sup>3</sup>Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Departamento de Fisioterapia – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte/MG – Brasil*

*<sup>4</sup>Department of Nutrition, Food Studies, and Public Health - New York University – New York/NY – USA.*

#### 4.1 Resumo

Foram examinados os fatores associados ao trabalho remunerado em uma amostra probabilística de 3.320 indivíduos (50-69 anos de idade) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A prevalência do trabalho remunerado foi de 62,8% entre homens e 35,8% entre mulheres. Em ambos os gêneros, o trabalho remunerado apresentou associação positiva com nível de escolaridade e negativa com autoavaliação da saúde. A prevalência do trabalho remunerado foi maior entre mulheres sem cônjuge e aquelas que conheciam alguém que havia sido discriminado no ambiente de trabalho. Entre os homens, a prevalência do trabalho remunerado caiu de 67,2%, entre aqueles com  $\geq 8$  anos de escolaridade e que avaliaram melhor a sua saúde, para 37,8% entre aqueles com escolaridade mais baixa e que avaliaram sua saúde como ruim (RP=0,56; IC95%:0,37-0,87). Entre as mulheres, a prevalência correspondente caiu de 42,1% para 3,6% (RP=0,09; IC95%:0,03-0,26). A prevalência do trabalho remunerado entre mulheres com baixa escolaridade e pior avaliação da saúde foi dez vezes menor do que entre seus equivalentes homens.

Palavras-chave: Envelhecimento, Trabalho, Escolaridade, Saúde, Discriminação.

#### 4.2 Abstract

Factors associated with paid work were examined in a probabilistic sample of 3.320 individuals (50-69 years) in the Metropolitan Region of Belo Horizonte. The prevalence of paid work was 62.8% among men and 35.8% among women. In both sexes, paid work showed a positive association with education and a negative association with self-rated health. The probability of having paid work was higher among women without a spouse and among those who knew someone who had been discriminated against in the workplace. Among men, the prevalence of paid work varied from 67.2% among those with  $\geq 8$  years of schooling and who rated their health as better to 37.8% among those with less education and who rated their health as poor (PR = 0.56; 95%CI: 0.37-0.87). Among women, the corresponding prevalence rates were from 42.1% to 3.6% (PR = 0.09; 95%CI: 0.03-0.26). The probability of having paid work among women with low education and worse health conditions was ten times lower than among their male equivalents.

Key words: Aging, Work, Education, Health, Discrimination

### 4.3 Resumen

Los factores asociados con trabajo remunerado fueron examinados en una muestra de 3.320 individuos (50-69 años) que residen en la Región Metropolitana de Belo Horizonte. La prevalencia del trabajo remunerado fue 62,8% entre los hombres y 35,8% entre las mujeres. El trabajo remunerado se asoció con el nivel de educación y las condiciones de salud para ambos sexos. Las mujeres que no tenían cónyuge y las que conocían a alguien que había sido objeto de discriminación en el lugar de trabajo tuvieron mayor probabilidad a tener trabajo remunerado. En comparación, entre aquellos que tienen 8 o más años de escolaridad y que calificaron su salud como bueno/regular, y hombres con bajo nivel de escolaridad y que calificaron su salud como mala, la prevalencia del trabajo remunerado se redujo de 67,2% a 37,8% (RP=0,56;IC95%:0,37-0,87). Entre las mujeres, la prevalencia correspondiente cayó de 42,1% a 3,6% (RP=0,09;IC95%:0,03-0,26). La probabilidad de tener un trabajo remunerado entre mujeres con problemas de salud y bajo nivel educativo era diez veces menor que entre sus equivalentes masculinos.

Palabras clave: Envejecimiento, Trabajo, Escolaridad, Salud, Discriminación.

#### 4.4 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, com projeções crescentes principalmente para os países em desenvolvimento. Algumas das consequências desse processo é o aumento da proporção de idosos na população ativa e a elevação dos gastos públicos relacionados aos sistemas sociais e de saúde<sup>1</sup>. Vários países estão desenvolvendo políticas de emprego e aposentadoria e programas para otimizar a participação dos idosos na sociedade, com o objetivo de promover um envelhecimento saudável e produtivo<sup>2,3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva ações pró “envelhecimento ativo” e argumenta que os países podem arcar com os custos relacionados ao envelhecimento se os governos, organizações internacionais e sociedade civil implementarem políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos idosos. A redução das iniquidades em saúde e a permanência dos idosos no mercado de trabalho são expressões do envelhecimento ativo<sup>4</sup>.

Fatores associados à permanência dos idosos no mercado de trabalho têm sido amplamente estudados. Pesquisas conduzidas em países de alta renda mostram as condições de saúde como um dos principais determinantes da permanência dos idosos no mercado de trabalho, assim como do seu retorno ao trabalho após a aposentadoria<sup>5,6,7</sup>. Os resultados do estudo mais recente, entre os acima mencionados<sup>5</sup>, mostraram alguma influência do gênero nessa associação. Entre os homens as condições de saúde estão associadas à permanência no mercado de trabalho remunerado, enquanto entre as mulheres essa associação não é tão evidente. Possíveis explicações apontadas por alguns estudos são o fato das mulheres estarem inseridas em trabalhos com menos exigências físicas e, portanto, com menos exigências em relação às condições de saúde<sup>5</sup>.

Outro fator consistentemente descrito como associado à permanência dos idosos no mercado de trabalho em países de alta renda é a escolaridade, com maiores prevalências entre aqueles com escolaridade mais alta<sup>8,9,10</sup>. Um estudo recente, baseado em amostra nacional representativa de ingleses com 50 anos ou mais de idade revelou um aumento da permanência no mercado de trabalho em anos recentes, sobretudo nas coortes de nascimento mais jovens. Esse aumento foi mais acentuado em pessoas com níveis mais altos de escolaridade<sup>9</sup>. Dois fatores parecem explicar a associação entre escolaridade e permanência no mercado de trabalho entre idosos: primeiro, pessoas com maior escolaridade apresentam melhores condições de saúde<sup>11-16</sup> e, portanto, maior capacidade para a permanência no mercado de

trabalho; segundo, a escolaridade mais alta possibilita o acesso a ocupação mais qualificada e melhor remunerada<sup>5,8</sup>.

No Brasil, tem aumentado a participação dos indivíduos acima de 50 anos na população economicamente ativa (PEA)<sup>17</sup>. Resultados de estudos brasileiros mostram que os principais determinantes da permanência de idosos no mercado de trabalho são boas condições de saúde, maior escolaridade, e desejo de manter o padrão de vida<sup>18,19</sup>. A discriminação por idade e dificuldades de adaptação às novas tecnologias e/ou a novas formas organizacionais são fatores que podem contribuir para a saída dos idosos do mercado de trabalho<sup>20,21</sup>.

