

LUANA GIATTI GONÇALVES

**Desemprego, trabalho sem proteção social e saúde: uma
análise do indivíduo e do contexto.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Profa. Sandhi Maria Barreto
Co-orientadora: Profa. Cibele Comini César

Belo Horizonte, MG
2008

Gonçalves, Luana Giatti.
G635d Desemprego, trabalho sem proteção social e saúde [manuscrito]: uma
análise do indivíduo e do contexto. / Luana Giatti Gonçalves. - - Belo
Horizonte: 2008.
101f. : il.

Orientador: Sandhi Maria Barreto.
Co-orientador: Cibele Comini César.
Área de concentração: Saúde Pública – Epidemiologia.
Tese (doutorado) : Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
de Medicina.
1. Trabalho. 2. Desemprego. 3. Desigualdades em Saúde. 4. Fatores
socioeconômicos. 5. Iniquidade Social . 6. Habitação. 7. Dissertações
acadêmicas. I. Barreto, Sandhi Maria. II. César, Cibele Comini. III.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM : WA 100

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitor:

Profa. Heloísa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profa. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Profa. Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenador

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia

Colegiado

Profa. Ada Ávila Assunção

Profa. Elisabeth Barboza França

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profa. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Profa. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Cristiane Amorim Andrade (Rep. Discente Titular – Doutorado)

Aline Dayrell Ferreira (Rep. Discente Suplente – Doutorado)



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA VIGÉSIMA NONA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **LUANA GIATTI GONÇALVES**, nº de registro 2004212254. Às quatorze horas do dia quatorze do mês de março de dois mil e oito, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar em exame final, o trabalho intitulado: **"DESEMPREGO, TRABALHO SEM PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE: UMA ANÁLISE DO INDIVÍDUO E DO CONTEXTO."** requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Sandhi Maria Barreto, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado definitivo. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Sandhi Maria Barreto/orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Cibele Comini César/co-orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino	Instituição: UFBA	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Elizabeth Carmen Duarte	Instituição: UnB	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Rômulo Paes de Souza	Instituição: PUC/MG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. Fernando Augusto Proietti	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>

Pelas indicações, a candidata foi considerada APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da comissão. Nada mais havendo a tratar a presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da comissão examinadora. Belo Horizonte, 14 de março de 2008.

Profa. Sandhi Maria Barreto/orientadora [Assinatura]

Profa. Cibele Comini César/co-orientadora [Assinatura]

Profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino [Assinatura]

Profa. Elizabeth Carmen Duarte [Assinatura]

Prof. Rômulo Paes de Souza [Assinatura]

Prof. Fernando Augusto Proietti [Assinatura]

Prof. Sandhi Maria Barreto/Coordenadora [Assinatura]

Prof. Sandhi Maria Barreto
Coord. PG. em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador




FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

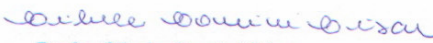
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640

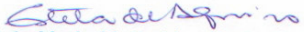



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Sandhi Maria Barreto, Cibele Comini César, Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino, Elizabeth Carmen Duarte, Rômulo Paes de Souza e Fernando Augusto Proietti, aprovou a defesa de tese intitulada: **“DESEMPREGO, TRABALHO SEM PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE: UMA ANÁLISE DO INDIVÍDUO E DO CONTEXTO”**, apresentada pela doutoranda **LUANA GIATTI GONÇALVES** para obtenção do título de doutora em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 14 de março de 2008.


Prof. Sandhi Maria Barreto
orientadora


Prof. Cibele Comini César
Co-orientador


Prof. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino


Prof. Elizabeth Carmen Duarte


Prof. Rômulo Paes de Souza


Prof. Fernando Augusto Proietti

Para Pedro e Ana,
meus meninos,
sempre.

AGRADECIMENTOS

À Professora Sandhi Maria Barreto pela influência definitiva em minha formação, pela orientação competente e solidária, pelo apoio e estímulo constantes e pela amizade construída durante esses anos de trabalho conjunto.

À Professora Cibele Comini César por seu grande apoio, disponibilidade e estímulo para a condução dessas análises.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo aprendizado.

Aos colegas do Programa de Pós Graduação, velhos e novos conhecidos, pelo apoio solidário.

Aos colegas do grupo de Pesquisa Germinal e do Projeto ELSA-UFMG (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto) pelo apoio, aprendizado e desafio a enfrentar.

Aos colegas da Secretária Municipal de Saúde pelo apoio e convivência de tantos anos.

A Simone Santos com quem pude trocar idéias e perspectivas.

A minha mãe, presença constante.

Ao Henrique, que, como antes, muito me ajudou nessa caminhada, em tantas que vamos trilhando juntos há alguns anos.

Por fim, uma menção à PNAD, dados que viabilizaram meu mestrado e doutorado tendo sempre o trabalho como principal objeto de estudo.

Neste mundo globalizado, a competitividade, o consumo, a confusão dos espíritos constituem baluartes do presente estado das coisas. A competitividade comanda nossas formas de ação. O consumo comanda nossas formas de inação. E a confusão dos espíritos impede o nosso entendimento do mundo, do lugar, da sociedade e de cada um de nós mesmos.

Milton Santos,

Por uma outra globalização

RESUMO

As mudanças institucionais e sociais decorrentes dos processos de globalização, da crise da condição do emprego e da erosão da cidadania das últimas décadas imprimem novas feições às desigualdades sociais com implicações no perfil de saúde das populações. O objetivo principal dessa tese foi estudar desigualdades em saúde relacionadas com a inserção no mercado de trabalho. A situação no mercado de trabalho foi mensurada a partir de três categorias principais: trabalho com proteção social, trabalho sem proteção social e desemprego. Inicialmente, investigou-se a associação entre inserção no trabalho sem proteção social, desemprego, de curta ou longa duração, e, indicadores da condição de saúde e de utilização de serviços de saúde. Além dos efeitos na esfera individual, o presente trabalho investigou também alguns aspectos da relação entre o contexto domiciliar e da vizinhança e a saúde dos indivíduos segundo a inserção no mercado de trabalho. Duas hipóteses principais foram investigadas: 1) a presença de moradores desempregados ou inseridos no trabalho sem proteção social no domicílio está associada com a pior avaliação do estado de saúde; 2) a associação entre desemprego e uma pior auto-avaliação de saúde é modificada pelas características socioeconômicas da vizinhança. Os indicadores de vizinhança testados foram residir em área de favela e proporção de chefes de domicílio com baixa renda.

Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998 e em 2003 pelo IBGE, do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos e Doenças não Transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde em 2002/2003 e do Censo Demográfico Brasileiro de 2000. Foram realizadas análises de regressão logística utilizando procedimentos próprios para inquéritos realizados com amostras complexas, que considera o efeito de desenho em amostras por conglomerados. Também foram usadas as equações de estimação generalizada (GEE) que consideram a correlação entre indivíduos dentro do domicílio ou da vizinhança e modelam a resposta média populacional como uma função das covariáveis estudadas.

Observou-se que, em geral, o trabalho sem proteção social e o desemprego, de curta e longa duração, atinge desigualmente os homens segundo a idade, escolaridade, raça ou cor. Verificamos que homens inseridos no trabalho sem proteção social ou desempregados apresentavam pior condição de saúde independentemente da idade e escolaridade. Além disso, os mesmos também utilizavam os serviços de saúde menos frequentemente, especialmente consultas médicas. Ao investigar o efeito do contexto domiciliar, verificou-se que morar em domicílios em que havia pelo menos um morador inserido no trabalho sem proteção social ou desempregado esteve positivamente associado à pior avaliação do estado de saúde, independentemente dos fatores individuais e de outras características do domicílio (renda *per capita*, número de bens e ser comandado por uma mulher). A análise do efeito do ambiente da vizinhança sobre a auto-avaliação de saúde mostrou que os residentes em áreas de favela ou em áreas com maior proporção de chefes do domicílio com baixa renda apresentavam pior auto-avaliação de saúde. Indivíduos que estavam desempregados também apresentaram pior auto-avaliação de saúde. A magnitude dessas associações foi atenuada pelos ajustamentos pelas características sociodemográficas, fatores comportamentais de risco para a saúde e condição de saúde dos indivíduos, mas não encontramos evidência de que o ambiente da vizinhança modifica a associação entre desemprego e auto-avaliação de saúde.

Esses resultados apontam que a ausência de proteção social no trabalho, o desemprego e o tempo de desemprego caracterizam grupos heterogêneos de indivíduos em relação à condição de saúde e em relação à utilização dos serviços de saúde. Mostram ainda que a percepção de

saúde dos moradores adultos de um mesmo domicílio pode ser influenciada não só pelo fato de haver um morador desempregado no domicílio como também pela presença de um trabalhador inserido no trabalho sem proteção social. Observamos que a frequência de pior percepção de saúde foi maior entre os desempregados que residiam em vizinhanças com desvantagens socioeconômicas. No entanto, a associação entre a auto-avaliação de saúde não foi modificada pelo ambiente socioeconômico da vizinhança examinado no presente estudo.

Situações adversas de trabalho são cada vez mais frequentes, particularmente o trabalho desprotegido e o desemprego, e constituem um importante tema para a pesquisa em saúde pública e para intervenções por meio de políticas públicas que visem melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde.

ABSTRACT

The social and institutional changes occurring in the last decades due to globalization, employment crisis and erosions in social welfare conquests, are printing new faces to social inequalities, with important repercussions in population health. This thesis investigated health inequalities related to individuals' labor market position. The labor market status was defined by the following categories: employment with social protection, employment without social protection and unemployment, both short and long terms unemployment. At first, it was investigated the association between employment with no social protection, short and long terms unemployment and health status and healthcare use indicators, after considering the effects of age and education. This work has also investigated the household and neighborhood effects on health according to individuals' labor market status. Two main hypothesis were tested: 1) whether sharing the same household with an unemployed or/and an informal worker is associated with a worse self rated health, regardless of individual's own characteristics and household material conditions and; 2) if the association between worse self rated health and unemployment is modified by socio-economic characteristics of the neighborhood. The two contextual indicators used to identify neighborhood were living in areas classified as slam, and living in areas with high proportion of poor household heads.

This study is based on two population based surveys: the National Health Survey (PNAD) carried out in 1998 and in 2003 by the Brazilian Institute for Geography and Statistics (IBGE) and the Household Survey on Risk Behaviors and Reported Morbidity on Non-Communicable Diseases carried out in 2002/2003 by Brazilian Ministry of Health. It also used data from the Brazilian 2000 Census to identify neighborhood characteristics. The analysis employed multiple logistic regression and Generalized Estimation Equations (GEE), which considers the correlation among individuals within the household and models the average population response as a function of covariables.

Results show that Brazilian males employed with no social protection, in short and long terms unemployment have worse health indicators after considering the effects of age, schooling and race. Moreover, in spite of their worse health indicators, men in informal work and unemployed, both in short and long terms, also reported lower health care use, especially medical visits. When we studied the household effect, it was observed that living in a household which had someone unemployed or who had an unprotected job was associated with residents' poor self rated health, regardless of individual's own labor market position and of other individual and household factors. The study of the effects of neighborhood characteristics on self rated health showed that individuals who lived in slums or in areas with greater proportion of lower income household heads reported worse self rated health more often than those living in better areas. It also confirmed that unemployed individuals report worse self rated health than employed ones. The magnitude of this association was attenuated by sociodemographic characteristics, behavioral risk factors and health status conditions of individuals. However, there was no evidence that the association between unemployment and self rated health is modified by the neighborhood characteristics investigated in the present work.

Our study showed that employment with no social protection, unemployment and length of unemployment characterize heterogeneous situations in relation to sociodemographic characteristics as well as to health conditions and healthcare use. It also highlights that self rated health of individuals sharing the same household was negatively affected by the presence of unemployed and/or unprotected worker in the household. But, although the

proportions of individuals who rated their health as poor were greater among unemployed living in socially disadvantaged neighborhoods, the association between self rated health and unemployment was not different according to neighborhood context.

Adverse work situations are increasing, especially unprotected work and unemployment. They are highly important questions for public health research agendas aiming at health to improve populations' health and reduce current health inequalities.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
2. OBJETIVOS	22
3. ARTIGO 1	23
3.1 INTRODUÇÃO	25
3.2 MÉTODOS	26
3.3 RESULTADOS	28
3.4 DISCUSSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
4. ARTIGO 2	47
4.1 INTRODUÇÃO	49
4.2 MÉTODOS	50
4.3 RESULTADOS	53
4.4 DISCUSSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
5. ARTIGO 3	66
5.1 INTRODUÇÃO	68
5.2 MÉTODOS	69
5.3 RESULTADOS	72
5.4 DISCUSSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
APÊNDICES	95
PROJETO DE PESQUISA	96
ANEXOS	104
ANEXO A – MODELO EXPLICATIVO: RELAÇÕES DE EMPREGO E DESIGUADADES EM SAÚDE	105
ANEXO B – TABELA COMPLEMENTAR ARTIGO 2	106
ANEXO C – ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 1	108
ANEXO D – RESUMO ARTIGO 2 PUBLICADO	109
ANEXO B –CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO.....	110

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desigualdade e iniquidade em saúde

O debate acerca das desigualdades sociais em saúde não é novo. As profundas mudanças institucionais e sociais decorrentes dos processos de globalização, da crise da condição do emprego e da erosão da cidadania nas últimas décadas repercutiram nos perfis de saúde das populações, e revigoram o estudo das desigualdades em saúde¹. Um estudo inglês recente indica, por exemplo, que a diferença na expectativa de vida entre áreas ricas e pobres progrediu nos anos 80 e 90 e que a desigualdade medida pela riqueza acumulada, que em certa medida é transmitida para as gerações seguintes, também continuou crescente².

Desigualdade em saúde é uma expressão genérica usada para designar diferenças, variações e disparidades sistemáticas nas condições de saúde de indivíduos e grupos. É, portanto, uma expressão descritiva, podendo ser mensurada quanto à distribuição dos eventos de saúde entre indivíduos de uma mesma população, ou quanto aos diferenciais de saúde em agrupamentos sociais distintos. Essa segunda abordagem assume que os grupos sociais refletem a distribuição desigual de recursos e oportunidades entre os segmentos da sociedade³. Kawachi e colaboradores⁴ chamam a atenção para o fato de que desigualdades de saúde em segmentos sociais distintos são freqüentemente injustas.

Com o intuito de incorporar a dimensão de justiça social no debate acerca das desigualdades em saúde, Whitehead⁵ define iniquidade em saúde como as desigualdades desnecessárias e evitáveis, ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O que é considerado evitável, desnecessário e injusto pode variar ao longo do tempo, de país para país, e evoca um julgamento normativo envolvendo preceitos que vão além das ciências. Apesar disso, a autora citada considera que há um relativo consenso em se considerar evitáveis e injustos os

¹ Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007;12:667-673.

² Shaw M, Smith GD, Dorling D. Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress *BMJ* 2005;330:1016-1021.

³ Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:647-652.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Copenhagen. World Health Organization. Regional Office for Europe. The concepts and principles of equity and health. 2000.

diferenciais determinados por comportamentos de risco para saúde em que a possibilidade de diferenciais determinados por comportamentos de risco para saúde em que a possibilidade de escolha é extremamente restrita, tais como exposição a condições de vida e trabalho estressantes e prejudiciais à saúde ou acesso inadequado aos serviços essenciais de saúde e a outros serviços públicos.

Evidências apontam que pessoas em desvantagem social e econômica sofrem de maior carga de doenças e maior mortalidade.⁶ De uma maneira geral, há um forte gradiente social na saúde, invariavelmente desfavorável aos grupos sociais menos privilegiados, mesmo em sociedades mais igualitárias.⁷ Há muito já se reconhece a importância para a saúde das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham; o que se procura, na atualidade, é compreender como essas condições influenciam a saúde.

As condições sociais de vida e de trabalho constituem, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais de saúde. Para Krieger,⁸ esses determinantes referem-se tanto aos fatores essenciais quanto aos mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde, e potencialmente podem ser modificados por intervenções. Em uma abordagem ampla e histórica, incluem o contexto político e econômico passado e atual da sociedade, além do sistema legal, dos recursos materiais e tecnológicos e da adesão às normas e práticas.

Modelos explicativos baseados em diferentes opções teóricas procuram desvendar como os determinantes sociais afetam a situação de saúde de indivíduos e populações. Os modelos estabelecem uma hierarquia de determinação entre fatores sociais, econômicos e políticos, e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Descrevem processos complexos e, em geral, apresentam algumas características comuns, em especial a ênfase na interação entre os diversos níveis de determinação, na multiplicidade de processos ou caminhos causais, na possibilidade de influências recíprocas entre eles.⁹

⁶ Mackenbach JP, Kunst A. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997;44:757-771.

⁷ Lahelma E, Rahkonen O. Introduction. *Soc Sci Med* 1997;44:721-722.

⁸ Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700.

⁹ Kaplan G. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better. *Epidemiol Rev* 2004; 26:124-135.

Para a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS um modelo inclusivo para o estudo dos determinantes sociais de saúde deve alcançar os seguintes objetivos: esclarecer os mecanismos pelos quais os determinantes sociais geram iniquidades em saúde; demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros; fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde.¹⁰

O modelo explicativo proposto pela CDSS identifica o contexto em que se situam aspectos sociais e políticos, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas, que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais. O modelo aponta dois grupos principais de determinantes. Os determinantes estruturais são aqueles que geram a estratificação social, e que tradicionalmente incluem renda, escolaridade e ocupação, e também gênero, etnia e sexualidade. Os determinantes intermediários são os que surgem a partir da configuração da estratificação social, e que determinam diferenças nas exposições e vulnerabilidades que comprometem a saúde, como as condições de vida, condições de trabalho, a disponibilidade de alimento, os comportamentos e as barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável. O sistema de saúde é considerado um determinante intermediário.

A estratificação social é um aspecto central no estudo dos determinantes sociais da saúde. A estratificação social nas sociedades ocidentais modernas, no modo de produção capitalista, é orientada pela propriedade dos meios de produção e pela divisão social do trabalho, conformando o sistema de classes sociais. As classes sociais são estabelecidas a partir de um sistema de acesso às riquezas e valores que lhes atribui determinadas posições sociais. Em uma dada formação social, contextualizada espacial e historicamente, convivem classes e frações de classes, grupos sociais, que guardam certa homogeneidade interna. Para desvelar essas homogeneidades, incorporam-se outros indicadores que avaliam o acesso a bens e serviços (saúde, educação, habitação), à renda e ainda outros que avaliam o grau de vulnerabilidade das famílias (escolaridade do chefe de família e características físicas do domicílio, por exemplo). Entre esses indicadores, a ocupação ganha destaque especial na delimitação do contingente populacional e na sua configuração interna, seja em relação ao

¹⁰ Genebra. Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rascunho. 2005

setor econômico e à sua formalização, seja na mensuração dos rendimentos e identificação das ocupações pauperizadas.¹¹

A desigualdade gerada na estratificação social implica em exposições e vulnerabilidades particulares de cada grupo. A posição socioeconômica expressa a localização particular de indivíduos e grupos na sociedade, e essa posição estrutural é um poderoso determinante das exposições que causam danos à saúde, assim como dos recursos para a saúde. Esse pode ser considerado o princípio mais básico para compreender *como* e *por que* a posição socioeconômica está vinculada à condição de saúde¹².