Estudos baseados na população com 65 anos ou mais da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 1998) mostraram que a prevalência do trabalho atual era significativamente mais alta entre os homens do que entre as mulheres. Em ambos os sexos, entretanto, os que permaneciam no mercado de trabalho eram mais jovens, apresentavam escolaridade mais alta e maior renda domiciliar *per capita*, assim como melhores indicadores de saúde e de uso de serviços de saúde<sup>22,23</sup>. Outro estudo, baseado em amostra representativa de pessoas com 60 anos ou mais na cidade de São Paulo, mostrou importantes diferenças de gênero. Entre os homens, as variáveis econômicas apresentaram maior poder explicativo para a participação no mercado de trabalho. Entre as mulheres, a composição familiar (não possuir cônjuge e ter cinco filhos ou mais) foi mais importante. A associação entre condições de saúde e permanência no mercado de trabalho foi mais acentuada entre os homens do que entre as mulheres. Segundo os autores, uma possível explicação para essa diferença é a menor demanda física no trabalho das mulheres, requerendo em menor medida uma boa saúde<sup>24</sup>.

No ano de 2010, a média de idade de aposentadoria urbana no Brasil foi de 67,9 anos entre os homens e de 63,6 anos entre as mulheres<sup>25</sup>, chamando-se a atenção para a necessidade de melhor conhecimento dos fatores associados à permanência no mercado de trabalho nas idades de transição para a aposentadoria. Na literatura consultada, não encontramos estudos brasileiros focados nessa fase da vida.

O presente trabalho, baseado em uma amostra representativa de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), teve por objetivo examinar os fatores sócio demográficos e os indicadores de saúde associados à permanência no mercado de trabalho entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade, considerando-se fatores tradicionalmente utilizados nesse tipo de investigação, tais como sexo, escolaridade e indicadores das condições de saúde, assim como fatores não considerados em estudos nacionais anteriores, como comportamentos em saúde e percepção de discriminação no trabalho.

## 4.5 Métodos

### 4.5.1 *Área e população estudadas*

A fonte de dados para este estudo de caráter transversal foi o segundo Inquérito de Saúde da RMBH, conduzido entre maio e junho de 2010. Os dados foram coletados por meio de um questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo do Estado de Minas Gerais. A amostra da PED foi delineada para produzir estimativas da população não institucionalizada com idade igual ou superior a dez anos residente em 26 municípios da RMBH. Os participantes foram selecionados por meio de uma amostra probabilística de conglomerados, estratificada em dois estágios. Os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram utilizados como unidade primária de seleção, e a unidade amostral foi o domicílio<sup>26</sup>.

Dos 7.500 domicílios amostrados, 5.798 (77,3%) participaram da pesquisa. Todos os residentes nos domicílios amostrados, com idade igual ou superior a 20 anos, foram elegíveis para entrevista face a face do inquérito de saúde. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações<sup>27,28</sup>. Para o presente estudo foram selecionados todos os participantes da amostra com idade entre 50 e 69 anos, totalizando 3.325 indivíduos.

O segundo Inquérito de Saúde da RMBH foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (carta de aprovação nº 10/2009)<sup>27</sup>.

### 4.5.2 *Variáveis do estudo*

A variável dependente deste estudo foi o trabalho remunerado, definido pela informação de ter tido remuneração pelo trabalho nos últimos sete dias. Trabalho remunerado referiu-se ao exercício de qualquer atividade que teve como contrapartida uma remuneração em dinheiro, compreendendo assalariados, patrões, trabalho por conta-própria e autônomo, trabalho exclusivo por produção e biscate, entre outros. Todas as outras condições, quais sejam aposentados, afastados, donas de casa que se dedicam exclusivamente aos afazeres domésticos, estudantes e os indivíduos que viviam exclusivamente de renda ou ajuda de parentes e/ou conhecidos foram incluídos na categoria não trabalho. Maiores detalhes podem ser vistos em publicação anterior<sup>26</sup>.

As variáveis independentes deste estudo incluíram características sócio demográficas, discriminação no ambiente de trabalho, comportamentos em saúde e condições de saúde. Entre as primeiras, foram considerados sexo, idade na data da entrevista, escolaridade (número de anos completos de estudo), local de residência (município de Belo Horizonte e outros municípios da RMBH) e situação conjugal, esta categorizada como com cônjuge (casado, união consensual/mora junto) e sem cônjuge (solteiro, viúvo e divorciado/separado). A discriminação no ambiente de trabalho foi avaliada pelas perguntas “*Já se sentiu vítima de alguma discriminação no ambiente de trabalho?*” e “*Conhece vítimas de discriminação no ambiente de trabalho?*”. Entre os comportamentos em saúde foram considerados tabagismo atual, consumo abusivo de álcool e práticas de atividade física no lazer e no cotidiano. O hábito de fumar foi definido pelo consumo atual de cigarros entre aqueles que já fumaram pelo menos 100 cigarros durante toda a vida. O consumo abusivo de álcool foi definido pelo consumo de cinco ou mais drinques em uma única ocasião nos últimos 30 dias. A atividade física no lazer foi definida pela pergunta “*Durante seus períodos de lazer ou de folga nos últimos 90 dias, com que frequência o(a) senhor(a) caminhou para fazer exercícios ou fez ginástica ou praticou algum esporte por pelo menos 20 a 30 minutos?*”, com cinco opções de respostas correspondentes ao número de dias na semana; na presente análise, foi considerada insuficiente a frequência dessas atividades menos de três dias na semana. A atividade física no cotidiano foi definida pela pergunta “*Qual das seguintes frases define melhor seus hábitos ou atividades físicas no dia a dia?*” com quatro possibilidades de respostas “*Geralmente fica sentado durante o dia*”, “*Fica em pé ou caminha bastante durante o dia*”, “*Geralmente levanta ou carrega volumes*” e “*Faz trabalho pesado, tendo de carregar peso*”; foi considerado sedentário aquele que escolheu a primeira opção. Os indicadores das condições de saúde compreenderam a autoavaliação da saúde e a presença de doenças crônicas. A autoavaliação da saúde foi definida pela pergunta: “*De uma maneira geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é...*”, com cinco possibilidades de respostas, variando entre muito boa e muito ruim; nesta análise, as respostas foram categorizadas em ruim/muito ruim vs. razoável/boa/muito boa. A informação sobre diagnóstico médico para doenças crônicas foi obtida por meio da pergunta “*Algum médico disse que o(a) senhor(a) tinha “tal doença”?*”, considerando-se hipertensão, diabetes, depressão e dor nas costas.