A posição socioeconômica pode ser mensurada em diferentes fases da trajetória de vida, e medida complementarmente nos níveis individual, domiciliar e na vizinhança¹³. Mesmo admitindo-se que as pessoas não estão distribuídas aleatoriamente em suas casas ou em diferentes bairros, reconhece-se que o contexto socioeconômico da vizinhança pode influenciar a vida e a saúde dos indivíduos independentemente da sua própria posição socioeconômica.

Trabalho

O trabalho desempenha papel central na organização da existência humana. É o critério mais importante de estratificação social em sociedades avançadas e constitui a principal referência que determina padrões de identidade e sociabilidade, interesses, atividades políticas, vida em família, estilos de vida e acesso aos recursos econômicos, que por sua vez determinam diversas oportunidades¹⁴.

As duas últimas décadas do século 20 foram marcadas por fortes transformações econômicas e sociais em decorrência da internacionalização da economia, introdução de novas tecnologias e novas formas de organização da produção. No contexto de crescimento das políticas neoliberais e transformações do modelo econômico, desencadeou-se uma onda de

¹¹ Escorel S. Vidas ao Léu. Trajetórias de exclusão social. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 215p.

¹² Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In Berkman LF, Kawachi I editors. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000. p.13-35.

¹³ Krieger N. Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines. Annu. Rev. Public Health. 1997;18:341-378

¹⁴ Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 2000;51:1283-1293.

desregulamentação das mais diversas esferas do mundo do trabalho. Estabeleceu-se um novo padrão de produção, com flexibilização das estruturas produtivas, mudança na base técnica da produção, alteração da organização da produção e da divisão social do trabalho. Esse movimento definiu intensas modificações na natureza, no significado e no conteúdo do trabalho¹⁵.

No âmbito das relações no mercado de trabalho, os contratos tradicionais, ou seja, que resguardam os direitos sociais adquiridos, são reservados a um núcleo restrito de trabalhadores mais estáveis, com melhor qualificação e remuneração. Ao mesmo tempo, aumentou a frequência e a diversidade das modalidades de inserção no trabalho. Entre as formas de contratação consideradas atípicas, incluem-se o trabalho terceirizado, temporário, em jornada parcial e por tarefas que, em geral, apresentam instabilidade, menores salários e piores condições de trabalho. Houve crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho, preferencialmente no universo do trabalho com jornada parcial e sem regulamentação, maior exclusão dos jovens do mercado de trabalho e crescimento dos níveis de desemprego¹⁶. Além do incremento do desemprego sob a forma de privação involuntária e ocasional do trabalho, acentua-se também o tempo de permanência nessa condição¹⁷.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o número de desempregados no mundo passou de 140,5 milhões de pessoas, em 1993, para 185,9 milhões, em 2003. Esse incremento é mais acentuado entre mulheres e jovens. Paralelamente, sobretudo nos países em desenvolvimento, cresceu a economia informal, em que os salários são mais baixos e as condições de trabalho, inadequadas¹⁸.

Entretanto, o principal vínculo de inserção nas sociedades modernas continua sendo o que se desenvolve a partir do trabalho. O trabalho, na pluralidade de formas que tem assumido, continua a ser um dos mais importantes determinantes das condições de vida das pessoas. Isso, porque o sustento da maioria dos indivíduos continua a depender da venda do seu tempo e de suas habilidades de trabalho¹⁹. O crescimento do trabalho atípico, juntamente com o

¹⁵ Pochman M. O trabalho sob fogo cruzado. 2ª ed. São Paulo: Editora Contexto; 2000. 205p

¹⁶ Antunes R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. *Idéias* 2002-2003;9(2)10(1):13-24.

¹⁷ Sorj B. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. *RBCS* 2000;43:25-34.

¹⁸ ILO 2003. *Global employment trends*. Geneve.

¹⁹ Sorj B. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. *RBCS* 2000;43:25-34.

desemprego, acentua diferenças de renda e aprofunda ou imprime novas feições às desigualdades sociais²⁰. O desemprego pode levar à privação material, perda de direitos, de participação social, de auto-estima e de motivações. Pode-se afirmar que a exclusão do trabalho é a mais ampla²¹, e que suas vítimas estão, provavelmente, excluídas da maioria das outras redes sociais e inseridas numa trajetória de vulnerabilidade.

Apesar de haver um vasto conhecimento sobre a relação entre trabalho e saúde, pouca importância tem sido dada ao papel do trabalho como um determinante das desigualdades em saúde. A abordagem da relação saúde/trabalho pode dar-se por meio de duas dimensões do trabalho: os processos específicos, nos quais os trabalhadores estão submetidos a determinadas condições e riscos, e a dinâmica e mobilidade da inserção nos mercados de trabalho. É a partir de uma específica configuração desse mercado que a população economicamente ativa é absorvida em processos de trabalho²². Assim, essas duas dimensões estão inter-relacionadas, uma vez aqueles com vínculos precários tendem a estar expostos a piores condições de trabalho.

Uma recente publicação, elaborada por um grupo de trabalho da CDSS da OMS, realiza uma importante revisão acerca das relações de emprego e seus efeitos sobre as desigualdades em saúde. Nesse estudo, é proposto um modelo explicativo em que as relações de emprego, moldadas pelas relações de poder, pelo mercado de trabalho e pelas políticas sociais, estão relacionadas às desigualdades em saúde por meio da exposição a processos e condições de trabalho específicas, pela influência sobre fatores psicossociais, fatores comportamentos, adoecimento e acesso a recursos materiais. Redes sociais ou acesso aos serviços de saúde podem modificar esses efeitos. Os autores reconhecem que classe social, gênero, etnia/raça são determinantes chaves que explicam por que trabalhadores e suas famílias estarão expostos a diferentes riscos.²³ (Anexo A)

As relações de emprego comentadas acima compreendem situações muito diversas, incluindo

²⁰ Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:276-277.

²¹ Singer P. *Globalização e desemprego, diagnóstico e alternativas*. 4ª ed. São Paulo: Editora Contexto; 2000. 139p.

²² Possas C. *Saúde e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1989. 271p

²³ World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. *Employment and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Final Report, 20 September 2007.

desde o desemprego, trabalho informal, trabalho precário, até o trabalho infantil e escravo. As recentes mudanças estruturais do trabalho e as diversas formas de inserção no mercado imprimem maior dificuldade para o estudo da relação entre saúde e trabalho. Algumas abordagens, que avaliam a instabilidade percebida no emprego ou vínculos temporários, por exemplo, são consideradas insuficientes. Alguns autores consideram que o conceito de trabalho precário, embora ainda em construção, seja uma importante alternativa.^{24,25} Trabalho precário designa formas de trabalho caracterizadas por redução ou ausência de regulamentação e direitos sociais, e por instabilidade. É considerado um construto multidimensional, definido pelas seguintes dimensões: temporalidade, vulnerabilidade, ausência de proteção ou benefícios e baixos rendimentos.²⁶

Considerando o crescimento dos vínculos de trabalho atípicos e do desemprego, este estudo pretende investigar as desigualdades em saúde de acordo com a inserção no mercado de trabalho. A situação no mercado de trabalho foi mensurada a partir de três categorias principais: trabalho com proteção social, trabalho sem proteção social e desemprego. A proteção social no trabalho foi a condição utilizada para definir a precariedade da inserção no trabalho. O critério utilizado para aferir a proteção social foi o relato de contrato de trabalho com carteira ou de contribuição para a previdência social. Para compreender como a inserção no mercado de trabalho influencia a saúde, foram investigados o efeito do contexto domiciliar e da área de moradia sobre a saúde dos indivíduos, independentemente das características individuais.

De acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG, esta tese, apresentada como coletânea, inclui três artigos que abordam desigualdades em saúde relacionadas com a inserção no mercado de trabalho, considerando o contexto domiciliar e da área de moradia. Nos dois primeiros artigos, foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 1998 e 2003. No terceiro artigo, foram analisados os dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos e Doenças não Transmissíveis,

²⁴ Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:276-277.

²⁵ Benach J, Amable M, Muntaner C, Benavides FG. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:405-406.

²⁶ Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:276-277.

realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2002/2003, e os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2000.

O primeiro artigo, intitulado “Trabalho sem proteção social, desemprego e saúde em Regiões Metropolitanas Brasileiras, 1998 e 2003”, estuda a associação entre indicadores de condição de saúde e de utilização de serviços e a situação no mercado de trabalho, definida pelos seguintes atributos: presença de proteção social, jornada de trabalho, desemprego e duração do desemprego. Conforme as normas do Programa de Pós-Graduação, este foi o artigo avaliado no exame de qualificação (realizado em novembro de 2005) e está aprovado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública (Anexo C).

O segundo artigo, denominado “Contexto domiciliar e avaliação do estado de saúde: efeito do desemprego e do trabalho sem proteção social”, investiga se a presença de trabalhador inserido no trabalho sem proteção social ou desempregado no domicílio influencia a avaliação de saúde dos demais moradores do domicílio. Nessa análise foram consideradas características demográficas e indicadores de posição socioeconômica do indivíduo, além de indicadores de posição socioeconômica e características ambientais do domicílio. Este artigo foi publicado na revista *Journal Epidemiology Community Health*, em 25 de junho de 2008 (Anexo D).

O terceiro artigo, intitulado “Desemprego e auto-avaliação de saúde:efeito da vizinhança” estuda a associação da auto-avaliação de saúde com o desemprego e com as características socioeconômicas da vizinhança. Nesse artigo investigamos, também, se a associação entre desemprego e auto-avaliação de saúde foi modificada pelas características da vizinhança estudadas.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Estudar desigualdades em saúde relacionadas com a inserção no mercado de trabalho

Objetivos específicos:

- 1) Verificar associações entre a situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde em dois anos recentes (Artigo 1).

- 2) Investigar se a presença de moradores desempregados ou inseridos no trabalho sem proteção social no domicílio está associada com pior avaliação do estado de saúde dos adultos que vivem no mesmo domicílio, independentemente das características do indivíduo e das condições materiais do domicílio (Artigo 2).

- 3) Analisar a associação da auto-avaliação de saúde com o desemprego e com características socioeconômicas da vizinhança após o ajustamento pelas características sociodemográficas, comportamentos de risco para a saúde e condição de saúde dos indivíduos (Artigo 3).

- 4) Investigar se a associação entre auto-avaliação de saúde e desemprego é modificada pelas características socioeconômicas da vizinhança (Artigo 3).

ARTIGO 1

**Trabalho com proteção social, desemprego e saúde em Regiões
Metropolitanas Brasileiras, 1998 e 2003.**

Luana Giatti.

Sandhi Maria Barreto.

Cibele Comini César.

RESUMO

Objetivo: Este estudo investiga se trabalho sem proteção social assim como desemprego menor do que 12 meses e superior a 12 meses estão associados a pior condição de saúde e a utilização de serviços de saúde.

Metodologia: Foram estudados homens com idade entre 15 e 64 anos, residentes em oito regiões metropolitanas que participaram da PNAD em 1998 (n=31.870) e 2003 (n=32887).

Resultados: Comparados ao trabalho com proteção social e ≥ 40 horas/semana, trabalho sem proteção social, desemprego de curta e longa duração foram associados a pior condição de saúde independentemente da idade e escolaridade. Cirrose hepática foi a doença mais fortemente associada com a situação no mercado de trabalho. Sua prevalência foi mais alta entre aqueles inseridos no trabalho sem proteção e com desemprego de longa duração. A situação no mercado de trabalho foi negativamente associada ao uso de serviços de saúde, especialmente consultas médicas.

Conclusão: O presente estudo mostrou que ausência de proteção social no trabalho, aliada à jornada de trabalho, desemprego e tempo de desemprego caracterizam grupos heterogêneos de indivíduos em relação à saúde. Resultados reforçam a necessidade de incorporar a situação no mercado de trabalho nos estudos de saúde.

Palavras chave: trabalho, proteção social, jornada de trabalho, desemprego, desigualdade em saúde.

INTRODUÇÃO

O trabalho é um dos mais importantes determinantes das condições e modos de vida das pessoas, influenciando fortemente a saúde e a longevidade das mesmas¹. A flexibilização do mercado de trabalho é uma das mais expressivas mudanças sociais e econômicas da atualidade². O assalariamento típico, com estabilidade e garantia de direitos é, em grande parte, substituído por vínculos de trabalho temporário, por tempo parcial, terceirizado e outras formas de trabalho precário como emprego sem contrato e por conta própria³. Os vínculos de trabalho precários são fortemente caracterizados por condições socioeconômicas adversas e a exposição a piores ambientes e condições de trabalho e a maior risco de desemprego⁴.

O impacto do trabalho precário sobre a saúde ainda é pouco conhecido e constitui um desafio para os pesquisadores⁴. Estudos realizados em países como Inglaterra e Finlândia têm priorizado a investigação entre instabilidade percebida no trabalho e saúde, identificando associações com maior morbidade e pior saúde mental^{5,6}. Limitações têm sido atribuídas a esta abordagem, uma vez que a percepção de instabilidade pode afetar igualmente a saúde dos indivíduos com condições de trabalho objetivamente seguras e inseguras⁷. Outros têm estudado as relações entre saúde e situação no mercado de trabalho. Em uma coorte finlandesa, indivíduos com vínculos de trabalho atípicos e desempregados apresentaram maior risco de morte por todas as causas, por doenças relacionadas ao consumo de álcool e por neoplasias relacionadas ao tabagismo⁸.

O Brasil apresenta um quadro diversificado e excludente em relação ao acesso ao trabalho e às garantias sociais relacionadas. Uma progressiva desestruturação do mercado de trabalho, foi iniciada a partir dos anos 80⁹. Traço marcante deste processo no país é o crescimento do trabalho sem regulação estatal e sem acesso ao sistema de proteção social, na forma de trabalho sem registro em carteira, autônomo e em cooperativas, dentre outras formas¹⁰. Em 1989, os assalariados com registro em carteira, representavam 64% da população economicamente ativa (PEA). Em 1995, este percentual havia passado para 58,2%. Já os empregos sem registro cresceram a uma taxa de 3,12% por ano, gerando cerca 541,5 mil empregos sem registro no período¹¹. Entre 1992 e 2002, a taxa de desemprego, no país, passou de 7,2% para 9,9% e nas regiões metropolitanas passou de 9,7% para 13,5% no mesmo período. Também nas regiões metropolitanas houve maior crescimento do trabalho sem carteira assinada e por conta própria do que no restante do país¹².

No presente estudo, consideramos que a situação no mercado de trabalho, definida a partir da proteção social no trabalho e da jornada diária de trabalho, estabelece categorias distintas. Nossa principal hipótese é que o trabalho sem proteção social, o desemprego e o tempo de desemprego estão associados com pior condição de saúde. Nosso principal objetivo é verificar esta hipótese, testando associações entre a situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde em dois anos recentes.

MÉTODOS

População do Estudo

O presente estudo incluiu homens residentes nas regiões metropolitanas de Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre, com idade entre 15 e 64 anos, que participaram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998 e em 2003 e faziam parte da população economicamente ativa. A PNAD é um inquérito populacional de âmbito nacional, realizado anualmente pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nas PNAD são obtidas informações sobre características sócio-demográficas, educação, trabalho e rendimento e, nesses dois anos, coletou-se, também, informações sobre saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.

A PNAD utiliza uma amostra probabilística complexa obtida em dois ou três estágios de seleção¹³. Foram incluídos no presente estudo apenas os municípios de regiões metropolitanas, onde a amostra é obtida em dois estágios. As unidades primárias de amostragem são os setores censitários e as unidades secundárias são os domicílios, onde são obtidas informações de todos os moradores por entrevista, nem sempre respondidas pelo próprio indivíduo.

Variáveis estudadas

As variáveis resposta deste estudo foram indicadores de saúde e indicadores de utilização de serviços de saúde. Os indicadores de saúde estudados foram: relato de lombalgia, tendinite, hipertensão arterial, artrite e/ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite e/ou asma, doença do coração, doença renal crônica, depressão, cirrose e doença crônica correspondendo esta última ao relato de pelo menos uma das nove últimas doenças listadas acima. O relato de todas as doenças (sim ou não) foi obtido de perguntas com a seguinte estrutura: “... tem artrite ou

reumatismo?”, em 1998 e “Algun médico ou profissional de saúde já disse que o senhor tem artrite ou reumatismo?”, em 2003. Os indicadores de utilização dos serviços de saúde considerados foram: consulta médica nos últimos 12 meses (sim ou não) e internação hospitalar nos últimos 12 meses (sim ou não).

A variável explicativa de maior interesse neste estudo foi situação no mercado de trabalho, classificada em seis categorias: trabalho com proteção social e jornada igual ou maior do que 40 horas semanais, trabalho com proteção social e jornada menor do que 40 horas semanais, trabalho sem proteção e jornada igual ou maior do que 40 horas semanais, trabalho sem proteção social e jornada menor do que 40 horas, desemprego de curta duração (<12 meses) e desemprego de longa duração (\geq 12 meses). Trabalho com proteção social corresponde ao trabalho com carteira assinada ou sem carteira assinada mas com contribuição para previdência social. Trabalho sem proteção social é aquele sem carteira assinada e sem contribuição para previdência social. Desemprego corresponde à condição de indivíduos que não trabalhavam e procuraram por trabalho na semana de referência.

Para a classificação da situação no mercado de trabalho foram observadas as seguintes informações: condição de ocupação na semana de referência (ocupado ou não), carteira de trabalho assinada no trabalho atual (sim ou não), contribuição previdenciária (sim ou não), número de horas semanais trabalhadas no trabalho principal e ocupação nos 358 dias anteriores à semana de realização da pesquisa (sim ou não). Indivíduos que estavam afastados do trabalho temporariamente por férias ou licença foram considerados como ocupados.

As características sócio-demográficas estudadas foram idade (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64), escolaridade em anos completos de estudo (0-3, 4-7, 8-10, 11-15 e 15 e mais), ser chefe do domicílio (sim ou não), renda do trabalho principal e de todos os trabalhos conjuntamente expressa em número de salários mínimos em cada ano (R\$130,00 em 1998 e R\$240,00 em 2003) e raça ou cor auto-referida classificada em branco, preto, pardo, indígena e amarelo. Indivíduos que informaram raça/cor preto e pardo foram agrupados por serem muito semelhantes em relação à situação no mercado de trabalho. Cobertura por plano privado de saúde (sim ou não) também foi investigada e considerada uma variável intermediária da associação entre situação no mercado de trabalho e uso dos serviços de saúde.