### 4.5.3 Análise dos dados

O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para examinar diferenças de frequências entre gêneros na descrição das características dos participantes do estudo. As forças das associações entre trabalho remunerado e indicadores sócio demográficos, comportamentos em saúde e condições de saúde foram baseadas em razões de prevalência (RP), estimadas por meio de modelos de regressão de Poisson, com variância robusta, e ajustadas por idade e escolaridade. As análises foram realizadas separadamente para homens e mulheres. Todas as análises foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata versão 13.0 (College Station, Texas, USA), utilizando-se os procedimentos para amostras complexas, de forma a considerar o efeito do delineamento do estudo e o peso dos indivíduos na amostra. Adicionalmente, foi utilizado o comando *subpop* para ajuste da amostra para representar os indivíduos com idade entre 50-69 anos.

## 4.6 Resultados

Participaram deste estudo 3.320 indivíduos que possuíam informações completas para todas as variáveis do estudo. A média da idade dos participantes foi igual a 57,9 anos (Erro-Padrão [EP] = 0,1); 55,9% (IC95%: 54,5-57,3) eram mulheres. A média da idade dos homens foi 57,7 anos [EP = 0,2] e a das mulheres de 58,1 anos [EP = 0,1].

A descrição das características sócio demográficas, dos comportamentos em saúde e das condições de saúde dos participantes do estudo está mostrada na Tabela 1. Cerca da metade dos participantes possuíam escolaridade igual ou superior a 8 anos (50,2%) e essa proporção foi mais alta entre os homens (53,5%) do que entre as mulheres (47,6%). A existência de cônjuge foi informada por 63,4% do total, com proporção maior entre os homens (77,6%) do que entre as mulheres (52,2%). O tabagismo atual e o consumo abusivo de álcool foram mais frequentes entre os homens em comparação às mulheres. As mulheres eram fisicamente mais inativas que os homens, tanto nos momentos de lazer quanto nas atividades cotidianas. A prevalência de uma ou mais doenças crônicas foi de 50,8% (55,0% entre as mulheres e 45,5% entre os homens). A autoavaliação da saúde como ruim foi informada por 5,4% dos participantes (4,6% entre os homens e 6,0% entre as mulheres). A proporção dos que sofreram discriminação no ambiente de trabalho (3,5%) e dos que conhecem vítima de discriminação no ambiente de trabalho (3,3%) não diferiu entre os gêneros.

## --- TABELA 1 ---

Foram observadas diferenças importantes entre gêneros na prevalência do trabalho remunerado, que foi significativamente mais alta entre os homens (62,8%; IC95%: 60,0-65,5) do que entre as mulheres (35,8%; IC95%: 33,4-38,3) ( $p < 0,001$ ). Como pode ser visto na Figura 1, a prevalência do trabalho remunerado diminuiu com a idade, tanto entre os homens como entre as mulheres, como esperado. Entre os homens, essa prevalência caiu de 78,2% (IC95%: 74,2-82,1) na faixa etária de 50-54 anos para 26,3% (IC95%: 19,9-32,6) na faixa etária de 65-69 anos. Entre as mulheres, as percentagens correspondentes foram 50,1% (IC95%: 45,7-54,5) e 13,4% (IC95%: 9,3-17,5).

## --- FIGURA 1 ---

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise da associação entre trabalho remunerado e fatores sócio demográficos, comportamentos em saúde e condições de saúde entre os homens. A escolaridade apresentou associação com o trabalho remunerado, mesmo após ajustamentos por idade. A prevalência do trabalho remunerado foi de 66,6% entre aqueles com 8 anos ou mais de escolaridade, em comparação 53,8% entre aqueles com 0 a 3 anos (RP = 1,24; IC95%: 1,05-1,47); entre aqueles com escolaridade intermediária, a associação não foi estatisticamente significativa (RP = 1,10; IC95%: 0,93-1,32). Após ajustamentos por idade e escolaridade, os seguintes fatores apresentaram associações negativas e estatisticamente significantes com o trabalho remunerado: ser sedentário (RP = 0,82; IC95%: 0,75-0,91); perceber a saúde como ruim (RP = 0,59; IC95%: 0,40-0,86) e possuir alguma doença crônica (RP = 0,85; IC95%: 0,78-0,93). Aqueles com trabalho remunerado foram mais propensos a ter menos atividade física no lazer (RP = 1,24; IC95%: 1,08-1,42) e a informar consumo abusivo de álcool (RP = 1,15; IC95%: 1,06-1,26). As associações entre trabalho remunerado, tabagismo (RP = 0,90; IC95%: 0,81-1,00) e situação conjugal (RP = 1,11; IC95%: 1,00-1,23) estiveram no limite da significância estatística. O local de residência e os indicadores de discriminação no trabalho não apresentaram associações estatisticamente significantes com o trabalho remunerado.

## --- TABELA 2 ---

Como pode ser visto na Tabela 3, da mesma forma como observado entre os homens, a escolaridade apresentou associação positiva com o trabalho remunerado entre as mulheres. A prevalência do trabalho remunerado foi de 41,6% entre aquelas com 8 anos ou mais de escolaridade, em comparação a 25,5% entre aquelas com 0 a 3 anos (RP = 1,63; IC95%: 1,29-2,06); a associação não foi estatisticamente significativa entre aquelas com escolaridade intermediária (RP = 1,25; IC95%: 0,97-1,60). Também como observado entre os homens, após ajustamentos por idade e escolaridade as mulheres com trabalho remunerado apresentaram maior prevalência em informar consumo abusivo de álcool (RP = 1,21; IC95%: 1,05-1,39), menor prevalência de ser sedentárias no cotidiano (RP = 0,78; IC95%: 0,68-0,89) e a avaliar a sua saúde como ruim (RP = 0,35; IC95%: 0,21-0,58). Diferentemente ao observado entre os homens, o trabalho remunerado entre as mulheres apresentou associação negativa com a existência de cônjuge (RP = 0,79; IC95%: 0,70-0,90) e associação positiva com o conhecimento de vítimas de discriminação no ambiente de trabalho (RP = 1,45; IC95%: 1,17-1,81). O local de residência, ter sofrido discriminação no trabalho, atividade física nos momentos de lazer e a presença de doenças crônicas não apresentaram associações estatisticamente significantes com o trabalho remunerado entre as mulheres.

--- TABELA 3 ---

A Tabela 4 mostra os resultados da análise estratificada da associação entre trabalho remunerado, escolaridade e autoavaliação da saúde, segundo o gênero. Entre homens com escolaridade igual ou superior a 8 anos, a prevalência do trabalho remunerado foi significativamente mais alta entre os que avaliaram melhor a sua saúde (67,2%). Em comparação a estes, aqueles com autoavaliação da saúde equivalente e escolaridade inferior a 8 anos, a prevalência do trabalho remunerado foi um pouco mais baixa (59,6%) (RP = 0,89; IC95%: 0,81-0,97). Entre aqueles com percepção da saúde ruim, a prevalência do trabalho remunerado foi igualmente mais baixa, tanto entre aqueles com escolaridade mais alta (31,4%) quanto entre aqueles com escolaridade inferior (37,8%) (RP = 0,47; IC95%: 0,22-0,99 e RP = 0,56; IC95%: 0,37-0,87, respectivamente). Entre as mulheres, a prevalência do trabalho remunerado foi mais alta entre aquelas com melhor autoavaliação da saúde e escolaridade mais alta (42,1%). Em relação a estas, essa prevalência caiu para 32,2% (RP = 0,77; IC95%: 0,67-0,88) entre mulheres com melhor autoavaliação da saúde e escolaridade mais baixa e 31,8% (RP = 0,76; IC95%: 0,46-1,24) entre aquelas com autoavaliação da saúde ruim e escolaridade mais alta, sendo que estas não apresentaram associação estatisticamente

significativa. Entre aquelas com autoavaliação da saúde ruim e escolaridade inferior a 8 anos, a prevalência do trabalho remunerado caiu dramaticamente para 3,6% (RP = 0,09; IC95%: 0,03-0,26). Cabe salientar que esses padrões entre as mulheres permaneceram mesmo após ajustamento adicional por situação conjugal (não mostrado).

--- TABELA 4 ---

#### 4.7 Discussão

Os resultados deste estudo epidemiológico de base populacional, baseado em amostra representativa de adultos com 50-69 anos de idade residentes na RMBH, mostram semelhanças e diferenças entre gêneros nos fatores associados ao trabalho remunerado. As principais semelhanças foram as associações entre este e o nível de escolaridade, a autoavaliação da saúde, a atividade física no cotidiano e o consumo abusivo de álcool. As principais diferenças foram as associações observadas nas mulheres, mas não nos homens, entre o trabalho remunerado, a ausência de cônjuge e conhecer alguém que tenha sido discriminado no trabalho.

A relação entre maior escolaridade e trabalho remunerado ou permanência no mercado de trabalho nas idades mais velhas tem sido consistentemente descrita em países de alta renda<sup>8,9,10</sup>, assim como no Brasil<sup>18,19,24,29</sup>. Segundo Rechel (2013)<sup>3</sup>, uma explicação para essa associação é que os trabalhadores com baixa escolaridade (ou ocupações de baixa renda) iniciam sua carreira profissional mais jovens, permanecendo por menor tempo no mercado de trabalho, em comparação àqueles com alta escolaridade. Outra explicação, que não exclui a anterior, são as piores condições de saúde entre pessoas com menor escolaridade, levando à saída precoce do mercado de trabalho<sup>30,31,32</sup>. Adicionalmente, ocupações menos qualificadas tendem a ser mais exigentes fisicamente, menos remuneradas e menos gratificantes, afetando também a inserção no mercado de trabalho nas idades mais velhas<sup>5</sup>.

No presente trabalho, a autoavaliação da saúde apresentou forte associação com a condição de ter trabalho remunerado, tanto entre os homens como entre as mulheres. Os homens com autoavaliação ruim foram 41% menos propensos a ter trabalho remunerado, ao passo que entre as mulheres a proporção correspondente foi igual a 65%. A autoavaliação da saúde é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas sociais e de saúde por ser um indicador global, que reflete o bem estar físico, mental e social do indivíduo, correspondendo à definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde<sup>33,34</sup>. Diversos estudos

mostram que a pior autoavaliação da saúde é um preditor robusto da futura capacidade funcional e da mortalidade<sup>33</sup>. Um estudo de coorte de base populacional brasileiro mostrou que a autoavaliação da saúde tem valor prognóstico para a mortalidade com magnitude equivalente a um escore baseado em onze marcadores biológicos, incluindo pressão sistólica, diabetes mellitus, índice de massa corporal, parâmetros eletrocardiográficos e função cardíaca, entre outros<sup>35</sup>. Por essas razões, esse indicador foi considerado como o mais importante para aferir a condição de saúde dos participantes do presente estudo.

A magnitude da associação entre autoavaliação da saúde e o trabalho remunerado foi diferentemente afetada pelo nível de escolaridade entre homens e mulheres. Em comparação ao grupo de referência (boa autoavaliação da saúde e escolaridade igual ou superior a 8 anos) a prevalência do trabalho remunerado foi duas vezes mais baixa entre os homens com pior autoavaliação da saúde, tanto entre aqueles com nível mais baixo como entre aqueles com nível mais alto de escolaridade. Para as mulheres com pior autoavaliação da saúde, a prevalência do trabalho remunerado foi cerca de nove vezes menor entre aquelas com nível mais baixo de escolaridade, em comparação ao grupo de referência, acima mencionado. Na literatura consultada, não encontramos análises semelhantes para permitir a comparação dos nossos resultados. As explicações para essas diferenças não são intuitivas. Uma hipótese é de que existem maiores disparidades nas condições de trabalho pelo nível de escolaridade entre as mulheres do que entre os homens. Essa hipótese é compatível com a persistente desigualdade na remuneração do emprego entre homens e mulheres no Brasil<sup>36</sup>.

A condição de ser portador de doenças crônicas também mostrou alguma diferença de gênero na magnitude da associação com o trabalho remunerado. Os homens com alguma doença crônica foram 15% menos propensos a ter trabalho remunerado, em comparação aos seus correspondentes não doentes, mesmo após ajustamentos por idade e nível de escolaridade. Entre as mulheres, a proporção correspondente foi duas vezes menor (9%). Um menor efeito das doenças crônicas na inserção no mercado de trabalho entre as mulheres foi descrito em estudo anterior<sup>5</sup>. O autor considerou a menor prevalência da inserção das mulheres no mercado de trabalho como uma possível explicação para esse resultado. Aparentemente, essa não é uma explicação plausível para os nossos resultados, uma vez que as estimativas foram baseadas em denominadores separados para homens e mulheres, eliminando o efeito supracitado. Acredita-se que uma explicação plausível seja que homens e mulheres participam diferentemente do mercado de trabalho.

Estudos conduzidos na Finlândia mostram que comportamentos saudáveis estão associados à capacidade para o trabalho nas idades mais velhas e, também, à qualidade da

aposentadoria<sup>37</sup>. Nossos resultados mostraram prevalências mais altas do tabagismo atual entre homens do que entre as mulheres, o que é consonante com resultados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)<sup>38</sup>. Entre os primeiros, resultados da análise ajustada pela idade mostraram uma associação negativa entre trabalho remunerado e o hábito de fumar, mas essa associação ficou no limite da significância estatística após ajustamento subsequente para escolaridade. Entre as mulheres, em ambas análises não se observou associação entre o hábito de fumar e trabalho remunerado. O consumo abusivo de álcool foi também mais frequente entre os homens do que entre as mulheres, em consonância com os dados do VIGITEL<sup>38</sup>. O consumo de bebida alcoólica é um comportamento adotado pela maioria das culturas, geralmente associado às celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Portanto, o seu consumo deve ser analisado como um comportamento cultural, tendo em conta a heterogeneidade dos modos de consumo e das razões, crenças, valores, rituais, estilos de vida e visões do mundo que o perpetuam<sup>39</sup>. Por outro lado, o consumo nocivo é responsável por cerca de 3% de todas as mortes no planeta<sup>40</sup>. No município de Belo Horizonte, o consumo abusivo de álcool é mais frequente em pessoas com nível mais alto de escolaridade<sup>27</sup>. Na presente análise, o consumo abusivo de álcool apresentou associação positiva com o trabalho remunerado e a magnitude dessa associação foi semelhante entre homens e mulheres, mesmo após ajustamentos por idade e escolaridade. Esse resultado reforça a necessidade de medidas de prevenção primária, sugerindo que o consumo abusivo do álcool deve estar na pauta das atividades da saúde do trabalhador, na área do estudo.