Análise dos Dados

A associação entre a situação no mercado de trabalho e as características sócio-demográficas, foi medida através do teste do Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. Este teste também foi utilizado para comparar a distribuição percentual da situação no mercado segundo características sociodemográficas entre os dois anos. As diferenças entre as medianas da renda do trabalho principal e de todos os trabalhos em cada ano e entre os dois anos foram verificadas utilizando teste de Qui-quadrado específico para comparação de medianas. Como as prevalências das condições estudadas eram muito pequenas¹⁴ (por exemplo, 0,25% para cirrose em 1998 e 0,16 em 2003; 3,2% para depressão em 1998 e 2,3% em 2003), investigamos a associação entre cada variável de interesse e a situação no mercado de trabalho, usando regressão logística múltipla. Idade e escolaridade foram utilizadas como variáveis de ajuste. A categoria de referência para análise foi o trabalho com proteção social e jornada maior ou igual a 40 horas semanais. Quando a variável resposta era um indicador de utilização de serviço de saúde, acrescentou-se relato de doença crônica como variável de ajuste. Com o objetivo de comparar os resultados, razões de prevalência foram calculadas utilizando regressão de Poisson. Não foi identificada nenhuma diferença nas associações observadas, apenas pequenas alterações na magnitude e intervalos de confiança. Desta forma, apresentamos os resultados baseados no *odds ratio*.

Os dados foram analisados usando os procedimentos do programa STATA 9.0 (Stata Corporation, Texas, Estados Unidos) para inquéritos amostrais complexos. Foram utilizados pesos normalizados para corrigir as diferentes probabilidades de seleção dos indivíduos, sem expandir a amostra. Os percentuais apresentados são ponderados. Os efeitos do plano amostral sobre as estimativas da variância e desvio padrão foram considerados nesta análise. Para isto, estratos que apresentavam somente uma unidade primária de amostragem foram agregados aos pares tendo como critério tamanho semelhante de estratos na mesma região metropolitana¹⁵.

RESULTADOS

Um total de 31.870 homens participantes da população economicamente ativa foi incluído no estudo em 1998 e 32.887 em 2003. Entre os dois períodos, a proporção de homens inseridos

no trabalho com proteção social e jornada igual ou superior a 40 horas semanais caiu de 53% para 50,7%, a proporção no trabalho sem proteção social e jornada inferior a 40 horas aumentou de 6,5% para 7,5% e o percentual de desempregados de longa duração passou de 5,7 para 6,5%. Estas alterações foram todas estatisticamente significantes. Trabalho com proteção social e jornada inferior a 40 horas passou de 23,9% para 25,1% e o trabalho com proteção social e jornada inferior a 40 horas de 5,5% para 5,0%, enquanto o desemprego de menor duração manteve-se praticamente estável, em torno de 5,3% (Tabela 1).

Nos dois períodos, observa-se maior concentração dos indivíduos mais jovens na condição de desemprego, sobretudo no desemprego de longa duração, e no trabalho sem proteção social com jornada inferior a 40 horas. Em 2003, houve crescimento do percentual de indivíduos acima de 45 anos. A proporção de homens com 15 anos e mais de estudo foi maior entre os inseridos nas duas formas de trabalho com proteção social. Comparado a 1998, o percentual de indivíduos com 11 anos de estudo ou mais cresceu em todas as situações de trabalho, inclusive entre os desempregados. Não foi observada mudança na distribuição dos chefes do domicílio de acordo com a situação no mercado de trabalho nos dois anos analisados. A proporção de homens que se declararam brancos foi maior no trabalho com proteção social do que nos demais grupos estudados. O percentual de homens que se declaram preto ou pardo aumentou em todos os grupos estudados em 2003. Os rendimentos do trabalho são maiores no trabalho com proteção social. Em 2003, houve redução dos rendimentos médios em todas as categorias de trabalho.

As associações entre situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde são apresentadas na Figura 1. Em 1998, participantes inseridos no trabalho com proteção social e jornada inferior a 40 horas semanais apresentaram maior probabilidade de relatar tendinite, artrite/reumatismo, cirrose e depressão do que os inseridos no trabalho com proteção social e jornada de 40 horas e mais na semana. Nenhuma destas associações foi verificada em 2003. Em 1998, trabalho sem proteção social e jornada de 40 e mais horas semanais foi positivamente associado à depressão e negativamente associado à hipertensão arterial. Em 2003, esta situação no mercado de trabalho apresentou forte associação positiva com cirrose e negativa com hipertensão arterial, lombalgia e tendinite. Em 1998, homens que trabalhavam sem proteção social e jornada inferior a 40 horas semanais apresentaram maior probabilidade de relatar artrite/reumatismo, bronquite/asma, doença do coração, cirrose, depressão e doença crônica do que os inseridos no trabalho com proteção social e jornada maior ou igual a 40

horas. Estes achados foram concordantes com os resultados encontrados em 2003, exceto relato de câncer que foi positivamente associado com esta situação de trabalho. Em 1998, quando comparado ao trabalho com proteção social e jornada de 40 horas ou mais, o desemprego de menor duração mostrou-se positivamente associado com doença do coração, depressão. Em 2003, foi mantida associação com depressão e observada associação negativa com hipertensão arterial. Em 1998, desemprego de longa esteve positivamente associado à artrite/reumatismo, bronquite/asma, cirrose, depressão e doença crônica e negativamente com lombalgia e tendinite. No ano de 2003, verificou-se associação positiva com câncer; e as associações com depressão e doença crônica permaneceram significantes.

Nos dois anos, com exceção do trabalho com proteção social e jornada inferior a 40 horas, todas as demais situações apresentaram menor probabilidade de ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses do que os inseridos no trabalho com proteção e jornada maior ou igual a 40 horas. Em relação às internações hospitalares, não identificamos diferenças em 1998. Já em 2003, os indivíduos que trabalhavam sem proteção social com jornada superior a 40 horas apresentaram menor probabilidade de internação hospitalar (Figura 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou associação entre a situação no mercado de trabalho e relato de doenças e utilização de serviços de saúde em homens residentes em regiões metropolitanas nos anos de 1998 e 2003. Nossos resultados mostram que os trabalhadores diferem em relação ao relato de doenças e ao uso dos serviços de saúde segundo a situação no mercado de trabalho caracterizada de acordo com a presença de proteção social ou duração do desemprego. Verificamos ainda que a situação no mercado de trabalho esteve fortemente associada a outras características sócio-demográficas.

Em 2003, acentuaram-se os vínculos precários de trabalho e o desemprego de longa duração. Entre mudanças identificadas nos dois períodos, ressalta-se o crescimento do percentual de indivíduos acima de 45 anos, confirmando a tendência ao envelhecimento da população economicamente ativa¹⁶ e a queda dos rendimentos em todas as formas de trabalho estudadas. Apesar da importante melhoria da escolaridade em 2003, houve crescimento do trabalho sem proteção social e do desemprego de longa duração. Isto significou maior exclusão dos direitos sociais garantidos pelo contrato de trabalho ou, minimamente, pela contribuição

previdenciária e um maior número de homens desempregados, em especial de jovens. Estes resultados sugerem que o acesso ao trabalho não é completamente determinado pela escolaridade do indivíduo. Nos nossos dados, isto também pode ser verificado pelo aumento da proporção de desempregados com 15 ou mais anos de escolaridade. A elevação dos níveis de escolaridade, num contexto sócio-econômico adverso, mostra-se insuficiente para potencializar o ingresso no trabalho¹⁷, ou para inverter a tendência de aumento do trabalho precário.

Situação no mercado de trabalho e saúde

Associação entre desemprego e piores condições de saúde já foi identificada em diversas investigações, inclusive em estudos longitudinais^{5,18,19,20}. O número de vezes e a duração do desemprego acentuam os efeitos negativos sobre a saúde. Desemprego em qualquer momento da vida está associado ao desemprego futuro e o número de vezes em que o indivíduo esteve desempregado mostra-se fortemente associado ao risco de doenças incapacitantes de longa duração²¹. Desemprego de longa permanência acarreta maior privação, menor chance de conseguir novo emprego²² e maior risco à saúde entre jovens e adultos²³. Assim, é necessário ressaltar a importância do grande percentual de jovens nestas condições no Brasil, uma vez que o desemprego nas fases precoces da vida está associado ao desemprego futuro²⁴. Além disso, quanto maior o tempo sem trabalho maior o risco para a saúde. A experiência dos jovens das coortes estudadas sugere piores condições sociais de vida e de saúde futuras.

Pesquisas recentes sugerem que trabalho precário, estudado de diversas formas, está associado a efeitos adversos sobre a saúde. Observou-se maior risco de mortalidades em trabalhadores temporários⁸, pior saúde mental em trabalhadores sem contrato de trabalho⁷, maior relato de doenças crônicas e depressão em trabalhadores em ocupações atípicas²⁵. No presente estudo, consideramos como precário o trabalho sem garantia de direitos sociais. Identificamos que trabalhar sem carteira ou sem garantir pelo menos direito ao benefício previdenciário associa-se a pior condição de saúde. Este resultado sugere que não só a inclusão social garantida pelo contrato formal de trabalho entre empregado e empregador, mas, também, o acesso aos benefícios da seguridade social influencia ou é influenciado pelos diferenciais em saúde. Considerando o grande percentual de pessoas nestas condições no país é muito difícil crer que a saúde esteja determinando a alocação destes indivíduos em situações mais precárias.

O trabalho com jornada parcial é freqüentemente considerado uma forma de trabalho atípica ou precária²². Neste estudo, adotamos o ponto de corte de quarenta horas para jornada semanal. Na ocupação sem proteção social, a jornada de trabalho inferior a 40 horas semanais esteve associada à pior condição de saúde, tanto em 1998 quanto em 2003. Diferentemente do trabalho sem proteção social, os ocupados com proteção social e jornada inferior a 40 horas apresentaram maiores níveis de escolaridade e rendimentos e se declararam brancos mais freqüentemente, sugerindo que a jornada parcial só deve ser considerada como um aspecto de precariedade na ocupação se somada a outras características do trabalho, como também sugerem outros estudos³. Em ocupações com proteção trabalhista e/ou previdenciária ela pode representar uma escolha ou oportunidade, enquanto em ocupações sem proteção, tendem a indicar vínculos e condições de trabalho mais precárias, explicando a associação com pior condição de saúde.

Os indicadores de condição de saúde investigados são diversificados e expressam aspectos diferentes da relação saúde-trabalho. Algumas condições apresentam características mais complexas, o que dificulta explicar as associações encontradas. Lombalgia e tendinite, por exemplo, são condições associadas freqüentemente a atividades realizadas no trabalho. Nos dois anos, cirrose hepática foi a doença mais fortemente associada à situação no mercado de trabalho, embora os intervalos de confiança sejam muito amplos, provavelmente, por apresentar baixas prevalências na população estudada (em 1998 foi de 0,25% e em 2003 foi de 0,16%), O consumo excessivo de álcool é um importante fator de risco para cirrose e pode explicar maior ocorrência neste grupo. Pessoas que trocam de trabalho com freqüência têm maior probabilidade de consumir mais álcool, fumar²⁶. Além disto, maior risco de morte por doenças relacionadas ao consumo de álcool já foi identificado em trabalhadores temporários e desempregados⁸.

Os resultados deste estudo sugerem efeitos adversos do desemprego e do trabalho precário sobre a saúde mental. A associação entre pior saúde mental e desemprego, trabalho atípico e temporário foi observada em outros estudos,^{7,25,27} inclusive em investigações feitas no Brasil²⁸. As características do trabalho foram os fatores que mais influenciaram o gradiente inverso entre categoria de trabalho (“employment grade”) e sintomas depressivos em funcionários públicos ingleses²⁹. Considera-se que desemprego e trabalho incerto influenciam negativamente a saúde mental tanto pelas perdas econômicas, quanto pelos aspectos

psicossociais como a desestruturação do tempo, falta de perspectivas de futuro, menor auto-estima e insatisfação com a situação de trabalho³⁰.

As desigualdades na utilização dos serviços de saúde segundo a inserção no mercado de trabalho foram evidenciadas, sobretudo, em relação à consulta médica. Apesar de relatarem mais doenças, e, portanto, terem maior necessidade de uso de serviços de saúde, indivíduos que trabalhavam sem proteção social e que estavam desempregados realizaram menos consultas nos dois períodos estudados, este diferencial permaneceu após ajustamento por relato de doença crônica. Tal fato, provavelmente está relacionado ao maior acesso à consulta daqueles que têm cobertura por plano privado de saúde, que foi significativamente maior entre os homens inseridos no trabalho com proteção social (dados não apresentados). Apesar de estar fortemente associada ao trabalho com proteção social e ao maior acesso à consulta, cobertura por plano privado de saúde foi considerada uma variável intermediária da associação entre situação no mercado de trabalho e utilização de serviço de saúde. Diferencias no uso dos serviços hospitalares foram observados somente em 2003, sugerindo aprofundamento das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

A principal limitação deste estudo é o seu delineamento transversal que não permite estabelecer uma relação temporal entre situação no mercado de trabalho e saúde. A causalidade reversa pode ser considerada na explicação destes resultados, em especial porque estudamos associações entre morbidade referida e situação no mercado de trabalho atual que pode ter sido modificada por pior condição de saúde. Entretanto, a causalidade reversa parece contribuir pouco para as desigualdades em saúde^{31,32}. Por exemplo, Chandola e colaboradores³⁰ observaram, em análise de dados longitudinais de funcionários públicos ingleses, que o efeito da saúde na mudança da posição social, inclusive da categoria de trabalho (*employment grade*), é muito menor do que a influência da posição social sobre a saúde. O efeito do trabalhador sadio também pode justificar em parte o fato dos indivíduos menos saudáveis se encontrarem desempregados ou em ocupações precárias.^{33,34} No entanto, estudos longitudinais confirmam que desemprego e trabalho precário estão associados à pior condição futura de saúde.^{5,35} Além do mais, os efeitos seletivos e excludentes do trabalho são influenciados pela conjuntura econômica. Em períodos de maior recessão econômica, o contingente de trabalhadores mais vulneráveis do ponto de vista da saúde seriam excluídos da população economicamente ativa, reduzindo desta forma os contrastes de saúde entre desempregados e empregados²¹. É provável que desemprego elevado e o grande número de

pessoas inseridas no trabalho precário observado neste estudo tornem os grupos estudados mais homogêneos, diluindo associações entre situação no mercado de trabalho e saúde, justificando inclusive o menor número de associações observadas em 2003.

A inserção no trabalho e adoecimento são processos dinâmicos e complexos. O trabalho é um determinante da condição de saúde e, ao mesmo tempo, está inter-relacionado com outros indicadores socioeconômicos como a escolaridade. Em uma análise que procurou elucidar os caminhos causais entre indicadores socioeconômicos e saúde, a escolaridade mostrou-se diretamente associada a melhor condição de saúde porque influencia positivamente modos de vida mais saudáveis, e indiretamente associada à saúde porque possibilita acesso a melhor condição de trabalho e maior renda³⁶. Ao considerar a escolaridade como uma variável de confusão, identificamos associações independentes entre situação no mercado de trabalho e saúde, mas deixamos de considerar que existe uma relação temporal entre escolaridade e situação no mercado de trabalho. Mensurar a inter-relação entre estes dois indicadores, e a importância de cada um deles para a saúde da população economicamente ativa, pode fornecer elementos adicionais para a melhor compreender as relações entre saúde, escolaridade e trabalho.

Os indicadores de saúde deste estudo foram obtidos por meio da morbidade referida informada durante as entrevistas. A pergunta relativa à presença das doenças estudadas mudou nos dois inquéritos. Em 1998, perguntava-se “Você tem:”, seguindo-se uma lista de doenças. Em 2003, a pergunta passou para “Algum médico ou profissional de saúde disse que você tem”, seguindo-se a mesma lista de doenças. Esta maior especificidade da pergunta em 2003 pode explicar, em parte, a menor prevalência observada para algumas doenças (dados não apresentados). A frequência e a magnitude de associações estatisticamente significantes também reduziram em 2003, isso pode estar relacionado ao acesso diferenciado aos serviços de saúde dos homens segundo a inserção no mercado de trabalho.

Nos dois inquéritos, as informações foram obtidas por entrevista domiciliar com uso de informante próximo. Em relação às medidas objetivas de saúde, estudos de confiabilidade têm demonstrado uma boa concordância entre informações prestadas pelo próprio entrevistado ou por respondente próximo³⁷. No Canadá, prevalências obtidas por informante próximo foram muito similares àquelas obtidas com o próprio participante para condições como diabetes, câncer epilepsia, doença do coração e glaucoma³⁸. Entretanto, não identificamos estudos

similares realizados no Brasil. No presente estudo, a proporção de informante próximo foi mais elevada entre os homens inseridos no trabalho com e sem proteção social e jornada de 40 horas ou mais e o desemprego de longa duração. Assim, o uso do informante próximo foi igualmente importante entre os que se encontram entre as melhores e piores situações no mercado de trabalho. Se considerarmos que o uso do informante próximo teve uma distribuição não diferencial, é provável que as associações observadas estejam diluídas.

As fortes mudanças na natureza e significado do trabalho introduziram novas formas de segmentação da força de trabalho. A divisão tradicional entre empregados e desempregados é insuficiente para descrever a complexidade do mundo do trabalho moderno. Estudar a relação entre trabalho precário e saúde é uma questão recente em saúde pública³⁹ e diferentes abordagens conceituais têm sido utilizadas. Estas abordagens devem considerar os diferentes contextos sócio-econômicos de cada país. No Brasil, grande parte da força de trabalho se encontra às margens do sistema de seguridade social e dos direitos trabalhistas. Nosso estudo mostrou que esta marginalidade aliada à jornada de trabalho, o desemprego e tempo de desemprego caracterizam situações no mercado de trabalho heterogêneas tanto em relação às características sócio-demográficas, quanto ao adoecimento e uso de serviços de saúde. Estes resultados parecem ser fortemente influenciados pelo contexto macro-econômico e social. Compreender como este contexto pode modificar a relação entre a situação do indivíduo no mercado de trabalho e sua condição de saúde pode trazer novos elementos para essa reflexão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilkinson R, Marmot M, editores. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2003.
2. Ferrie J, Marmot M, Griffiths J, Ziglio E, editores. Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.
3. Benach J, Gimeno D, Benavidez FG, Martínez JM, Torné MM. Types of employment and health in the Europe Union. Changes from 1995 to 2000. *Eur J Public Health* 2004; 14:314-321.
4. Benach J, Amable M, Munttner C, Benavidez FG. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:405-406.
5. Bartley M, Sacker P, Clarke P. Employment status, employment conditions and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:501-506.
6. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:569-574.
7. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:761-767.
8. Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie J. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2003; 158:663-668.
9. Antunes R, Alves G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ Soc* 2004; 25:335-351.
10. Pochmann, M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em Perspectiva* 2004; 8(2):3-16.
11. Pochman, M. O trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Editora Contexto; 2000.