A atividade física regular é um dos preditores mais importantes do envelhecimento ativo<sup>41,42</sup>. Resultados do VIGITEL, mostram prevalências muito baixas (3%) de adultos com atividade física no lazer, por pelo menos 30 minutos, cinco ou mais dias na semana<sup>42</sup>. Na presente análise, foi utilizado critério menos restrito, considerando a frequência de três ou mais dias na semana como ponto de corte. Os resultados mostraram que homens com trabalho remunerado praticam menos atividade física no lazer em comparação aos seus pares sem trabalho remunerado. Entre as mulheres, não foram observadas diferenças na atividade física no lazer em relação ao trabalho remunerado. Por outro lado, o sedentarismo no cotidiano foi menos frequente entre homens e mulheres com trabalho remunerado, o que é consonante com exigências de atividades profissionais.

Estudos anteriores têm mostrado que a situação conjugal está associada à permanência no mercado de trabalho. O trabalho remunerado tende a ser mais frequente entre mulheres que não possuem cônjuge, ao passo que essa associação inexistente<sup>24</sup> ou é o oposto entre os

homens<sup>44</sup>. Nossos resultados são consonantes com essas observações. As mulheres que possuíam cônjuge eram menos propensas a ter trabalho remunerado, mesmo após ajustamentos por sexo e escolaridade. Entre os homens, observou-se o inverso, com prevalência um pouco maior do trabalho remunerado entre os que possuíam cônjuge.

Os idosos se acham em posição relativamente desfavorável no mercado de trabalho, uma vez que fatores como discriminação e competitividade favorecem a inatividade por meio do desemprego por desalento<sup>45</sup>. Estudos têm apontado que é necessário evitar a discriminação por idade e as visões estereotipadas (por exemplo, que o idoso tem resistência a mudanças e problemas com a tecnologia) como uma questão importante para que o idoso permaneça no mercado de trabalho<sup>2,46</sup>. A diversidade do indivíduo mais velho no grupo dos trabalhadores deve ser aceita e reconhecida na tentativa de encontrar formas de manter os funcionários mais velhos empregados, bem como envolvidos em seu trabalho<sup>47</sup>. Nossos resultados mostram prevalências relativamente baixas em ambos os gêneros de discriminação no mercado de trabalho, tanto aquela aferida por meio da pergunta acerca de ter sofrido alguma discriminação (3,5%) quanto àquela aferida por meio da pergunta se conhece alguém que sofreu discriminação (3,3%). Por outro lado, as mulheres (mas não os homens) com trabalho remunerado foram significativamente mais propensas a conhecer alguém que já sofreu discriminação no ambiente de trabalho, e essa associação persistiu após ajustamentos por idade e escolaridade. Esse resultado pode refletir uma maior exposição das mulheres com trabalho remunerado a ambiente com discriminação e/ou uma maior sensibilidade delas para perceber a discriminação. Ressalta-se que não foi possível determinar se a discriminação, própria e relativa a outras pessoas, foi pela idade. São necessárias investigações mais profundas para um melhor entendimento desse fenômeno.

A presente análise tem vantagens e limitações. As principais vantagens são a base de dados utilizada, compreendendo uma grande amostra, representativa de moradores com 50-69 anos de uma das maiores regiões metropolitanas do país. As principais limitações do estudo são o delineamento transversal, que não permite estabelecer a temporalidade das associações, assim como a impossibilidade de análises mais profundas – dado o limite das informações existentes no inquérito da RMBH – de aspectos emergentes como, por exemplo, no caso da percepção da discriminação, acima comentado. Outra limitação deste e de outros inquéritos de base populacional é a impossibilidade de mensurar o efeito do trabalhador sadio. Este efeito é atribuído ao fato dos indivíduos mais saudáveis terem maior chance de ingressar na força de trabalho (efeito de seleção) e também de permanecerem trabalhando<sup>23</sup>.

O aumento da expectativa de vida tem gerado preocupações quanto ao financiamento da seguridade social. Nesse contexto, os determinantes da permanência no trabalho nas faixas etárias mais velhas assumem grande relevância<sup>9</sup>. No Brasil, a idade mínima da aposentadoria por idade, estabelecida por lei, é de 60 anos para as mulheres e de 65 anos para os homens<sup>48</sup>. Mas essa idade pode ser menor, se considerado o tempo de contribuição para a seguridade social (fator previdenciário)<sup>25</sup>. Esses são fatores relevantes ao se considerar as diferenças entre gêneros na inserção no mercado de trabalho nas faixas etárias mais velhas. Nossos resultados mostram que a prevalência do trabalho remunerado diminuiu abruptamente após os 60 anos de idade, entre os homens, ao passo que, entre as mulheres, a redução foi progressiva após os 55 anos de idade.

Resumindo, os resultados da presente análise mostraram que a escolaridade e a autoavaliação de saúde foram os fatores mais consistentemente associados à condição de ter trabalho remunerado em faixas etárias de transição para a aposentadoria, em consonância com estudos conduzidos em outras populações<sup>5-10</sup>. Nossos resultados acrescentam por mostrar diferenças marcantes entre homens e mulheres nessas associações. A prevalência de ter trabalho remunerado entre as mulheres com pior autoavaliação da saúde e escolaridade mais baixa foi dez vezes menor do que entre seus equivalentes homens. São necessárias mais investigações sobre o tema, para verificar se esses resultados são generalizáveis para outras populações.

Tabela 1 – Características sócio demográficas, comportamentos em saúde e condições de saúde dos participantes do estudo, segundo o gênero (Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2010).

Variáveis	Total %	Homens %	Mulheres %	Valor <i>p</i>
Idade em anos				
50-54	33,6	34,6	32,8	0,076
55-59	28,9	30,5	27,6	
60-64	21,6	20,1	22,7	
65-69	16,0	14,8	16,9	
Escolaridade igual ou superior a 8 anos	50,2	53,5	47,6	< 0,001
Existência de cônjuge	63,4	77,6	52,2	< 0,001
Residência no município de Belo Horizonte	60,9	59,6	62,0	0,085
Já sofreu discriminação no ambiente de trabalho	3,5	3,9	3,2	0,285
Conhece vítima de discriminação no ambiente de trabalho	3,3	2,8	3,6	0,200
Fuma atualmente	17,6	22,3	13,9	< 0,001
Consumo abusivo de álcool <sup>1</sup>	31,7	47,0	19,8	< 0,001
Atividade física no lazer menos de 3 vezes por semana <sup>2</sup>	84,1	82,6	85,3	0,034
Sedentarismo no cotidiano	37,5	35,5	39,1	0,045
Percepção de saúde como ruim	5,4	4,6	6,0	0,105
Portador de doenças crônicas <sup>3</sup>	50,8	45,5	55,0	< 0,001
N	3320	1455	1865	

% Percentagens brutas, considerando-se todos os parâmetros amostrais.

N: número de entrevistados.

Valor de *p*: teste do qui quadrado.

<sup>1</sup> Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias.

<sup>2</sup> Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias.

<sup>3</sup> Diagnóstico médico de uma ou mais das seguintes doenças ou condições crônicas (hipertensão, diabetes, depressão e/ou problema na coluna).

Figura 1 – Prevalência do trabalho remunerado entre homens e mulheres, segundo a faixa etária (Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2010).

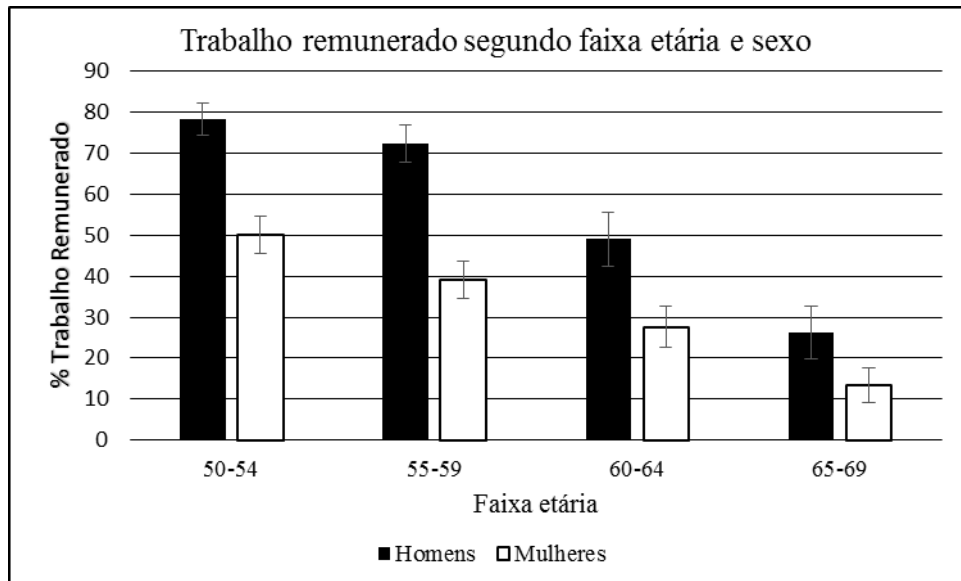


Tabela 2 – Análise da associação entre trabalho remunerado, fatores sócio demográficos, comportamentos de saúde e condições de saúde entre os homens (Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2010).

Variáveis	N	Trabalho remunerado (%)	RP (IC95%) ajustada por idade	RP (IC95%) ajustada por idade e escolaridade
Escolaridade (anos completos)				
0-3	156	53,8	1,0	-
4-7	528	59,4	1,10 (0,93-1,32)	
8+	769	66,6	1,24 (1,05-1,47)	
Existência de cônjuge				
Não	332	57,8	1,0	1,0
Sim	1.103	64,2	1,11 (1,00-1,23)	1,11 (1,00-1,23)
Residência				
Outro município da RMBH	586	60,6	1,0	1,0
Município de Belo Horizonte	869	64,3	1,06 (0,98-1,15)	1,03 (0,95-1,12)
Já sofreu discriminação no ambiente de trabalho				
Não	1.314	62,6	1,0	1,0
Sim	55	53,8	0,86 (0,64-1,15)	0,84 (0,62-1,13)
Conhece vítima de discriminação no ambiente de trabalho				
Não	1.327	62,1	1,0	1,0
Sim	39	58,5	0,94 (0,71-1,25)	0,92 (0,69-1,22)
Fuma atualmente				
Não	1.113	64,4	1,0	1,0
Sim	323	57,2	0,89 (0,80-0,99)	0,90 (0,81-1,00)
Consumo abusivo de álcool <sup>1</sup>				
Não	772	57,7	1,0	1,0
Sim	657	67,7	1,17 (1,08-1,28)	1,15 (1,06-1,26)
Atividade física no lazer menos de 3 vezes por semana <sup>2</sup>				
Não	251	53,8	1,0	1,0
Sim	1.185	64,4	1,20 (1,05-1,37)	1,24 (1,08-1,42)
Sedentarismo no cotidiano				
Não	924	66,4	1,0	1,0
Sim	502	56,0	0,84 (0,77-0,93)	0,82 (0,75-0,91)
Percepção de saúde como ruim				
Não	1.365	63,9	1,0	1,0
Sim	71	36,2	0,57 (0,39-0,83)	0,59 (0,40-0,86)
Portador de doenças crônicas <sup>3</sup>				
Não	794	66,9	1,0	1,0
Sim	661	57,1	0,85 (0,78-0,94)	0,85 (0,78-0,93)

% Percentagens ajustadas pela idade.

RP (IC 95%): Razões de prevalência (intervalos de confiança de 95%) estimadas por meio da regressão de Poisson, com variância robusta.

N: número de entrevistados

<sup>1</sup> Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias.

<sup>2</sup> Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias.

<sup>3</sup> Diagnóstico médico de uma ou mais das seguintes doenças ou condições crônicas (hipertensão, diabetes, depressão e/ou problema na coluna).

Tabela 3 – Análise da associação entre trabalho remunerado, fatores sócio demográficos, comportamentos de saúde e condições de saúde entre as mulheres (Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2010).