12. Ramos L, M Britto. O funcionamento do mercado de trabalho metropolitano brasileiro no período 1991-2002: tendências, fatos estilizados e mudanças estruturais. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; 2004.
13. Giatti L, Barreto SM. Saúde, Trabalho e Envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003;19:759-771.
14. Pearce N. Effect measures in prevalence studies. *Environmental Health Perspectives* 2004, 10:1047-1050.
15. Risto L, Erkki JP. *Practical Methods for Design and Anaysis of complex Surveys*. Nova York: John Wiley e Sons, 1996.
16. Wajnman S. Tendências prospectivas de crescimento da população economicamente ativa no Brasil. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 1997.
17. Pochmann M. Educação e trabalho: como desenvolver uma relação virtuosa? *Educ. Soc* 2004; 25:383-399.
18. Voss M, Nylén L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and Early Cause-Specific Mortality: A Study Based on the Swedish Twin Registry. *Am J Public Health*. 2004; 94:2155–2161.
19. Ferrie J, Shipley MJ, Stansfeld SA, Smith GD, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health; the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003; 57(4):637-46.
20. Hammarström A. Health consequences oh youth unemplyment. *Public Health* 1994; 108:403-412.
21. Bartley M, Plewis I. Accumulated labour disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics' Longitudinal Study. *Int J Epidemiol* 2002;31:336-341
22. International Labour Organization. International Labour Indicators. Key indicators of labour market. <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/index.htm> (accessed on august/2004).

23. Reine M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health*, 2004; 118:337-345.
24. Hammarström A, Janlert U. Do early unemployment and health status among young men and Women affect their chances of later employment? *Scand J Public Health*, 2000; 28:10-15.
25. Virtanen P, Liukkonen V, Kivimäki M, Koskenvuo M. Health inequality in the workforce: the labour market core-periphery structure. *Int J Epidemiol* 2003; 32:1015-21.
26. Grzywacz JG, Dooley D. “Good jobs”to “bad jobs”: replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc Sci Med* 2003; 56:1749-1760.
27. Dooley D. Unemployment, underemployment and mental health: conceptualizing employment status as a continuum. *Am J Community Psychology*, 2003; 32:9-20.
28. Ludemir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:485-489.
29. Stansfeld SA, Head J, Wardle J, Cattell V. Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:361-367.
30. Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med* 2003; 56:2059-2072
31. Benzeval M, Judge K. Income and health: the time dimension. *Soc Sci Med* 2001, 52:1371–1390.
32. Lynch J, Kaplan G, Shema SJ. Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning. *N Engl J Med* 1997, 337:1889-1895.
33. Carpenter LM. 1990. Health-Related Selection and Mortality in Employees of the United Kingdom Atomic Energy Authority, 1946-79 and the Atomic Weapons Establishment, 1951-82. Ph.D. Thesis, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

34. Checkoway H, Pearce N, Crawford-Brown DJ. 1989. *Research Methods in Occupational Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
35. Chandola T, Bartley M, Wiggins R, Schofield P. Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:56-62.
36. Singh-Manoux A, Clarke P, Marmot M. Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *Int J Epidemiol* 2002; 31:1192-1199.
37. Armstrong BK, White E, Saracci R. *Principles of Exposure Measurement in Epidemiology*. Monographs on Epidemiology and Biostatistics. Oxford: Oxford University Press; 1994.
38. Shields M: Proxy reporting in the National Population Health Survey. *Health Rep* 2000, 12:21-39
39. Benavides FG, Delclos GL. Flexible employment and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:719-720.

Tabela 1 - Distribuição proporcional da situação no mercado de trabalho de homens de 15 a 64 anos residentes em regiões metropolitanas brasileiras selecionadas nos anos de 1998 e 2003

	1998		2003	
	Proporção	IC (95%)	Proporção	IC (95%)
Trabalho com proteção social \geq 40 h	53,0	(52,0 – 54,0)	50,7	(50,0 – 51,5)
Trabalho com proteção social < 40 h	5,5	(5,1 – 6,0)	5,0	(4,7 – 5,3)
Trabalho sem proteção social \geq 40 h	23,9	(23,1 – 24,8)	25,1	(24,4 – 25,7)
Trabalho sem proteção social < 40 h	6,5	(6,1 – 6,9)	7,5	(7,1 – 7,8)
Desemprego	5,3	(4,9 – 5,7)	5,3	(4,9 – 5,6)
Desemprego longa duração	5,7	(5,4 – 6,0)	6,5	(6,1 – 6,8)

Tabela 2. Percentual de homens de 15 a 64 anos residentes em regiões metropolitanas selecionadas segundo a situação no mercado de trabalho e características sócio-demográficas, 1998 e 2003.

	1998						2003						1998 vs 2003
	Trabalho com proteção social		Trabalho sem proteção social		Desemprego		Trabalho com proteção social		Trabalho sem proteção social		Desemprego		
	≥ 40 h (n=16.202)	< 40 h (n=1.855)	≥ 40 h (n=7.962)	< 40 h (n=2.400)	Desemp. (n=1.739)	Longa duração (n=1.712)	≥ 40 h (n=15.911)	<40 h (n=1.748)	≥ 40 h (n=8.495)	< 40 h (n=2.858)	Desemp. (n=1.763)	Longa duração (n=2.133)	
Idade													p < 0,00001
15 - 24	18,6	20,4	26,0	37,4	39,6	58,8	18,1	19,0	23,6	35,8	34,9	58,4	
25 - 34	29,6	28,7	25,8	20,7	27,5	16,4	29,9	25,7	25,1	20,0	29,3	16,3	
35 - 44	28,7	27,0	24,4	17,2	19,3	11,2	27,5	27,4	24,1	18,1	19,6	10,7	
45 - 54	17,1	16,3	15,5	13,9	10,7	9,6	18,4	19,2	18,1	14,7	12,1	9,8	
55 - 64	6,1	7,6	8,2	10,8	3,0	4,2	6,2	8,7	9,1	11,6	4,2	4,9	
Mediana	35 (27-44)	35(26-44)	34 (24-44)	30 (20-44)	28 (21-38)	22 (18-34)	35 (27-44)	36(27-46)	35(25-45)	31(21-45)	29(22-40)	22(18-35)	
			p < 0,00001 ²						p < 0,00001 ²				
Escolaridade													p < 0,00001
0 - 3	11,7	6,1	22,3	19,2	16,1	14,1	8,1	6,2	18,8	17,1	13,5*	10,6	
3 - 7	28,1	16,9	39,4	34,7	39,4	35,7	21,7	13,7	33,4	28,5	31,3	24,9	
8 - 10	21,6	19,8	18,6	20,2	24,8	30,4	20,1	16,3	22,0	24,0	26,1	32,5	
11 - 14	26,5	33,6	15,2	18,2	17,8	17,2	36,6	40,6	21,3	23,4	25,1	28,6	
15 e mais	12,0	23,6	4,5	7,8	1,9	2,6	13,5	23,2	4,6	7,0	4,1	3,4	
Mediana	9 (6-12)	12 (9-15)	7 (5-10)	8 (5-12)	8 (5-11)	9(6-11)	12 (7-12)	12 (9-15)	8 (5-12)	9 (5-12)	9 (6-12)	9(7-12)	
			p < 0,00001 ²						p < 0,00001 ²				
Chefe													p=0,6723
Sim	68,2	61,8	61,0	48,6	43,0	21,6	67,8	64,9	62,6	49,3	48,1	22,5	
Não	31,8	38,2	39,0	51,4	57,0	78,4	32,2	35,1	37,4	50,7	51,9	77,5	
			p < 0,00001 ²						p < 0,00001 ²				
Raça/cor													p < 0,00001
Branco	62,8	68,4	53,4	55,0	50,7	53,0	61,1	63,6	52,2	51,9	46,7	48,0	
Preto	7,7	5,9	8,7	8,4	11,0	10,9	8,5	7,7	9,5	9,5	11,8	112,3	
Pardo	28,2	24,4	36,7	35,3	37,2	35,6	29,4	27,7	37,4	37,5	40,6	39,2	
Indígena	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	
Amarela	1,1	1,2	1,1	1,1	0,7	0,3	0,9	1,0	0,8	1,0	0,5	0,4	
			p < 0,00001 ²						p < 0,00001 ²				

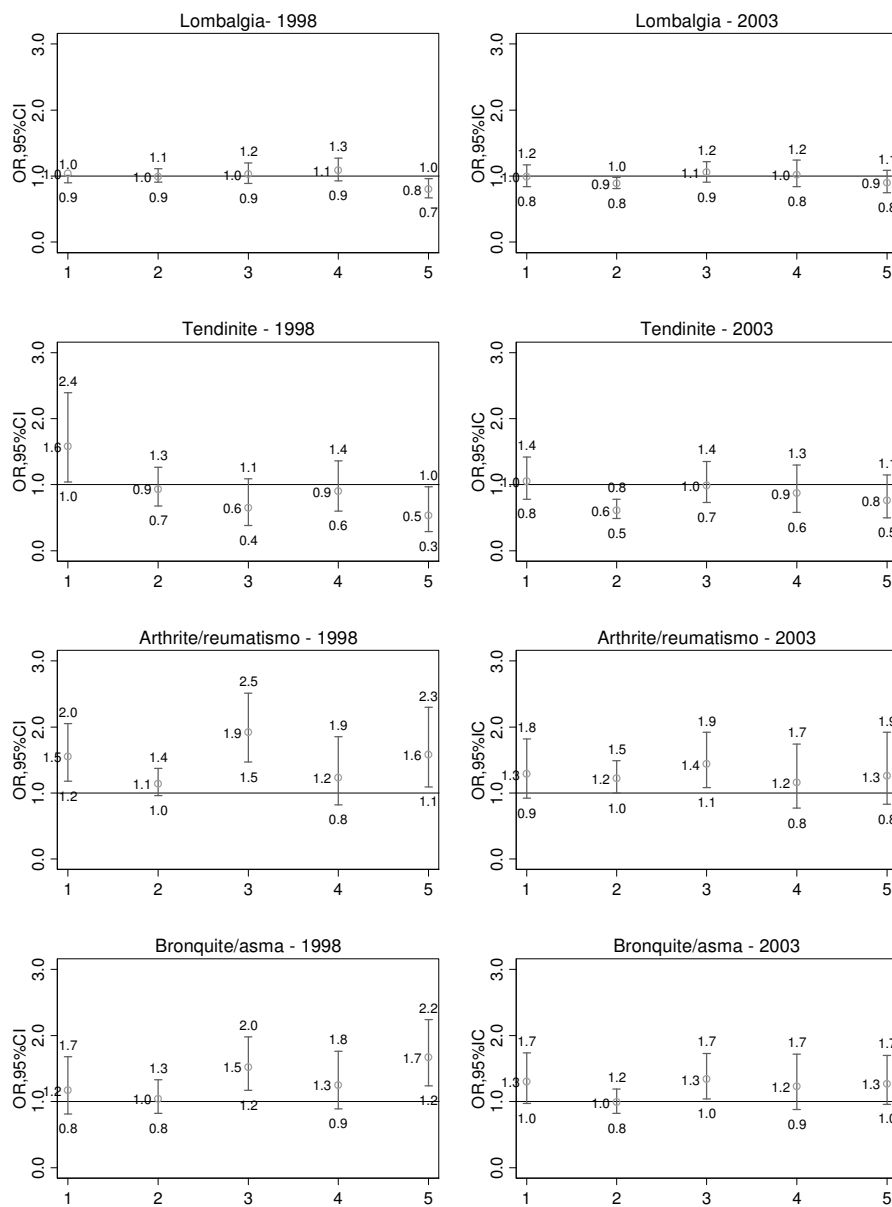
Continuação.....													
Renda³													
Trabalho principal	4,0 (2,4 - 7,7)	4,6 (2,3 - 8,5)	2,7 (1,5 - 4,6)	1,5 (0,6 - 3,1)	-	-	2,7 (1,7 - 5,0)	2,9 (1,7 - 5,4)	1,7 (1,0 - 2,9)	1,0 (0,4-1,9)	-	-	p<0,0001
			p<0,00001 ²						p<0,00001 ²				
Todos os trabalhos	4,1 (2,5 - 7,7)	4,6 (2,6- 10,0)	2,7 (1,5 - 4,6)	1,5 (0,6 - 3,5)	-	-	2,7 (1,7 - 5,0)	3,2 (1,8 - 6,3)	1,7 (1,0 - 2,9)	1,0 (0,4-2,1)	-	-	p<0,0001
			p<0,00001 ²						p<0,00001 ²				

¹ Qui-quadrado (95%) para significância da diferença entre os dois anos.

² Qui-quadrado (95%) para significância da diferença entre situação mercado de trabalho e demais variáveis em cada ano

³ Mediana e percentis 25 e 75.

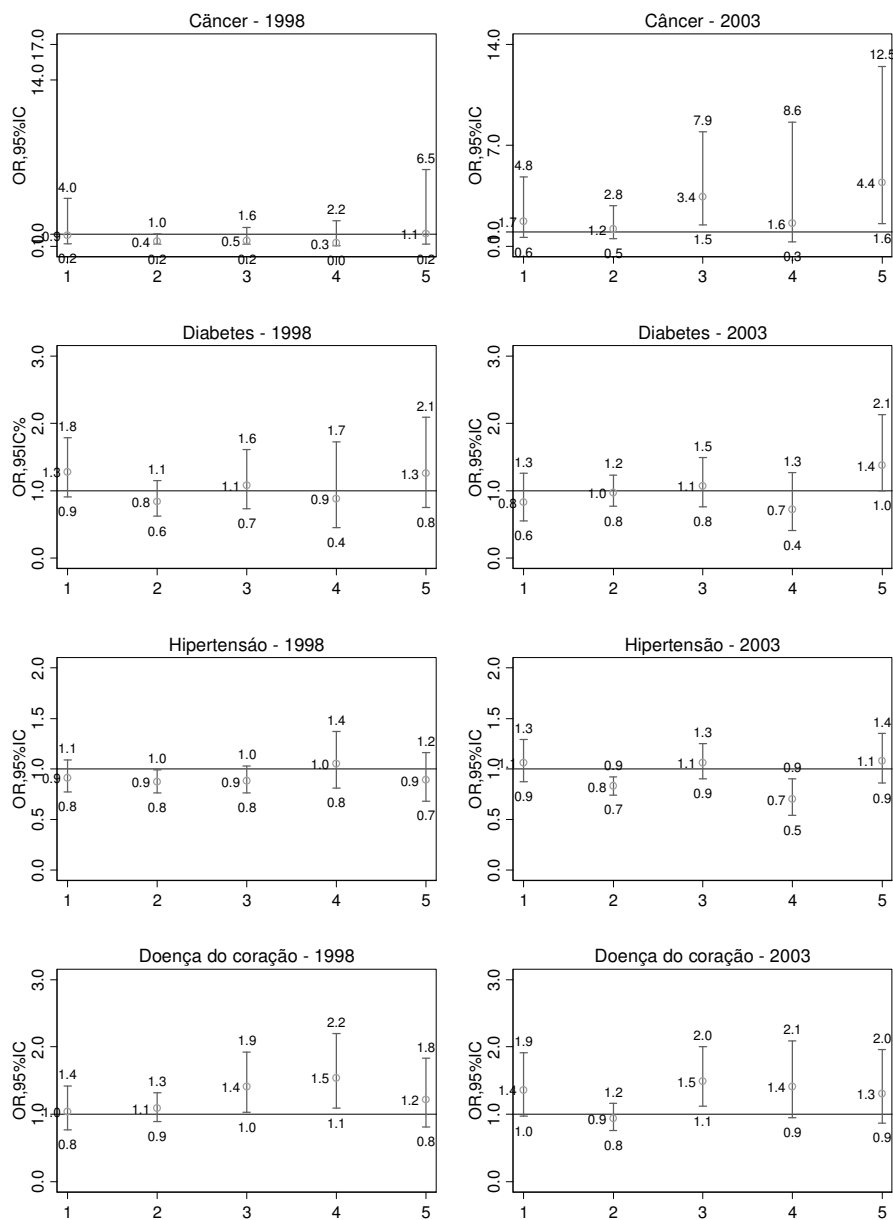
Figura 1 - Odds ratios e intervalo de confiança de 95% para indicadores de saúde por situação no mercado de trabalho, 1998 e 2003.
(Referencia: trabalho com proteção social e jornada de 40 ou mais horas)



OR(IC95%) ajustado por idade e escolaridade

1=trabalho com proteção social e jornada menor 40 horas; 2=trabalho sem proteção social e jornada 40 e mais horas
3=trabalho sem proteção social e jornada menor 40 horas; 4=desemprego de curta duração
5=desemprego de longa duração

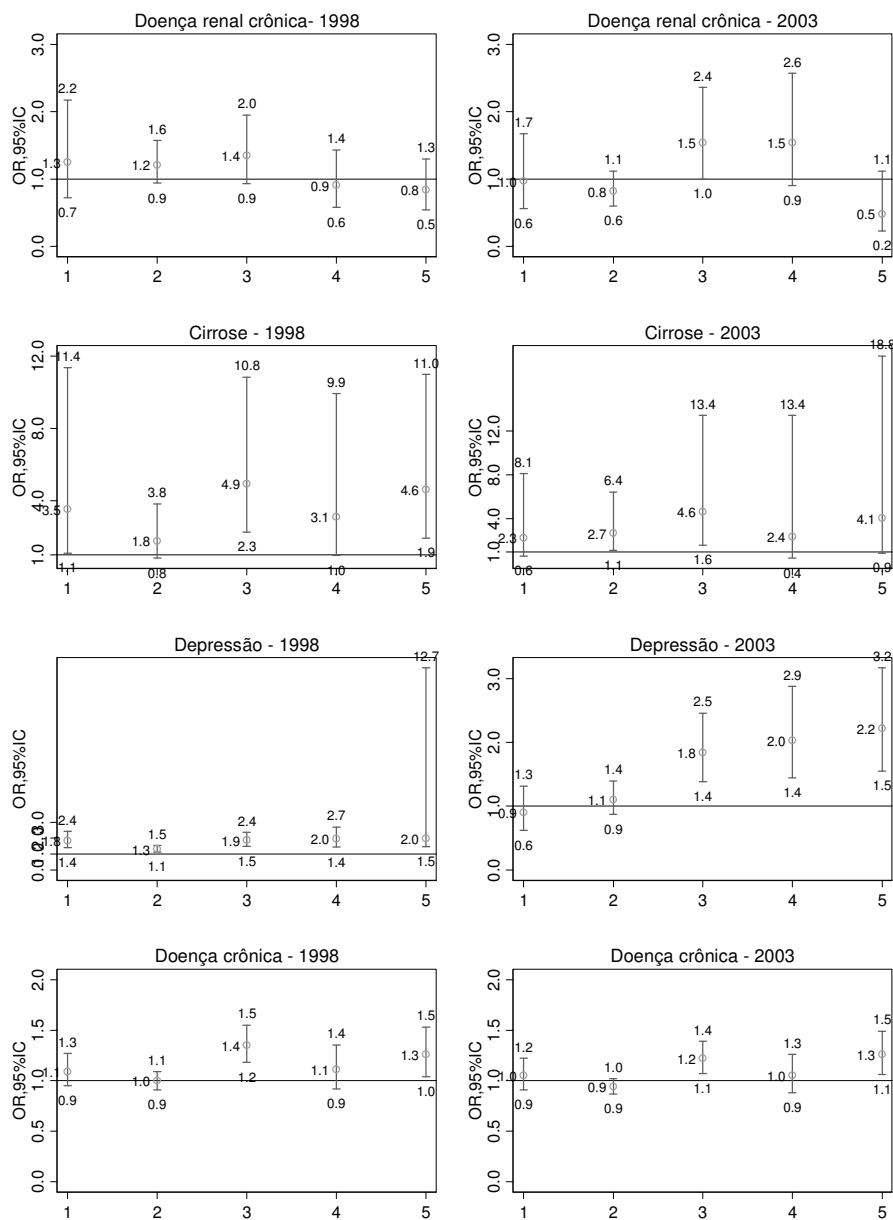
Figura 1 - continuidade
(Referencia: trabalho com proteção social e jornada de 40 ou mais horas)



OR(IC95%) ajustado por idade e escolaridade

1=trabalho com proteção social e jornada menor 40 horas; 2=trabalho sem proteção social e jornada 40 e mais horas; 3=trabalho sem proteção social e jornada menor 40 horas; 4=desemprego de curta duração; 5=desemprego de longa duração

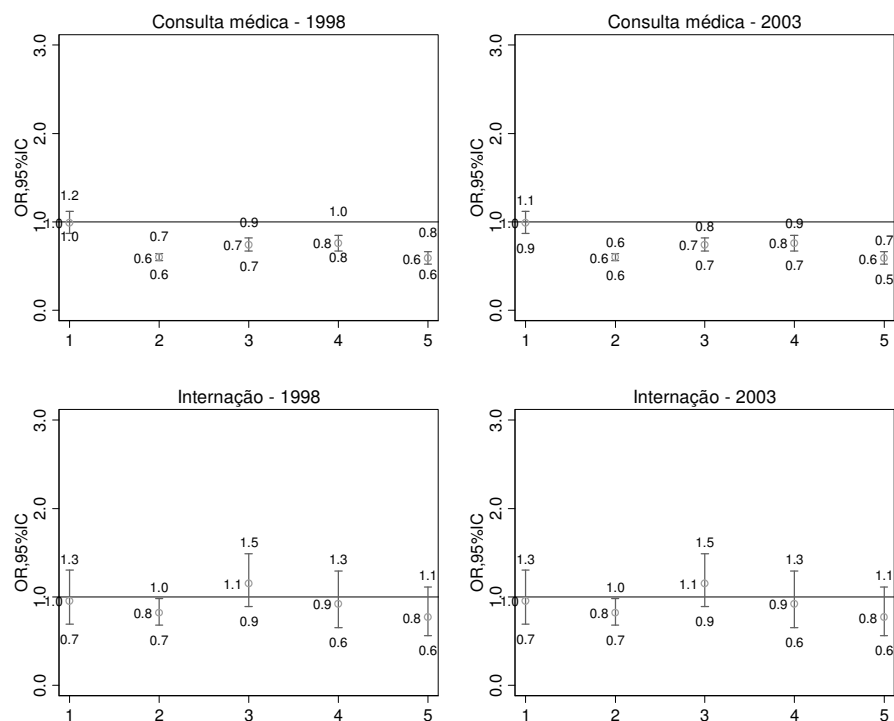
Figure 1 - continuidade
(Referencia: trabalho com proteção social e jornada de 40 ou mais horas)



OR(IC95%) ajustado por idade e escolaridade

1=trabalho com proteção social e jornada menor 40 horas; 2=trabalho sem proteção social e jornada 40 e mais horas; 3=trabalho sem proteção social e jornada menor 40 horas; 4=desemprego de curta duração; 5=desemprego de longa duração

Figura 2 - Odds ratios e intervalo de confiança de 95% para indicadores de utilização de serviços de saúde por situação no mercado de trabalho, 1998 e 2003.
(Referencia: trabalho com proteção social e jornada de 40 ou mais horas)



OR(IC95%) ajustado por idade e escolaridade e doença crônica

1=trabalho com proteção social e jornada menor 40 horas; 2=trabalho sem proteção social e jornada 40 e mais horas; 3=trabalho sem proteção social e jornada menor 40 horas; 4=desemprego de curta duração; 5=desemprego de longa duração

ARTIGO 2

Contexto domiciliar e avaliação do estado de saúde: efeito do desemprego e do trabalho sem proteção social.

Luana Giatti

Sandhi Maria Barreto

Cibele Comini César.

RESUMO

Objetivo: Este artigo investiga associação entre presença de moradores desempregados ou inseridos no trabalho sem proteção social no domicílio e pior avaliação do estado de saúde entre os que compartilham a mesma moradia.

Métodos: Foram estudados indivíduos com 15 anos e mais, residentes em oito regiões metropolitanas, que participaram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nos anos de 1998 (n=85.384) e 2003 (n=89.063) pelo IBGE. Foi realizada análise de regressão logística estimada por meio das equações de estimação generalizada (GEE).

Resultados: No nível individual, pior percepção da saúde foi positivamente associada ao sexo feminino, idades mais velhas, inserção no trabalho sem proteção social, desemprego e estar economicamente inativo e inversamente associado à escolaridade. Morar em domicílios em que havia pelo menos um morador inserido no trabalho sem proteção social ou desempregado esteve positivamente associado à pior avaliação do estado de saúde, independentemente dos fatores individuais e de outras características do domicílio (renda *per capita*, número de bens e ser comandado por uma mulher).

Conclusão: Estes resultados mostram que o contexto domiciliar, em especial presença de trabalho sem proteção social e desemprego, influencia a avaliação do estado de saúde dos moradores, independentemente dos fatores individuais. Estes reforçam a hipótese que situações adversas no mercado de trabalho e seu impacto sobre a saúde de indivíduos e famílias são relevantes na compreensão das desigualdades em saúde.

Palavras chave: trabalho precário, desemprego, domicílio, avaliação da própria saúde.

INTRODUÇÃO

A relação entre posição socioeconômica de indivíduos e de grupos e sua condição de saúde é, há muito, reconhecida e descrita em diferentes sociedades.¹ Grande parte do debate atual se dá em torno dos modelos explicativos, sobre como e porque as desigualdades sociais afetam a saúde. Nesta perspectiva, os estudos epidemiológicos vêm crescentemente considerando os múltiplos níveis de causalidade em saúde², incluindo entre estes os determinantes da saúde que atuam no nível agregado.

As características da vizinhança onde as pessoas vivem influenciam a saúde individual por diferentes mecanismos. O efeito do contexto socioeconômico da vizinhança sobre a saúde, embora modesto, parece consistente³. É possível que as características da moradia tenham um impacto mais acentuado sobre a saúde dos indivíduos do que o contexto da vizinhança^{4,5}. Algumas características materiais do domicílio, geralmente utilizadas como marcadores de posição socioeconômica,⁶ podem afetar diretamente a saúde, atuando como um ambiente de risco ou exposição para doenças específicas, como, por exemplo, número de moradores por quarto e o risco de doenças infecciosas ou a presença de fumantes e doenças respiratórias⁷. Mas, a relação entre condições de moradia e saúde é ainda mais complexa.

Em sua dimensão psicossocial, a moradia representa segurança, privacidade, controle e até mesmo pode ser um reflexo da própria identidade. É um refúgio no sentido social e psicossocial^{7,8}. A moradia em sua dimensão significativa e as relações estabelecidas dentro dela podem impactar o bem estar e a saúde, em especial a saúde mental e indicadores subjetivos de saúde.

O trabalho é uma das variáveis mais complexas e importantes em saúde, tanto ao nível contextual como individual. O crescimento do desemprego é certamente um dos problemas sociais mais agudos da atualidade. O desemprego é uma potente fonte de estresse com conseqüências sobre a saúde física e mental^{9,10}. Apesar da maioria dos estudos limitarem suas investigações aos efeitos do desemprego sobre a saúde individual dos desempregados, alguns estudos apontam que estes efeitos estendem-se aos indivíduos que compartilham a mesma moradia, em especial à esposa¹¹.

A globalização e a reestruturação produtiva, mudaram profundamente as condições de trabalho. Dentre estas mudanças, uma das mais significativas foi a flexibilização das relações de trabalho o que se traduziu em redução de direitos e garantias sociais e crescimento das formas precárias de trabalho com maior instabilidade e insegurança, menores salários e condições de trabalho mais adversas^{12,13}. Estudos recentes sugerem que o trabalho precário está associado à pior condição de saúde dos trabalhadores, em especial a saúde mental, e maior insatisfação com o trabalho^{14,15}. Não se sabe, entretanto, se a presença de moradores em situação de trabalho precário influencia a saúde das pessoas que vivem no mesmo domicílio.

Este artigo investiga se a presença de moradores desempregados ou inseridos no trabalho sem proteção social no domicílio está associada com pior avaliação do estado de saúde dos adultos que vivem no mesmo domicílio, independentemente das características do indivíduo e das condições materiais do domicílio. A avaliação do estado de saúde foi escolhida por ser considerada uma medida global da condição de saúde que influencia a percepção de bem estar, motivação para atividades cotidianas, sociais e o trabalho¹⁶ e também está associada a maior risco de internação e mortalidade.

MÉTODOS

Este estudo utiliza os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nos anos de 1998 e 2003 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNAD é realizada anualmente e investiga características demográficas, de escolaridade e trabalho e nestes dois anos também pesquisou diversos aspectos de saúde. A PNAD utiliza amostra probabilística complexa, obtida em três estágios¹⁷. São obtidas informações de todos os moradores do domicílio, nem sempre fornecidas pelo próprio participante. Tendo em vista nosso objetivo, foram estudados indivíduos com 15 anos e mais residentes nas regiões metropolitanas brasileiras de Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Como nosso objetivo foi investigar o efeito do trabalho sem proteção social e do desemprego no domicílio sobre a saúde de todos os moradores, aqueles que não co-habitavam com pelo menos um outro adulto foram excluídos dessa análise (3.218 em 1998 e 4.151 em 2003). A taxa de recusa entre os domicílios selecionados das regiões metropolitanas estudadas foi de 1,3% em 1998 e 1,1% em 2003. O número médio de participantes por domicílio foi 2,7 em 1998 e 2,5 em 2003.

Para avaliar a consistência das associações encontradas, as análises foram feitas para os dois anos em que a PNAD saúde foi realizada: 1998 e 2003.

Variáveis

A variável resposta do estudo foi a avaliação do estado de saúde. Ela foi obtida utilizando uma única pergunta e respondida por meio de uma escala com cinco opções (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim) agrupadas em duas categorias: boa (muito bom ou bom) e ruim (regular ou ruim ou muito ruim).

As características demográficas individuais incluídas no estudo foram sexo e idade agrupada em faixas etárias (15 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 e mais).

Os indicadores de posição socioeconômica do indivíduo estudados foram escolaridade e situação no mercado de trabalho. A escolaridade medida em anos completos de estudos foi agrupada nas seguintes categorias: 0 a 3, 4 a 7, 8 a 10, 11 a 14 e 15 anos ou mais completos de estudo. A situação no mercado de trabalho foi classificada em quatro categorias: trabalho com proteção social, trabalho sem proteção social, desemprego e economicamente inativos. Trabalho com proteção social corresponde ao trabalho com carteira assinada e/ou contribuição para previdência social. Trabalho sem proteção social é aquele sem carteira assinada e sem contribuição para previdência social. Desemprego corresponde à condição de indivíduos que não trabalhavam mas que haviam procurado trabalho na semana de referência. Um conjunto de perguntas, respondidas nas PNAD de 1998 e 2003, foi utilizado para a classificação da situação no mercado de trabalho: condição de ocupação na semana de referência (ocupado ou não), carteira de trabalho assinada no trabalho atual (sim ou não), contribuição previdenciária (sim ou não). A categoria economicamente inativo incluiu os demais residentes do domicílio, por exemplo, estudantes, donas de casa e aposentados. Indivíduos que estavam temporariamente afastados do trabalho por férias ou licença foram considerados como ocupados.

Para mensurar a posição socioeconômica do domicílio foram considerados vários indicadores. A situação no mercado de trabalho do conjunto de moradores do domicílio foi estudada por meio de duas variáveis: o número de trabalhadores inseridos no trabalho sem proteção social em cada domicílio (variação de zero a oito em 1998 e zero a sete em 2003) e o número de

desempregados do domicílio (variação de zero a sete em 1998 e zero a seis em 2003). As demais variáveis foram responsáveis pelo domicílio do sexo feminino (sim ou não) e a renda domiciliar *per capita*, que ajusta a renda domiciliar pelo número de moradores do domicílio, agrupada em quintis. Para mensurar as condições de conforto dentro do domicílio, foi construído um índice de bens do domicílio que variou de 0 até 1 e foi calculado da seguinte forma:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i$$

em que i representou o número de bens mensurados em cada ano do estudo, f_i foi o peso atribuído à presença de cada bem no domicílio e correspondeu ao complemento da frequência relativa de cada bem na amostra de domicílios estudada e b_i foi zero ou um conforme a ausência ou presença do bem no domicílio¹⁸. Os bens do domicílio estudados em 1998 foram: telefone fixo, fogão de duas bocas ou mais, rádio, televisão colorida, geladeira, máquina de lavar roupa e freezer. Em 2003, foram os seguintes: telefone fixo, telefone celular, fogão de duas bocas ou mais, rádio, televisão colorida, geladeira, máquina de lavar roupa, freezer, computador e acesso a internet. Incluímos, ainda, as variáveis número de moradores por quarto (variável contínua) e condição ambiental do domicílio que é um índice composto pelas seguintes características: presença de água encanada dentro de casa proveniente de rede geral de distribuição, coleta diária de lixo e presença de rede de esgoto sanitário e variou de zero até três, conforme presença ou ausência de cada um dos componentes.

Análise:

Foi realizada a análise descritiva da avaliação do próprio estado de saúde segundo sexo e idade e indicadores de posição socioeconômica do indivíduo e do domicílio, separadamente para cada ano. Para apresentar a análise descritiva (Tabela 1), o número de trabalhadores sem proteção social, número de desempregados, índice de bens e o número de moradores por quarto foram categorizados segundo o valor da mediana. Foram utilizados pesos normalizados para corrigir as diferentes probabilidades de seleção dos indivíduos¹⁹. Foi realizada análise univariada para estimar a associação entre cada indicador de posição socioeconômica individual e de domicílio e a avaliação da saúde. As variáveis que apresentaram valor $p \leq 0,20$ foram incluídas nos modelos subsequentes. Primeiramente, examinamos a associação entre

percepção de saúde e indicadores de posição socioeconômica do indivíduo, ajustados por sexo e idade (Modelo 1). A idade foi utilizada como variável contínua. Em seguida, foram acrescentados ao modelo os indicadores de posição socioeconômica do domicílio: número de trabalhadores sem proteção social e número de desempregados (Modelo 2), renda domiciliar *per capita* e índice de bens (Modelo 3) e condições ambientais de moradia, número de morador por quarto e responsável pelo domicílio do sexo feminino (Modelo 4). Estas análises foram realizadas utilizando regressão logística múltipla para obtenção do *Odds Ratio* e seu intervalo de confiança de 95%. O nível de significância estatística foi de 0,05. Utilizou-se na análise as equações de estimação generalizada (GEE) que consideram a correlação entre indivíduos dentro do domicílio e modelam a resposta média populacional como uma função das covariáveis, sem levar em conta explicitamente a heterogeneidade de indivíduo para indivíduo^{20,213}.

A multicolinearidade entre as covariáveis do domicílio foi avaliada utilizando o fator de inflação da variância e o número de condição juntamente com a decomposição da proporção da variância²². Não foi verificada multicolinearidade entre estas variáveis.

Para a execução das análises utilizamos o programa STATA versão 9.2 (Stata Corp, College Station, Texas).

RESULTADOS

Em 1998, 85.384 indivíduos foram incluídos no estudo e em 2003, 89.063. Nos dois anos, o sexo feminino representou 53,2% e 53,5% dos participantes em 1998 e 2003, respectivamente. A mediana da idade foi 37,1 (37.0-37,2) anos no primeiro ano estudado e 37.9 (37.8-38.3) anos no segundo. O percentual de indivíduos que apresentava pior avaliação do estado de saúde correspondeu a 22,6% dos participantes em 1998 e 21,3%, em 2003. Nos dois anos, 35,3% e 34,4% eram trabalhadores formais e 34,9% e 34,0% economicamente inativos. A proporção de trabalhadores sem proteção social e de desempregados passou de 21,1% para 22,3% e de 8,6% para 9,3%, respectivamente. O número médio de desempregados por domicílio foi 0.32 (0.32-0.33) em 1998 e 0.33 (0.32-0.33) em 2003 e de trabalhadores informais foi de 0.72 (0.71-0.73) in 1998 e 0.72 (0.71-0.73) em 2003. A frequência de pior avaliação do estado de saúde foi maior entre as mulheres e cresceu com a idade em ambos os sexos (dados não mostrados).

A Tabela 1 apresenta a distribuição da avaliação do estado de saúde como ruim segundo as características socioeconômicas individuais e do domicílio. No nível individual, observa-se que a frequência de pior avaliação de saúde diminuiu com o aumento da escolaridade e foi mais elevada entre os desempregados, os trabalhadores sem proteção social e as pessoas economicamente inativas, nos dois anos. Considerando as características dos domicílios, verifica-se que a frequência de pior avaliação da saúde aumentou com o número de desempregados ou de trabalhadores sem proteção social no domicílio e com fato do responsável pelo domicílio ser do sexo feminino. O percentual de indivíduos que relatou pior percepção da saúde diminuiu com o incremento da renda domiciliar *per capita*, dos bens disponíveis no domicílio e com a melhoria da condição ambiental.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados dos modelos de regressão logística relativos ao ano de 1998, tendo como evento pior avaliação do estado de saúde. No Modelo 1, são mostradas as associações entre as variáveis do nível individual e a avaliação geral da saúde. Pior percepção da saúde foi positivamente associada ao sexo feminino, à idade, à inserção no trabalho sem proteção social, ao desemprego e estar economicamente inativo. Houve um gradiente inverso na associação entre anos completos de estudo e pior percepção da saúde. No Modelo 2, observa-se uma pequena redução na magnitude da associação entre a avaliação da saúde inserção no trabalho proteção social e desemprego. Observa-se também, que a pior percepção da saúde aumentou diretamente com o número de trabalhadores sem proteção social e de desempregados no domicílio. No Modelo 3, acrescentou-se a renda domiciliar *per capita* e o índice de bens. Houve um gradiente inverso na associação entre a pior percepção da saúde e a renda domiciliar *per capita*, ocorrendo o mesmo com o índice de bens. Todas as associações verificadas nos modelos anteriores foram mantidas, embora a magnitude da associação com a escolaridade tenha sido reduzida. No último modelo, foram acrescentadas as variáveis: condição ambiental de moradia, número de moradores por quarto e responsável pelo domicílio do sexo feminino, que apresentaram associações positivas com pior avaliação da saúde (Modelo 4).

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises relativas ao ano de 2003, que foram, de maneira geral, semelhantes aos de 1998, exceto pelo fato do desemprego no nível individual não ter permanecido associado à avaliação de saúde após a inclusão das variáveis renda domiciliar *per capita* e índice de bens. Porém, residir em domicílios onde pelo menos um morador estivesse desempregado ou inserido no trabalho sem proteção social esteve

positivamente associado à pior avaliação da saúde. Diferentemente de 1998, viver em domicílios cujo responsável era do sexo feminino não esteve associado à pior percepção da saúde, assim como as condições ambientais do domicílio.

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou consistentes associações entre a avaliação da saúde e indicadores de posição socioeconômica do indivíduo e também do domicílio. Morar em domicílio que tinha pelo menos um morador desempregado ou inserido no trabalho sem proteção social esteve associado à pior avaliação da própria saúde independentemente da situação individual no mercado de trabalho e de outras variáveis individuais ou domiciliares.

Apesar dos resultados revelarem aspectos relevantes da relação trabalho e saúde, o delineamento transversal do estudo não permite estabelecer relação temporal entre situação no mercado de trabalho e avaliação da saúde. Não há informações sobre condição anterior de saúde para ajustar as análises feitas e dessa forma evitar confusão na associação entre trabalho sem proteção e desemprego no domicílio e avaliação de saúde. A possibilidade que o desemprego tenha sido influenciado pela pior condição de saúde e que esta tenha influenciado a avaliação de saúde não pode ser descartada.

Uma pior percepção da própria saúde está relacionada com fatores comportamentais de risco, maior probabilidade de morte, maior morbidade e uso de serviços de saúde, mesmo após ajustamento por idade, sexo, características socioeconômicas e medidas objetivas de saúde^{23,24,25}. Uma limitação da metodologia adotada na PNAD consiste no fato da entrevista nem sempre ser respondida pela própria pessoa, podendo ser respondida por um informante próximo. Ao realizarmos análises estratificadas segundo resposta ao questionário pelo próprio participante ou informante próximo, não identificamos mudança na direção das associações apresentadas (ANEXO B). Assim foram mantidas as análises globais. Estudo baseado na Pesquisa Mundial de Saúde realizada no Brasil em 2003, que entrevistou diretamente cada participante do inquérito, identificou resultados similares ao observado no presente estudo. A auto-avaliação da saúde foi pior entre as mulheres, os mais idosos, entre os que apresentavam escolaridade mais baixa e com maior privação material, medida pelos bens materiais disponíveis no domicílio, e também em homens inseridos em ocupações menos qualificadas e desempregados¹⁸.

Com a finalidade de avaliar simultaneamente a variação da avaliação de saúde no nível individual e no domicílio e a interação dentro de cada nível e entre eles, foram avaliadas as modelagens multinível para a condução deste estudo²⁶. Os modelos multiníveis não foram utilizados porque não houve convergência devido o pequeno número de indivíduos dentro de cada domicílio. Os modelos marginais utilizados produzem estimativas robustas do efeito das covariáveis sobre a resposta média populacional sem levar em conta a heterogeneidade de indivíduo para indivíduo. Os coeficientes da regressão são interpretados para a população como um todo e em geral subestimam o efeito do indivíduo. No entanto, estes modelos são especialmente adequados para orientar ações de saúde pública²⁷.

O trabalho, além de fonte de recursos financeiros e materiais essenciais para garantia da vida e da saúde, exerce papel social central na vida adulta²⁸. O ambiente de trabalho constitui uma importante rede de relações e suporte social que influencia a saúde⁹. Em geral, a perda do emprego tem repercussões profundas na vida dos indivíduos, podendo afetar a saúde^{29,30} e relações familiares. Da mesma forma, o trabalho precário é uma situação de vulnerabilidade social caracterizada pela instabilidade resultante da falta de controle e incertezas com relação ao futuro. A experiência de instabilidade é considerada um aspecto do ambiente psicossocial do trabalho com repercussões sobre a saúde^{12,31,32}. O trabalho sem proteção social é uma situação de desvantagem social¹⁴. É possível que tanto a maior privação de recursos quanto a instabilidade e a insegurança expliquem, ao menos em parte, porque indivíduos inseridos no trabalho sem proteção social apresentam pior avaliação da saúde do que os inseridos no trabalho com proteção social.

Os resultados do presente trabalho sugerem que as adversidades da situação de desemprego ou do trabalho sem proteção social também afetam a saúde dos demais indivíduos que compartilham o mesmo domicílio. A presença de trabalhador inserido no trabalho sem proteção social ou desempregado no domicílio provavelmente atua sobre a saúde dos demais moradores pelos mesmos caminhos que afeta o individual. Estas condições têm impacto sobre os recursos materiais do domicílio, afetando o acesso à alimentação, serviços e atividades sociais que influenciam direta ou indiretamente a saúde. Uma vez que as associações observadas foram independentes da renda domiciliar *per capita*, do índice de bens e de outras características do domicílio é provável que a presença de desempregado ou trabalhador sem proteção social influenciem também a dimensão psicossocial dos que compartilham a moradia, afetando desta forma a percepção de saúde dos moradores. Essas condições podem

causar estresse e conflito, e abalar a percepção de controle e estabilidade e a saúde dos que compartilham o mesmo lar.

Em 2003, o desemprego no domicílio permaneceu associado à avaliação de saúde, embora essa associação não tenha sido mantida no nível individual. Este resultado é bastante intrigante e pode refletir a exclusão do mercado de trabalho das pessoas mais vulneráveis, uma vez que a taxa de desemprego foi mais elevada nesse ano. Aqueles mais vulneráveis do ponto de vista da saúde podem deixar de procurar por trabalho e os que permanecem ativos no mercado podem ser mais saudáveis³³. Entretanto, não podemos verificar essa hipótese, que poderia ser explorada comparando as características de saúde dos ocupados e desempregados em períodos de baixas e altas taxas de desemprego.

Estudos que investigaram a influência da presença de desempregados e de trabalhadores inseridos no trabalho precário sobre a saúde dos demais moradores do domicílio são escassos. Na Espanha, Artacoz e colaboradores¹⁵ investigaram o impacto do trabalho flexível e situação conjugal e familiar. Trabalhar nestas condições parece aumentar a possibilidade de permanecer solteiro e diminuir a chance de ter filhos entre os casados. Chandola e colaboradores³⁴ estudando uma coorte da população inglesa, observaram que a classe social baseada na ocupação do indivíduo foi o mais importante fator associado à pior percepção da saúde da população economicamente ativa. Por outro lado, o indicador de vantagens sociais de domicílio mensurado pela escala de Cambridge influenciou significativamente apenas a percepção da saúde da população economicamente inativa. Embora não tenha estudado a influência do desemprego ou trabalho precário no domicílio, Sacker e colaboradores⁵, em um estudo de painel, identificaram que características da moradia, como possuir automóvel, morar em casa própria e ter mais de um morador por quarto, afetaram a percepção de saúde dos indivíduos nos três anos investigados. Já o desemprego medido no nível individual esteve associado a pior percepção de saúde em apenas um dos três anos estudados. No presente trabalho, a presença de desempregado no domicílio permaneceu associada à avaliação de saúde nos dois anos estudados.

Embora as condições materiais do domicílio sejam importantes determinantes da saúde, neste estudo foram considerados potenciais fatores de confusão entre a avaliação de saúde e situação no mercado de trabalho dos moradores. Menor renda domiciliar *per capita* esteve

fortemente associada à pior avaliação da saúde. Os bens materiais acrescentam outra dimensão na relação entre saúde e condições econômicas, pois são mais estáveis do que a renda que pode variar em pequenos intervalos. No presente trabalho, os bens materiais disponíveis na moradia contribuíram para a avaliação da saúde nos dois anos estudados.

A influência do ambiente físico do domicílio sobre a saúde é o mais estudado^{8,35}. Entretanto, número de moradores por quarto e as condições ambientais, que expressam de forma restrita a infra-estrutura da vizinhança, somente estiveram associados à avaliação de saúde nessa análise em 1998. É possível que as condições ambientais sejam mais importantes para outros eventos de saúde, como violência e doenças infecciosas^{35,36}.

A principal contribuição do nosso estudo foi identificar que a presença de desemprego, e também de trabalho sem proteção social, no domicílio esteve negativamente relacionada com a percepção de saúde. Estas circunstâncias podem tornar os indivíduos que vivem na mesma moradia mais vulneráveis do ponto de vista da saúde devido a sua influência sobre as condições materiais e o ambiente psicossocial. Além disto, a persistência de efeitos independentes de indicadores de posição socioeconômica do domicílio sobre a saúde reafirma a importância da moradia para a produção social da saúde³⁷. Como as situações adversas de trabalho são cada vez mais frequentes na sociedade moderna, particularmente o trabalho desprotegido, elas constituem um importante tema para a pesquisa em saúde pública e para intervenções por meio de políticas públicas que visem melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan GA. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiol Rev* 2004;26:124-135.
2. Susser E. Commentary. Eco-epidemiology: thinking outside the black box. *Epidemiology* 2004;15:519-520.
3. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111-122.
4. Chandola T, Clarke P, Wiggins RD, et al. Who you live with and where you live: setting the context for health using multiple membership multilevel models. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:170-175.
5. Sacker A, Willings RD, Bartley M. Time and place: putting individual health into context. A multilevel analysis of British household panel survey, 1991-2001. *Health and Place* 2006;12:279-290.
6. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60:7-12.
7. Sheuya S, Howden-Chapman P. The design of housing and shelter programs: the social and environment determinants of inequalities. *J Urban Health* 2007;84:98-108.
8. Shaw M. Housing and Public Health. *Annu Rev. Public Health* 2004;25:397-418.
9. Broom DH, D'Souza RM, Strazdins L, et al. The lesser evil: Bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Soc Sci Medicine* 2006;63:575-586.
10. Grzywacz JG, Dooley D. "Good jobs" to "bad jobs": replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc Sci Medicine* 2003;56:1749-1760.
11. Rook K, Dooley D, Catalano R. Stress transmission: the effects of husbands's job stressors on the emotional health of their wives. *J Marriage Fam* 1991;53:165-77.

12. Benach J, Amable M, Munttaner C, et al. The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:405-406.
13. Avila A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc Saúde Colet* 2003;8(4):1005-1018.
14. Giatti L, Barreto SM, César CC. Social protection at work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. (*Reports on Public Health, in press*)
15. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:761-767.
16. Pikhart S, Bobak M, Siegrist J, et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:624-630.
17. Giatti L, Barreto SM. Saúde, Trabalho e Envelhecimento no Brasil. (*Reports on Public Health*) 2003;19:759-771.
18. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, et al. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. (*Reports on Public Health*) 2005;21:54-64.
19. Brogan DJ. Pitfalls of using standard statistical software packages for sample survey data. Available at: http://www.rti.org/sudaan/pdf_files/brogan.pdf . Accessed December 23, 2007.
20. Hanley J, Negassa A, Edwardes MDB, et al. Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation. *Am J Epidemiol* 2003;157:364-75.
21. Liang KY, Zeger LS. Regression analysis for correlated data. *Annu Rev Pub Health* 1993;14:43-68.
22. Sen A & Srivastva M. Regression Analysis, Theory, Methods and Applications. New York, Springer-Velag, 1994).
23. Singh-Manoux A, Gueguen A, Martikainen P, et al. Self-Rated Health and Mortality: Short- and Long-Term Associations in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:138-43.

24. Haddock CK, Poston WSC, Pyle SA, et al. The validity of self-rated health as a measure of health status among young military personnel: evidence from a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006;4:57 doi:10.1186/1477-7525-4-57.
25. S Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, et al. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:138–143 (2007).
26. Diez-Roux AV. Multilevel Analysis in Public Health Research. *Ann Rev Public Health* 2000;21:171-92.
27. Drum M, McCullagh P. Comment. *Statistical Science* 1993;8:300-301.
28. Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 2000;51:1283-1293.
29. Preti A. Unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:557-558.
30. Voss M, Nylén L, Flodeurs B, et al. Unemployment and early cause-specific mortality: a study base on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 2004;94:2155-2161.
31. Quilan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *Int J Health Services* 2001;31:335-414.
32. Ferrie J, Marmot M, Griffiths J, Ziglio E, editores. Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.
33. Bartley M, Plewis I. Accumulated labour disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics' Longitudinal Study. *Int J Epidemiol* 2002;31:336-341
34. Chandola T, Bartley M, Wiggins R, et al. Social inequalities in health by individual and household measures of social position in a cohort of healthy people. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:56-62.

35. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health* 2002;92(5):758-68.
36. Valent F, Little D, Bertollini R, et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 2004;363:2032–2039.

37. Dunn JR. Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:671-681.

Tabela 1 – Distribuição da avaliação do estado de saúde de acordo com as características do indivíduo e do domicílio em indivíduos com 15 anos e mais de idades residentes em oito regiões metropolitanas brasileiras, 1998 e 2003.

	1998			2003		
	Avaliação do estado de saúde ¹			Avaliação do estado de saúde ¹		
	N	Boa (%)	Ruim (%)	N	Boa (%)	Ruim (%)
Características do indivíduo						
Escolaridade (anos de estudo)						
0-3	16.383	57,3	42,7	14.259	56,8	43,2
4-7	27.935	75,0	25,0	24.073	72,8	27,2
8-10	17.128	84,0	16,0	18.376	84,7	15,3
11 e mais	23.444	87,9	12,1	31.685	88,2	11,8
Sem informação	494			670		
Situação no mercado de trabalho						
Trabalho proteção social	29.243	87,9	12,1	29.424	86,3	13,7
Trabalho sem proteção social	19.265	84,0	16,0	21.025	78,7	21,3
Desemprego	7.270	75,0	25,0	8.385	82,6	17,4
Economicamente inativo	29.568	57,3	42,7	30.221	69,9	30,1
Sem informação	38			8		
Características do domicílio						
Desempregado						
< Valor da mediana	42.769	78,1	21,9	44.014	79,1	20,9
≥ Valor da mediana	42.615	76,7	23,3	45.049	78,2	21,8
Trabalhador sem proteção social						
< Valor da mediana	64.913	77,9	22,2	66.956	79,0	21,0
≥ Valor da mediana	20.471	76,2	23,8	22.107	77,6	22,4
Renda domiciliar <i>per capita</i> (quartil)						
1 (menor)	17.210	70,6	29,4	18.545	73,6	26,5
2	17.162	73,4	26,7	19.118	74,2	25,8
3	16.542	77,2	22,8	16.474	77,4	22,6
4	15.865	78,9	21,1	16.983	80,8	19,2
5 (maior)	14.211	85,0	15,0	14.750	86,5	13,5
Sem informação	4.394			3.193		
Índice de bens						
< Valor da mediana	4.345	74,4	25,6	43.585	74,3	25,7
≥ Valor da mediana	4.987	80,3	19,7	45.405	82,0	18,0
Sem informação	52			73		
Condição ambiental (água, lixo, esgoto)						
0 (nenhuma condição)	3.834	74,1	25,9	2.536	72,4	27,7
1	10.923	74,4	25,6	9.200	74,9	25,1
2	33.913	76,4	23,6	34.033	77,8	22,2
3 (todas as condições)	36.714	78,8	21,2	43.294	79,9	20,1
Número de moradores por quarto						
< Valor da mediana	58.049	77,0	23,0	64.719	78,5	21,5
≥ Valor da mediana	27.335	78,3	21,7	24.344	79,2	20,8
Responsável pelo domicílio						
Homem	58.049	78,8	21,2	64.719	79,5	20,5
Mulher	27.335	73,2	26,8	24.344	76,3	23,7
Total	85.384	77,4	22,6	89.063	78,7	21,3

Todas as comparações entre avaliação da saúde boa e ruim nos dois anos foram significantes ao nível de $p < 0,01$, exceto para o número de moradores por quarto em 2003.

¹ Avaliação do estado de saúde foi obtida por meio de uma única pergunta com cinco opções de resposta, agrupadas em boa (muito bom ou bom) e ruim (regular ou ruim ou muito ruim).

Tabela 2 - Odds ratios e intervalo de confiança de 95% da avaliação do estado de saúde de acordo com características do indivíduo e do domicílio em indivíduos com 15 anos e mais de idade residentes em oito regiões metropolitanas brasileiras, 1998.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características do indivíduo								
Sexo								
Homem (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Mulher	1,34	1,30-1,39	1,34	1,30-1,38	1,35	1,30-1,39	1,33	1,28-1,37
Idade (contínua)								
	1,04	1,04-1,05	1,05	1,04-1,05	1,05	1,05-1,05	1,05	1,05-1,05
Escolaridade (anos de estudo)								
0-3	2,80	2,65-2,96	2,70	2,56-2,86	1,84	1,72-1,970	1,85	1,73-1,97
4-7	1,89	1,80-1,99	1,85	1,75-1,94	1,40	1,32-1,48	1,40	1,32-1,49
8-10	1,44	1,36-1,52	1,42	1,35-1,50	1,21	1,14-1,28	1,21	1,14-1,29
11e mais (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Situação no mercado de trabalho								
Trabalho proteção social (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Trabalho sem proteção social	1,20	1,15-1,26	1,11	1,05-1,17	1,09	1,03-1,15	1,08	1,03-1,14
Desemprego	1,32	1,23-1,41	1,18	1,10-1,26	1,13	1,05-1,21	1,12	1,04-1,20
Economicamente inativo	1,40	1,35-1,47	1,41	1,35-1,47	1,40	1,33-1,46	1,41	1,34-1,47
Características do domicílio								
Número de trabalhadores sem proteção social			1,11	1,09-1,14	1,10	1,06-1,12	1,09	1,06-1,12
Número de desempregado			1,18	1,14-1,23	1,08	1,04-1,13	1,08	1,04-1,13
Renda domiciliar <i>per capita</i> (quartil)								
1 (menor)					2,29	2,08-2,53	2,32	2,10-2,57
2					1,93	1,76-2,121	1,95	1,76-2,14
3					1,64	1,50-1,79	1,66	1,51-1,81
4					1,48	1,36-1,61	1,49	1,37-1,62
5 (maior) (Ref)					1,00		1,00	
Índice de bens					0,84	0,80-0,87	0,84	0,81-0,88
Condição ambiental							0,96	0,93-0,99
Número de moradores por quarto							0,96	0,94-0,98
Responsável pelo domicílio								
Homem (Ref)							1,00	
Mulher							1,17	1,12-1,24

Modelo 1: examina a associação entre avaliação do estado de saúde e situação no mercado de trabalho ajustada por sexo, idade e escolaridade; Modelo 2: acrescenta as variáveis número de trabalhadores sem proteção social e número de desempregados no domicílio ao Modelo 1; Modelo 3: acrescenta renda domiciliar *per capita* e índice de bens ao Modelo 2; Modelo 4: acrescenta condição ambiental do domicílio, número de moradores por quarto e responsável pelo domicílio do sexo feminino ao Modelo 3.

Tabela 3 - Odds ratios e intervalo de confiança de 95% da avaliação do estado de saúde de acordo com características do indivíduo e do domicílio em indivíduos com 15 anos e mais de idade residentes em oito regiões metropolitanas brasileiras, 2003.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Características do indivíduo								
Sexo								
Homem (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Mulher	1,21	1,17-1,26	1,21	1,17-1,26	1,22	1,17-1,27	1,21	1,17-1,26
Idade (contínua)								
	1,04	1,04-1,04	1,04	1,04-1,04	1,05	1,05-1,05	1,05	1,04 1,05
Escolaridade (anos de estudo)								
0-3	2,74	2,57-2,92	2,65	2,40-2,83	1,81	1,68-1,95	1,82	1,69-1,95
4-7	1,98	1,87-2,09	1,93	1,83-2,04	1,48	1,39-1,57	1,48	1,39-1,58
8-10	1,40	1,32-1,49	1,38	1,30-1,47	1,17	1,10-1,25	1,18	1,10-1,26
11e mais (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Situação no mercado de trabalho								
Trabalho proteção social (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Trabalho sem proteção social	1,22	1,15-1,29	1,15	1,08-1,22	1,11	1,04-1,18	1,10	1,03-1,17
Desemprego	1,30	1,20-1,41	1,14	1,05-1,24	1,08	0,99-1,17	1,07	0,98-1,16
Economicamente inativo	1,40	1,34-1,48	1,41	1,34-1,48	1,39	1,32-1,46	1,39	1,32-1,46
Características do domicílio								
Número de trabalhadores sem proteção social			1,08	1,05-1,11	1,06	1,02-1,09	1,06	1,03-1,10
Número de desempregado			1,21	1,16-1,26	1,10	1,05-1,15	1,10	1,05-1,15
Renda domiciliar <i>per capita</i> (quartil)								
1 (menor)					2,09	1,86-2,35	2,16	1,92-2,43
2					1,96	1,76-2,18	2,00	1,79-2,22
3					1,62	1,46-1,79	1,63	1,47-1,81
4					1,41	1,28-1,55	1,42	1,29-1,56
5 (maior) (Ref)					1,00		1,00	
Índice de bens					0,82	0,78-0,85	0,82	0,79-0,86
Condição ambiental							0,98	0,95-1,02
Número de moradores por quarto							0,95	0,92-0,99
Responsável pelo domicílio								
Homem (Ref)							1,00	
Mulher							1,05	0,99-1,11

Modelo 1: examina a associação entre avaliação do estado de saúde e situação no mercado de trabalho ajustada por sexo, idade e escolaridade; Modelo 2: acrescenta as variáveis número de trabalhadores sem proteção social e número de desempregados no domicílio ao Modelo 1; Modelo 3: acrescenta renda domiciliar *per capita* e índice de bens ao Modelo 2; Modelo 4: acrescenta condição ambiental do domicílio, número de moradores por quarto e responsável pelo domicílio do sexo feminino ao Modelo 3.

ARTIGO 3

Desemprego e auto-avaliação de saúde: influência da vizinhança.

Luana Giatti

Sandhi Maria Barreto

Cibele Comini César

RESUMO

Objetivo: Este estudo investiga a associação da auto-avaliação de saúde com o desemprego e com as características socioeconômicas da vizinhança após o ajustamento pelas variáveis sociodemográficas, comportamentos de risco para a saúde e condição de saúde dos indivíduos. Além disso, testa se o efeito do ambiente socioeconômico da vizinhança modifica a associação entre desemprego e auto-avaliação de saúde.

Métodos: Foram estudados indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, residentes em quatro capitais brasileiras que participaram do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos e Doenças não Transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde em 2002/2003. Dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2000 foram utilizados para a construção dos indicadores de contexto socioeconômico da área de moradia. Foi realizada análise de regressão logística estimada por meio das equações de estimação generalizadas (GEE).

Resultados: indivíduos que estavam desempregados apresentaram pior auto-avaliação de saúde, assim como os residentes em áreas de favela ou em áreas com maior proporção de chefes do domicílio com baixa renda. A magnitude dessas associações foi atenuada após o ajustamento pelas características sociodemográficas, fatores comportamentais de risco e condição de saúde dos indivíduos. A associação entre situação no mercado de trabalho e auto-avaliação de saúde não foi modificada pelas características da área de residência.

Conclusão: Nesse estudo, procuramos problematizar a relação saúde, trabalho e contexto investigando interação entre eles. Nossos resultados confirmam a associação entre desemprego e pior percepção da própria saúde, independentemente das características pessoais ou contextuais aqui estudadas e não sugerem interação entre contexto e a relação desemprego - percepção da saúde.

Palavras chave: desemprego, auto-avaliação da saúde, vizinhança, fatores comportamentais de risco.

INTRODUÇÃO

A privação do trabalho sob a forma de desemprego atua negativamente sobre a vida e a saúde dos indivíduos. Estudos mostram conseqüências do desemprego sobre ampla variedade de eventos de saúde. O desemprego está relacionado à maior risco de morte por todas as causas, e por causas específicas como doenças cardiovasculares e neoplasias¹; e também, ao maior risco de morrer precocemente devido a causas externas, inclusive suicídio². Maior risco de desenvolver doenças incapacitantes³; pior percepção de saúde⁴ e a problemas físicos de saúde.^{4,5} O desemprego também eleva a freqüência de transtornos mentais comuns^{6,7}, incluindo a depressão⁴ e a ideação suicida⁸. Da mesma forma, também está relacionado ao aumento de comportamentos não saudáveis como o consumo de álcool, tabagismo e uso de drogas ilícitas^{6,7}.

Embora haja um crescente interesse no papel que o ambiente material e social da vizinhança exerce na geração e manutenção das desigualdades em saúde⁹, poucos estudos consideram a relação entre trabalho, contexto e saúde¹⁰. A taxa de desemprego da vizinhança pode ser vista como um marcador de privação material. Investigações nessa área verificaram que o incremento do desemprego na área de moradia está relacionado à maior risco de morte por doença cardiovascular e por todas as causas independentemente das características sociodemográficas dos indivíduos^{11,12} e de fatores comportamentais^{13,14}. Alguns estudos identificaram também que o desemprego na vizinhança piora a auto-avaliação do estado de saúde dos residentes¹⁵. Entretanto, Berland e colaboradores, 2002, apesar de identificarem associação entre desemprego e percepção da saúde no nível individual, não observaram variação dessa associação entre contextos com diferentes níveis de desemprego¹⁰.

O desemprego é um evento estressante, estreitamente relacionado à perda de recursos financeiros com restrições no atendimento às necessidades diárias, ao mesmo tempo em que gera incertezas em relação ao futuro, perda de auto-estima, de identidade e do sentimento de pertencimento. A relação entre desemprego e saúde pode ser mediada por fatores psicossociais, comportamentais e fisiológicos. Redes de suporte social podem oferecer oportunidades, contatos e apoio emocional, atenuando os efeitos do desemprego sobre a saúde¹⁶. Além disso, os mecanismos que vinculam o desemprego com a saúde estão inter-relacionados com o contexto, englobando desde as relações de poder, mercado de trabalho e

políticas sociais, que se reproduzem em diferentes níveis de agregação (nacional, local ou vizinhança)¹⁷.

Embora os efeitos do desemprego sobre a saúde sejam reconhecidos, a grande maioria dos estudos que investigaram esta questão foi realizada em países desenvolvidos. A hipótese que norteia o presente estudo é que o desemprego está associado a uma pior percepção da saúde, mesmo após considerar o efeito contextual de residir em áreas com desvantagens socioeconômicas e que a desvantagem socioeconômica da vizinhança tende a acentuar os efeitos do desemprego sobre a saúde individual auto-percebida. A auto-avaliação de saúde foi o evento de interesse deste estudo, por ser considerada um indicador robusto da condição objetiva de saúde física e mental^{18,19}.

Os objetivos deste estudo são: 1) analisar a associação da auto-avaliação de saúde com o desemprego e com as características socioeconômicas da vizinhança, após o ajustamento pelas características sócio-demográficas, comportamentos de risco para a saúde e condição de saúde dos indivíduos e 2) investigar se a associação entre saúde percebida e desemprego varia de acordo com características socioeconômicas da vizinhança.

MÉTODOS

Fonte de dados e população de estudo:

O presente estudo tem como referencial teórico o modelo sobre as relações de emprego e desigualdades em saúde proposto por um grupo de trabalho da Comissão de Determinantes Sociais da Organização Mundial da Saúde que incorpora variáveis de nível individual e contextual¹⁷.

As informações referentes aos indivíduos foram obtidas do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos e Doenças não Transmissíveis, realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2002/2003. O inquérito foi baseado em uma amostra representativa dos indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, residentes nas seguintes capitais: Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, João Pessoa, Manaus, Natal, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória, e no

Distrito Federal. Trata-se de uma amostra probabilística autoponderada com dois estágios de seleção. As unidades primárias de seleção foram os setores censitários, selecionados com probabilidade proporcional ao número de domicílios no setor. As unidades secundárias foram os domicílios. Foi realizada entrevista face a face por entrevistadores treinados com os moradores do domicílio, totalizando 23.457 indivíduos. A taxa de resposta entre os domicílios foi de 90,79% e entre os indivíduos elegíveis foi de 90,21%²⁰.

No presente estudo, utilizamos os dados relativos aos indivíduos que trabalhavam ou estavam desempregados com idade entre 15 e 64 anos e que residiam nas cidades de Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba. Essas capitais foram escolhidas porque em cada uma delas a amostra incluiu mais de 2000 indivíduos, a pesquisa foi realizada no mesmo ano (2002) e utilizou o mesmo tipo de questionário, uma vez que neste inquérito 3 tipos de questionários que foram utilizados em diferentes fases da pesquisa.

O Censo Demográfico Brasileiro de 2000 foi utilizado para a construção dos indicadores do contexto socioeconômico da vizinhança. A unidade de análise para construção dos indicadores da vizinhança foi o setor censitário, unidade territorial estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram excluídos os setores que tinham menos de 50 habitantes (n=110) para evitar instabilidade dos indicadores e os setores classificados pelo IBGE como especiais (n=6). Os setores especiais de aglomeração subnormal permaneceram no estudo. Os 6426 participantes do estudo estavam distribuídos em 327 setores censitários, variando de 6 a 39 indivíduos em cada setor.

Variáveis

A auto-avaliação do estado de saúde foi a variável resposta deste estudo. Ela foi aferida por meio da pergunta: *De um modo geral, em comparação com as pessoas da sua idade, como o(a) Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde*, respondida em uma escala com as opções *Excelente, Muito bom, Bom, Regular e Ruim*, que foram agrupadas em duas categorias: bom (excelente, muito bom e bom) e ruim (regular ou ruim).

Características dos indivíduos. A situação no mercado de trabalho foi a covariável de nível individual de maior interesse no estudo e foi categorizada em ocupado e desempregado. Pelo

critério utilizado no referido inquérito, indivíduos que informaram ter trabalho remunerado foram classificados como ocupados e os que se declararam desempregados e não eram estudantes, nem aposentados ou donas de casa foram classificados como desempregados. Características sociodemográficas que estão relacionadas tanto à situação no mercado de trabalho quanto à auto avaliação de saúde incluídas no estudo foram: idade (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64), sexo e situação conjugal categorizada em casado ou vivendo com companheiro, solteiro e separado ou desquitado ou divorciado ou viúvo e escolaridade em anos de estudo (0-7, 8-4, 15 e mais). Fatores comportamentais de risco podem influenciar de maneira positiva ou negativa a auto-avaliação de saúde, dentre esses, foram considerados no estudo: tabagismo (fumante sim ou não); número de dias em que consumiu álcool nos últimos 30 dias, variável contínua agrupada em tercís, e o número de dias em que consumiu frutas e hortaliças na última semana, variável contínua categorizada em tercís. A situação de saúde que também pode influenciar a auto-avaliação de saúde foi estudada por meio de duas variáveis. Uma que caracteriza o estado de humor depressivo, ou seja, o número de dias que o indivíduo se sentiu triste ou deprimido (nenhum, 1, 2 ou mais), obtida por meio da pergunta: *Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, por quantos dias o(a) Sr(a) se sentiu triste ou deprimido?*. A outra variável de saúde inserida foi limitação para atividades habituais por motivo de saúde (sim ou não), obtida pela pergunta: *O(a) Sr(a) tem alguma limitação ou dificuldade para fazer as suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação?*, que é uma medida objetiva da situação de saúde.

Características da vizinhança. Foram estudadas duas variáveis da vizinhança. Residir em área de favela (sim ou não), que correspondeu aos setores censitários classificados pelo IBGE como setores censitários especiais de aglomeração subnormal. A outra variável da vizinhança incluída no estudo foi a proporção de chefes de domicílio com baixa renda na vizinhança, categorizada em quartis. Foram considerados chefes com baixa renda aqueles que declararam rendimentos mensais de até três salários mínimos.

Análise:

A presente análise procurou primeiramente investigar a associação entre situação no mercado de trabalho e auto-avaliação de saúde e entre e característica da vizinhança e auto-avaliação de saúde. Em seguida, essas associações foram examinadas após o ajustamento pelas características sociodemográficas, fatores comportamentais de risco e condição de saúde dos

indivíduos. Por fim, foi investigado se a associação entre auto-avaliação de saúde e situação no mercado de trabalho é modificada pelas características socioeconômicas da vizinhança.

Para tanto, a análise se deu em três etapas. Inicialmente, foi realizada a análise univariada para identificar associação entre auto-avaliação do estado de saúde e situação no mercado de trabalho, características sociodemográficas, fatores comportamentais, situação de saúde e as características socioeconômicas da vizinhança utilizando o Qui-quadrado de Person e o *Odds Ratio* e seus intervalos de confiança de 95%. Foram utilizados pesos normalizados para corrigir as diferentes probabilidades de seleção dos indivíduos²¹. A seguir, as variáveis que apresentaram valor $p \leq 0,20$ foram incluídas nos modelos subsequentes. Foram realizadas análises separadas para cada variável de vizinhança estudada. A estratégia da análise seguiu a proposta do modelo adotado, com a inclusão estruturada de covariáveis que podem mediar a associação entre auto-avaliação de saúde e desemprego e auto-avaliação de saúde e a vizinhança. Inicialmente, cada uma das variáveis de vizinhança, residir em área de favela e proporção de chefes do domicílio com baixa renda, foi adicionada à análise entre auto-avaliação de saúde e situação no mercado de trabalho (Modelo 1). Em seguida foram acrescentadas as variáveis socioedemográficas (Modelo 2), os fatores comportamentais de risco (Modelo 3) e as variáveis relacionadas à condição de saúde (Modelo 4). Ao final, foi testado um termo de interação entre situação no mercado e residir em área de favela (Modelo 5a) e um termo de interação entre situação no mercado de trabalho e proporção de chefes do domicílio com baixa renda (Modelo 5b).

Estas análises foram realizadas utilizando regressão logística múltipla para obtenção do *Odds Ratio* e seu intervalo de confiança de 95%. O nível de significância estatística foi de 0,05. Utilizou-se, para análise, as equações de estimação generalizada (GEE)^{22,23} que consideram a correlação entre indivíduos dentro da área de moradia e modelam a resposta média populacional como uma função das covariáveis.

RESULTADOS

Dos 6.426 indivíduos incluídos no estudo, 50,9% eram do sexo feminino, a mediana da idade foi de 36 anos e 20,6% relataram auto-avaliação da saúde ruim. A distribuição dos participantes segundo a característica da vizinhança é apresentada na Tabela 1. Nas áreas de favela houve maior percentual de jovens, de desempregados, de indivíduos com escolaridade

mais baixa, menor consumo de frutas e hortaliças e de álcool e maior relato de limitação para atividades habituais. Resultados similares foram observados na distribuição dos participantes segundo a renda dos chefes de domicílio da área de moradia., havendo em geral um gradiente entre as áreas com menor e maior proporção de chefes com baixa renda. A proporção de mulheres foi menor nas áreas com maior proporção de chefes com baixa renda.

Verificou-se que auto-avaliação de saúde ruim esteve associada ao sexo feminino, à idade e a condição de separado ou viúvo, estar desempregado e ter escolaridade mais baixa. Fumantes, os que relataram menor consumo de frutas e hortaliças, pelo menos um dia triste e os que informaram limitação para atividades habituais devido à saúde também apresentaram pior avaliação de saúde. Com relação às características da vizinhança, a auto-avaliação da saúde ruim esteve positivamente associada a morar em áreas de favela e em áreas com maior concentração de chefes de domicílio com baixa renda (Tabela 2).

Na Tabela 3 são apresentados os resultados dos modelos de regressão logística, em que a característica da vizinhança analisada foi residir em área de favela. No modelo 1a, pior avaliação de saúde esteve positivamente associada ao desemprego e ao fato de morar em área de favela. Com a inclusão das variáveis sociodemográficas, observou-se redução da magnitude da associação entre desemprego e morar em área de favela e auto-avaliação de saúde. Sexo feminino e idade acima dos 45 anos foram positivamente associados a pior auto-avaliação de saúde e a escolaridade apresentou associação inversa. Situação conjugal não se manteve independentemente associada à auto-avaliação ruim da saúde (Modelo 2a). A inclusão das variáveis referentes aos fatores comportamentais, não alterou as associações identificadas no modelo anterior, embora tenha diminuído a intensidade da associação entre desemprego e auto-avaliação de saúde, assim como entre área de moradia e auto-avaliação da saúde. A associação entre ser fumante e consumir menos frutas e hortaliças com avaliar a saúde pior manteve-se estatisticamente significativa (Modelo 3a). No modelo 4a, foram acrescentadas as variáveis relacionadas à situação de saúde. Pior auto-avaliação da saúde foi positivamente associada ao relato de sentir-se triste ou deprimido pelo menos um dia e a limitação para atividades habituais, sendo mantidas todas as demais associações verificadas no modelo anterior.

Na tabela 4, são apresentados os resultados relativos à inclusão da variável proporção de chefes com baixa renda como característica da vizinhança. No modelo 1b, pior avaliação de

saúde esteve positivamente associada ao desemprego e a moradia em áreas com maior proporção de chefes de domicílio com baixa renda. A inclusão das variáveis sociodemográficas também levou à redução na magnitude da associação entre desemprego e auto-avaliação de saúde e entre essa e a proporção de chefes de domicílio com baixa renda.

Em geral, observa-se o mesmo padrão de mudanças nas associações identificadas nos modelos relativos à residência em favela (Modelo 2b e 3b). No modelo 4b, verifica-se que a pior auto-avaliação de saúde esteve positivamente associada ao desemprego e a residência nas áreas com maior proporção de chefes do domicílio com baixa renda. A associação entre o consumo de frutas e hortaliças e auto-avaliação de saúde ruim só se manteve estatisticamente significativa entre os indivíduos classificados no menor tercil de consumo.

A auto-avaliação da saúde ruim foi mais freqüente entre os desempregados do que entre os ocupados, independentemente do fato de morar em área de favela ou não favela e da proporção de chefes com renda baixa na área de residência. A percepção da saúde como ruim foi maior entre ocupados e desempregados que residiam em área de favela e cresceu em áreas com maior proporção de chefes com baixa renda (Figura 1). A investigação de possível interação entre situação no mercado de trabalho, os dois atributos relativos à área de moradia estudados e auto-avaliação de saúde, não sugeriu modificação das associações relatadas (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram que os indivíduos que estavam desempregados apresentaram pior auto-avaliação de saúde, da mesma forma que os residentes de vizinhanças localizadas em áreas de favela ou em vizinhanças com maior proporção de chefes do domicílio com baixa renda. A magnitude dessas associações foi atenuada após o ajustamento pelas características sociodemográficas, fatores comportamentais de risco e condição de saúde dos indivíduos. Verificamos que a associação entre situação no mercado de trabalho e auto-avaliação de saúde não foi modificada pelo ambiente socioeconômico da vizinhança avaliado no presente estudo.

Os dois aspectos do ambiente da vizinhança avaliados nesse trabalho estão relacionados com desvantagens socioeconômicas. Favelas são aglomerados urbanos caracterizados por acesso

inadequado aos serviços básicos, moradias precárias, alta densidade populacional, pobreza e exclusão social e por uma série de relações informais, desde os loteamentos até as atividades produtivas realizadas, caracterizando um grupo de indivíduos particularmente vulneráveis^{24,25}. Embora, a proporção de chefes de domicílios com baixa renda seja uma medida que agrega menos informações do contexto do que a caracterização da área como favela, a mesma foi considerada neste estudo como uma segunda alternativa para avaliar o efeito da vizinhança. Vale frisar que 96,5% dos setores considerados áreas de favela pelo IBGE estavam localizados nas regiões definidas pelo quartil de maior proporção de chefes do domicílio com renda até três salários mínimos. Residir em áreas delimitadas pelos dois quartis de maior proporção de chefes com baixa renda esteve associado com auto-avaliação negativa de saúde. Dessa forma, podemos verificar, que residir em áreas não classificadas como favela, mas com alta proporção de chefes de domicílio com baixa renda influencia a auto-avaliação de saúde. As desvantagens relacionadas com as áreas de moradia não são uniformes, apresentam variações podendo atuar de modo e intensidade distintos. Identificar as diferentes dimensões de privação é importante para compreensão da relação entre o contexto e a saúde.

Nossos resultados são consistentes com os descritos na literatura que demonstraram que as pessoas que vivem em áreas de maior privação, em geral, apresentam piores indicadores de saúde, independentemente dos atributos socioeconômicos individuais. Residir em área com desvantagem socioeconômica se mostrou associado à pior percepção de saúde^{26,27,28} e à diversos indicadores de saúde, como o comportamento tabagista,²⁹ inclusive com o fato de fumar maior número de cigarros³⁰, depressão³¹, maior incidência de doença coronariana³², e maior risco de morte por doença cardiovascular³³. Pickett e Pearl revisaram 25 estudos que investigaram a associação entre o contexto socioeconômico da área de moradia e saúde. Em 23 desses estudos, foram encontradas associações estatisticamente significantes entre pelo menos uma medida de contexto e saúde, independentemente da posição socioeconômica dos indivíduos. Em geral, foram encontradas associações com fatores de risco comportamentais, auto-avaliação de saúde, morbidade e mortalidade³⁴.

Macyntere e colaboradores sugerem conceituar e mensurar a influência da área de moradia sobre a saúde dos indivíduos a partir das necessidades humanas para alcançar uma vida saudável. A área de residência representa uma estrutura de oportunidades e recursos que podem atuar promovendo ou restringindo a saúde de forma direta ou indireta. As

oportunidades e recursos incluem as condições físicas da área; ambiente que favoreça comportamentos saudáveis em casa, no trabalho e no lazer; serviços de qualidade; relações sócio-culturais e a reputação do local ou representação que os moradores têm deles mesmos. Essas oportunidades podem influenciar de forma variada diferentes eventos de saúde bem como distintos grupos sociais ou grupos etários³⁵. É possível que a influência do contexto da moradia sobre os adultos ocorra principalmente pelo acesso aos serviços, informações e oportunidades no mercado de trabalho³⁶. Vizinhanças com desvantagem socioeconômica apresentam infra-estrutura material, social e serviços mais precários⁹, menos oportunidades de trabalho e podem estar geograficamente mais distantes dessas. Em nosso estudo, o percentual de desempregados é significativamente maior nas áreas de favela e nas vizinhanças com maior proporção de chefes do domicílio com baixa renda.

Além da estrutura de oportunidades, a organização social e práticas coletivas da área de moradia, expressos por normas, tradições, valores e laços sociais, podem influenciar a condição de saúde das pessoas^{35,37}. Redes e suporte social podem, também, atenuar o efeito do desemprego sobre a saúde e mesmo a dificuldade de acesso ao trabalho entre os residentes desses locais³⁸.

A exposição individual ao ambiente da vizinhança pode variar segundo a idade, sexo, fatores culturais, religiosos e com a situação de emprego. Adultos que trabalham passam grande parte do seu dia no local de trabalho. Já desempregados, assim como idosos ou crianças, podem ser mais vulneráveis às influências das circunstâncias da área de moradia, pois provavelmente estão mais expostos ao ambiente local³⁹. No presente estudo, o efeito do desemprego sobre a auto-avaliação da saúde não variou significativamente em relação à vizinhança. Este resultado pode dever-se ao baixo poder da nossa amostra para estimar efeitos diferenciais (60% para a variável residir em favelas). Mas, outros estudos também não observaram variação de efeito do desemprego sobre a auto-avaliação de saúde ou sobre a mortalidade em função do contexto^{9,10,13}. É possível que a ausência de variabilidade do efeito do desemprego sobre a saúde segundo o contexto de moradia esteja relacionada à centralidade do trabalho para a vida adulta⁴⁰. Assim, ainda que as conseqüências do desemprego, por exemplo restrição financeira ou efeitos psicossociais, tenham importância distinta para os indivíduos que vivem em áreas com privação material ou não; estar desempregado é uma condição igualmente ruim independentemente do lugar onde se mora.

Fatores comportamentais de risco e processos psicossociais são apontados como mecanismos mediadores entre o contexto da área de moradia e a saúde dos indivíduos^{40,41}, assim como entre o desemprego e a saúde¹⁷. Fatores comportamentais de risco e duas variáveis que revelam aspectos distintos da condição de saúde; número de dias em que se sentiu triste ou deprimido que indica maior predisposição para distúrbio na saúde mental ou até mesmo na saúde física⁴² e limitação para as atividades habituais; foram consideradas nesta análise. Apesar de adotarmos uma estratégia de análise que considera o papel mediador dessas variáveis nas associações estudadas, podemos apenas afirmar que as associações observadas entre desemprego a auto-avaliação de saúde foram independentes da condição de ser fumante, do consumo de frutas e hortaliças e da condição de saúde, da mesma forma que a associação e entre auto-avaliação de saúde e área de moradia. No entanto, como as associações foram atenuadas pela inclusão dessas variáveis, é possível que desempregados ou indivíduos que viviam em vizinhanças com desvantagens socioeconômicas apresentassem comportamentos não saudáveis, humor depressivo e limitações para atividades habituais mais frequentemente e que estas condições tenham influenciado negativamente a auto-avaliação de saúde.

Entre as limitações a serem consideradas neste estudo, destaca-se seu delineamento transversal que não permite estabelecer relação temporal entre situação no mercado de trabalho e auto-avaliação da saúde. Considerando a forte associação da auto-avaliação de saúde com indicadores objetivos de saúde, é preciso ter em mente que o efeito de seleção para o trabalho pode contribuir para os resultados dessa análise, muito embora nossos resultados estejam ajustados por dois indicadores da condição de saúde. Infelizmente, não dispomos de informação sobre ocorrência de problema de saúde anterior ao período de estudo, o que poderia minimizar ainda mais esse efeito. Escolaridade foi utilizada como indicador de posição socioeconômica, mas é preciso ressaltar que ela capacita indivíduos para acesso ao trabalho e outros recursos, além de atuar diretamente sobre a percepção de saúde.

A temporalidade também deve ser considerada em relação à área de moradia. Lugares não são estáticos, suas características físicas, o ambiente e relações sociais mudam ao longo do tempo, e, além disso, as pessoas residem em diferentes lugares ao longo da vida. Nossos dados não permitem identificar o tempo de moradia dos participantes nessas localidades. Em geral, a mobilidade residencial é maior entre os indivíduos que vivem em áreas de maior privação e também entre desempregados. É preciso ainda considerar que os dados dos individuais foram obtidos em 2002 e o Censo Demográfico realizado em 2000. Embora alguns autores, que

realizaram seus estudos em países desenvolvidos, tenham considerado pouco provável que as características das vizinhanças modifiquem de maneira importante em curtos períodos de tempo⁴³, essa pode não ser a realidade brasileira.

A indisponibilidade de dados é uma importante barreira para realização dos estudos de contexto⁴⁴. Grande parte dos estudos multiníveis utiliza o setor censitário ou alguma unidade administrativa como uma representação geográfica da vizinhança. Essa escolha se deve à disponibilidade de dados da área de moradia coletados de forma rotineira³⁴. O setor censitário é uma unidade territorial, cujo limite geográfico não é reconhecido pelas pessoas e nem sempre corresponde ao espaço onde as pessoas vivem e se relacionam, nem delimita necessariamente a distribuição dos fatores que vinculam o ambiente material e social à saúde. Além disso, os dados disponíveis no censo são bastante restritos, não sendo possível obter informações referentes aos aspectos sociais, culturais ou mesmo econômicos como, por exemplo, taxa de desemprego.

Neste estudo, procuramos acrescentar ao estudo da relação saúde trabalho a influência do contexto da vizinhança. Verificamos que desempregados apresentavam pior auto-avaliação de saúde, assim como os indivíduos que moravam em áreas com desvantagens socioeconômicas. Mesmo considerando que desvantagens socioeconômicas da vizinhança atuem sobre a saúde por meio do acesso diferencial a estrutura de oportunidades, é preciso ressaltar que as relações entre lugar e saúde são mais complexas. O contexto local deve ser pensado como resultante de processos que ocorrem em diversas escalas (cidade, região, país), ao longo do tempo e que envolvem relações de poder e políticas^{39,45}. Além disso é preciso considerar a mobilidade diária das pessoas e a exposição a diversas influências. Esses são temas complexos e dificilmente estudos quantitativos apenas vão conseguir captar todas as nuances que envolvem pessoas e contexto. Neste estudo, procuramos problematizar a relação saúde, trabalho e contexto, investigando a existência de interação entre eles. Nossos resultados confirmam que o desemprego está associado a uma pior percepção de saúde independentemente das características pessoais ou contextuais aqui estudadas.

Agradecimento:

Agradecemos à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e à Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde por ter nos disponibilizado os dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994;308:1135-1139.
2. Voss M, Nylén L, Floderus B, Diderichsen F, Terry RD. Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish Twin Registry. *Am J Public Health* 2004; 94:2155-2161.
3. Bartley M, Sacker P, Clarke P. Employment status, employment conditions and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:501-506.
4. Broom DH, D'Souza RM, Strazdins L, Butterworth P, Parslow R, Rodgers B. The lesser evil: Bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Soc Sci Med* 2006;63:575-586.
5. Grzywacz JG, Dooley D. "Good jobs" to "bad jobs": replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc Sci Med* 2003;56:1749-1760.
6. Reine M, Hammarström A. Does the association between ill health and unemployment differ between young people and adults? Results from a 14-year follow-up study with a focus on psychological health and smoking. *Public Health*, 2004; 118:337-345.
7. Hammarström A. Health consequences of youth unemployment. *Public Health* 1994; 108:403-412.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Soc Sci Med* 2001;53:305-320.
9. Cummins S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighborhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland and England. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:207-213.
10. Beland F, Birch S, Stoddart G. Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med* 2002;55:2033-2052.
11. Sundquist K, Theobald H, Yang M, Li X, Johansson S-E, Sundquist J. Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: A multilevel study in an urban setting. *Soc Sci Med* 2006;62:2061-2071.

12. Van Lenthe FJ, Borrell LN, Diez-Roux AV, Kauppinen TM, Marinacci C, Martikainen P, Regidor E, Stafford M, Valkonen T. Neighbourhood unemployment and all cause mortality: a comparison of six countries. *J Epidemiol Community Health* 2004;59:231-237.
13. Osler M, U Christensen, R Lund, M Gamborg, N Godtfredsen and E Prescott. High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study. *Occup. Environ. Med.* 2003;60:e16.
14. Öhlander E, Vikström M, Lindström, Sundquist K. Neighborhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *Eur J Public Health* 2006;16:78-84.
15. Stafford M, Martikainen P, Lahelma E, Marmot M. Neighborhoods and self rated health: a comparison of public sector employees in London and Helsinki J. *Epidemiol. Community Health* 2004;58:772-778
16. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *Int J Epidemiol* 2002;31:1091-1093.
17. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Employment and Health inequalities. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Final Report, 20 September 2007.
18. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:227-32.
19. Haddock CK, Poston WSC, Pyle SA, Klesges CK, Weg MWV, Peterson A, Debon M. The validity of self-rated health as a measure of health status among young military personnel: evidence from a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006;4:57 doi:10.1186/1477-7525-4-57.
20. S Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, et al. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:138–143 (2007).
21. Haddock CK, Poston WSC, Pyle SA, et al. The validity of self-rated health as a measure of health status among young military personnel: evidence from a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006;4:57 doi:10.1186/1477-7525-4-57.

22. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
23. Brogan DJ. Pitfalls of using standard statistical software packages for sample survey data. Available at: http://www.rti.org/sudaan/pdf_files/brogan.pdf . Accessed December 23, 2007.
24. Hanley J, Negassa A, Edwardes MDB, et al. Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation. *Am J Epidemiol* 2003;157:364-75.
25. Liang KY, Zeger LS. Regression analysis for correlated data. *Annu Rev Pub Health* 1993;14:43-68.
26. Sheuya S. Improving the health and lives of people living in slums. *Ann. NY Acad Sci.* doi:10.1196/annals.1425.003.
27. Kavanagh AM, Turrell G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *Int J Epidemiol* 2006;35:607-613
28. Malmström M, Sundquist J, Johansson S-E. Neighborhood environment and self-rated health status: a multilevel analysis. *Am J Public Health* 1999;89:1181-1186.
29. Riley LW, Ko AI, Unger A, Reis MG. Slum health: diseases of neglected populations. *BMC International Health and Human rights* 2007;7:2 doi:10.1186/1472-698X-7-2.
30. Virtanen M, Kivimaki M, Kouvonen A, Elovainio M, Linna A, Oksanen T, Vahtera J. Average household income, crime, and smoking behaviour in a local area: The Finnish 10-Town study. *Soc Sci Med* 2007;64:1904-1913.
31. Matheson FI, Moineddin R, James R, Dunn JR, Creatore MI, Gozdyra P, Glazier RH. Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. *Soc Sci Med* 2006;63:2604-2616.
32. Poortinga W, Dunstanb FD, Foneb DL. Neighborhood deprivation and self-rated health: the role of perceptions of the neighborhood and of housing problems. *Health & Place* (2007), doi:10.1016/j.healthplace.2007.10.003.

33. Anne M Kavanagh AM, Turrell G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *Int J Epidemiol* 2006;35:607–613
34. Malmström M, Sundquist J, Johansson S-E. *Am J Public Health* 1999;89:1181-1186.
35. Ross C. Walking, exercising, and smoking: does neighborhood matter? *Soc Sci Med* 2000;51:265-274.
36. Virtanen M, Kivimaki M, Kouvonen A, Elovainio M, Linna A, Oksanen T, Vahtera J. Average household income, crime, and smoking behaviour in a local area: The Finnish 10-Town study. *Soc Sci Med* 2007;64:1904-1913.
37. Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. Matheson FI, Moineddin R, James R, Dunn JR, Creatore MI, Gozdyra P, Glazier RH. *Soc Sci Med* 2006;63:2604–2616.
38. Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, Chambless L, Massing M, Nieto FJ, Sorlie P, Szklo M, Tyroler HA, Watson RL. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease *N Engl J Med* 2001;345:99-106.
39. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Recent increase of neighborhood socioeconomic effects on ischemic heart disease mortality: a multilevel survival analysis of two large Swedish cohorts. *Am J Epidemiol* 2007;165:22–26.
40. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:111-122.
41. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002;55:125–139.
42. Ellen IG, Turner MA. Does neighborhood matter? Assessing recent evidence. *Housing and urban debate*. 1997;8:833-866.
43. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing neighborhood effects: social process and new directions on research. *Annu Rev Sociol* 2002