Variáveis	N	Trabalho remunerado	RP (IC95%) ajustada por idade	RP (IC95%) ajustada por idade e escolaridade
Escolaridade (anos completos)				
0-3	321	25,5	1,0	-
4-7	663	31,7	1,25 (0,97-1,60)	
8+	879	41,6	1,63 (1,29-2,06)	
Existência de cônjuge				
Não	893	40,9	1,0	1,0
Sim	954	32,1	0,79 (0,69-0,90)	0,79 (0,70-0,90)
Residência				
Outro município da RMBH	711	31,6	1,0	1,0
Município de Belo Horizonte	1.154	38,4	1,21 (1,06-1,39)	1,11 (0,96-1,27)
Já sofreu discriminação no ambiente de trabalho				
Não	1.729	35,6	1,0	1,0
Sim	59	42,5	1,20 (0,90-1,58)	1,18 (0,90-1,55)
Conhece vítima de discriminação no ambiente de trabalho				
Não	1.727	34,8	1,0	1,0
Sim	60	53,0	1,52 (1,22-1,90)	1,45 (1,17-1,81)
Fuma atualmente				
Não	1.592	36,1	1,0	1,0
Sim	258	35,2	0,97 (0,81-1,18)	1,00 (0,83-1,20)
Consumo abusivo de álcool <sup>1</sup>				
Não	1.475	34,0	1,0	1,0
Sim	363	43,6	1,28 (1,11-1,47)	1,21 (1,05-1,39)
Atividade física no lazer menos de 3 vezes por semana <sup>2</sup>				
Não	266	36,0	1,0	1,0
Sim	1.575	36,0	1,00 (0,84-1,20)	1,08 (0,90-1,28)
Sedentarismo no cotidiano				
Não	1.151	38,9	1,0	1,0
Sim	684	31,2	0,80 (0,70-0,93)	0,78 (0,68-0,89)
Percepção de saúde como ruim				
Não	1.738	37,3	1,0	1,0
Sim	112	12,0	0,32 (0,19-0,54)	0,35 (0,21-0,58)
Portador de doenças crônicas <sup>3</sup>				
Não	834	38,3	1,0	1,0
Sim	1.031	33,4	0,87 (0,76-1,00)	0,91 (0,80-1,04)

% Percentagens ajustadas pela idade.

RP (IC 95%): Razões de prevalência (intervalos de confiança de 95%) estimadas por meio da regressão de Poisson, com variância robusta.

N: número de entrevistados

<sup>1</sup> Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias.

<sup>2</sup> Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias.

<sup>3</sup> Diagnóstico médico de uma ou mais das seguintes doenças ou condições crônicas (hipertensão, diabetes, depressão e/ou problema na coluna).

Tabela 4 – Análise da associação entre trabalho remunerado, escolaridade e autoavaliação da saúde, estratificada por gênero (Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2010).

	Homens		Mulheres	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Percepção saúde como razoável a boa e escolaridade igual ou superior a 8 anos	67,2	1,0	42,1	1,0
Percepção saúde como razoável a boa e escolaridade inferior a 8 anos	59,6	0,89 (0,81-0,97)	32,2	0,77 (0,67-0,88)
Percepção saúde como ruim e escolaridade igual ou superior a 8 anos	31,4	0,47 (0,22-0,99)	31,8	0,76 (0,46-1,24)
Percepção saúde como ruim e escolaridade inferior a 8 anos	37,8	0,56 (0,37-0,87)	3,6	0,09 (0,03-0,26)

%: percentagem ajustada pela idade

RP (IC 95%): Razões de prevalência (intervalos de confiança de 95%) ajustada pela idade e estimadas por meio da regressão de Poisson, com variância robusta.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations Population Division. World population prospects: the 2012 revision population database. <http://esa.un.org/wpp> (acessado em 04/Ago/2014).
2. Ross D. Ageing and work: an overview. *Occup Med* 2010; 60:169–71.
3. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European Union. *Lancet* 2013; 381:1312-22.
4. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. <http://www.who.int/ageing/publications/en> (acessado em 04/Ago/2014).
5. Mazzonna F. The long lasting effects of education on old age health: Evidence of gender differences. *Soc Sci Med* 2014; 101:129-38.
6. Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, Tancredi DJ, Arheart KL, Leblanc WG, et al. Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. *Am J Public Health* 2011; 101:1729-34.
7. Ilmarinem J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health; 2005. p.132-148.
8. Canduela J, Dutton M, Johnson S, Lindsay C, McQuaid RW, Raeside R. Ageing, skills and participation in work-related training in Britain: assessing the position of older workers. *Work, Employ Soc* 2012; 26:42-60.
9. Crawford R, Tetlow G. Employment, retirement and pensions. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.11-75.
10. Ilmarinem J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health; 2005. p.30-36.
11. Gathmann C, Jürges H, Reinhold S. Compulsory schooling reforms, education and mortality in twentieth century Europe. *Soc Sci Med* 2014; xxx:1-9.
12. Welmer AK, Kareholt I, Rydwick E, Angleman S, Wang HX. Education-related differences in physical performance after age 60: a cross-sectional study assessing variation by age, gender and occupation. *BMC Public Health* 2013; 13:641.
13. Goldman D, Smith JP. The increasing value of education to health. *Soc Sci Med* 2011; 72:1728-37.

14. Kemptner D, Jürges H, Reinhold S. Changes in compulsory schooling and the causal effect of education on health: Evidence from Germany. *J Health Econ* 2011; 30:340-54.
15. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ* 2010; 29:1-28.
16. Jürges H, Kruk E, Reinhol S. The effect of compulsory schooling on health - evidence from biomarkers. *J Popul Econ* 2013; 26:645-72.
17. Ministério do Trabalho e Emprego. Mercado de trabalho – conjuntura e análise. Brasília: IPEA; 2013. p.A2 (107).
18. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. A oferta de força de trabalho brasileira: tendências e perspectivas. In: Tafner P, editor e organizador. Brasil: o estado de uma nação – mercado de trabalho, emprego e informalidade. Rio de Janeiro: IPEA; 2006; 1:69-118.
19. Queiroz VS, Ramalho HMB. A escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. *Rev Econ* 2009; 10:817-48.
20. Gasparini L, Alejo J, Haimovich F, Olivieri S, Tornarolli L. Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. *J Int Dev* 2010; 22:176-207.
21. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. In: IPEA. Texto para discussão nº 1292. Rio de Janeiro: IPEA; 2007.
22. Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Cienc Saúde Colet* 2002; 7:825-39.
23. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19:759-71.
24. Pérez ER, Wajnman S, de Oliveira AMHC. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. *Rev Bras Estud Popul* 2006; 23:269-86.
25. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. In: Ministério do Trabalho e Emprego. Mercado de trabalho – conjuntura e análise. Brasília: IPEA; 2013. p.21:30.
26. Centro de Estatística e Informações. Pesquisa de emprego e desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte: boletim anual 2010. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2011.
27. Lima-costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

28. Lima-costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29:1370-80.
29. Wajnman S, de Oliveira AMHC, de Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.453-79.
30. Reinhardt JD, Wahrendorf M, Siegrist J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries. *Occup Environ Med* 2013; 70:156-63.
31. McPhedran, S. The labor of a Lifetime? Health and occupation type as predictors of workforce exit among older Australians. *J Aging Health* 2012; 24:345-60.
32. Rice NE, Lang IA, Henley W, Melzer D, et al. Common health predictors of early retirement: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 2011; 40:54-61.
33. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69:307-16.
34. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. [The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS)]. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
35. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012; 175:228-35.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
37. Van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med* 2009;66:211-22
38. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
39. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
40. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/#](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/#) (acessado em 12/Jan/2015).

41. Haveman-Nies A, de Groot LC, van Staveren WA. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age Ageing* 2003; 32:427-34.
42. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health*. 2007;97(3):515-9.
43. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011;377:2042-53.
44. Benítez-Silva H. Micro determinants of labor force status among older Americans. New York: SUNY-Stony Brook/Department of Economics. 2000.
45. Queiroz VS, Ramalho HMB, do Monte PA. A inserção do idoso no mercado de trabalho: evidências a partir da duração do desemprego no Brasil. *Anais do XVII Encontro Regional de Economia*; 2012; Fortaleza, Brasil.
46. Barnes H, Smeaton D, Taylor R., Institute for Employment Studies. An ageing workforce: the employer's perspective. Brighton, 2009.
47. Schalk R, van Veldhoven M, de Lange AH, De Witte H, Kraus K, Stamov-Roßnagel C, et al. Moving European research on work and ageing forward: Overview and agenda. *Eur J Work Org Psychol* 2010;19:76-101.
48. Previdencia.gov.br [Internet]. Brasil: Ministério da Previdência Social. <http://www.previdencia.gov.br/ouvidoria-geral-da-previdencia-social/perguntas-frequentes/regime-geral-rgps> (acessado em 31/Out/2014).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aumentar a permanência dos idosos no mercado de trabalho e incentivar o retorno ao trabalho após a aposentadoria são expressões do envelhecimento ativo. Os países devem desenvolver políticas de emprego e aposentadoria e programas para otimizar a participação dos idosos na sociedade, possibilitando que eles vivam com boas condições de saúde, autonomia e qualidade de vida.

Esse estudo mostrou semelhanças e diferenças entre gêneros nos fatores associados ao trabalho remunerado. As principais semelhanças foram as associações entre ter trabalho remunerado e nível de escolaridade e autoavaliação da saúde. As principais diferenças foram as associações entre o trabalho remunerado, a ausência de cônjuge e conhecer alguém que tenha sido discriminado no trabalho, observadas apenas nas mulheres.

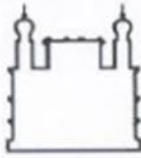
A magnitude da associação entre autoavaliação da saúde e o trabalho remunerado foi diferentemente afetada pelo nível de escolaridade entre homens e mulheres. Para os homens com boa autoavaliação da saúde e escolaridade alta, a prevalência do trabalho remunerado foi duas vezes mais alta, quando comparados aos homens com pior autoavaliação da saúde e nível baixo ou alto de escolaridade. Já para as mulheres com pior autoavaliação da saúde, a prevalência do trabalho remunerado foi cerca de nove vezes menor entre aquelas com escolaridade baixa, em comparação às mulheres com boa autoavaliação de saúde e escolaridade mais alta. Uma hipótese é que existem maiores disparidades nas condições de trabalho pelo nível de escolaridade entre as mulheres do que entre os homens, o que é compatível com a persistente desigualdade na remuneração do emprego entre homens e mulheres no Brasil<sup>35</sup>. Ao comparar homens e mulheres verificou-se que a prevalência do trabalho remunerado entre as mulheres com pior autoavaliação da saúde e escolaridade baixa foi dez vezes menor do que entre seus equivalentes homens.

---

<sup>35</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

Ao nosso conhecimento, esse foi o primeiro estudo brasileiro que avaliou a associação entre aspectos sociodemográficos e indicadores de condições de saúde e trabalho remunerado entre homens e mulheres na faixa etária de transição para a aposentadoria. Nossos resultados chamam a atenção para a necessidade de mais investigação sobre o tema, para verificar se esses resultados são generalizáveis para outras populações. Outra questão importante é examinar em estudos longitudinais se padrões de mudanças no engajamento social, mais especificamente no trabalho formal, estão associados com mudanças na saúde de pessoas em idade de transição para a aposentadoria. Ressalta-se ainda a necessidade de análises mais detalhadas com relação às condições de trabalho em que estas pessoas estão inseridas bem como a qualidade das relações estabelecidas nesse contexto.

## ANEXO A – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

### CARTA DE APROVAÇÃO Nº 10/2009 – CEP / CPqRR

Protocolo CEP - CPqRR nº: 10/2009

**Projeto de Pesquisa:** "Projeto de Pesquisa: "Demanda e Qualidade do Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2003-2008): Um Estudo Epidemiológico de Base Populacional", Grupo III.

**Pesquisador Responsável:** Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

**Instituição:** Centro de Pesquisa René Rachou

**CAAE:** 0012.0.245.000-09

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, constatou-se que o projeto atende aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96, manifesta-se pela homologação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação:** PROJETO APROVADO

**Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios:**

- Parcial: Julho 2010
- Final: Agosto 2011.

**Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.**

Belo Horizonte, 24 de Junho de 2009.

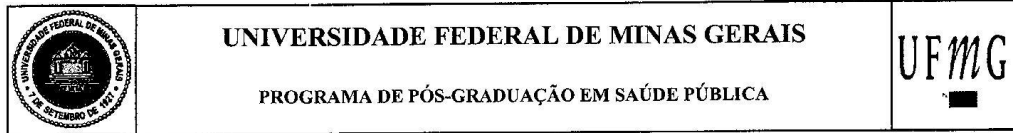


João Carlos Pinto Dias  
Coordenador do CEP/SH-CPqRR

Dr. João Carlos Pinto Dias  
COORDENADOR  
COMITÊ DE ÉTICA

*Recebido em 30/06/09  
Alcides*

## ANEXO B – ATA DA DEFESA



**ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA  
CAMILA MENEZES SABINO DE CASTRO**


Realizou-se, no dia 04 de fevereiro de 2015, às 09:00 horas, 062, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASPECTOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO TRABALHO REMUNERADO ENTRE HOMENS E MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50-69 ANOS*, apresentada por CAMILA MENEZES SABINO DE CASTRO, número de registro 2013654620, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa - Orientador (UFMG), Prof(a). Rosana Ferreira Sampaio (UFMG), Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira (FCMMG), Prof(a). Luana Giatti Gonçalves (UFMG).

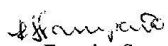
A Comissão considerou a dissertação:

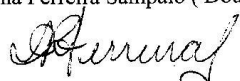
Aprovada

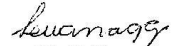
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 04 de fevereiro de 2015.

  
Prof(a). Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa ( Doutora )

  
Prof(a). Rosana Ferreira Sampaio ( Doutora )

  
Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira ( Doutora )

  
Prof(a). Luana Giatti Gonçalves ( Doutora )

  
CONFERE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG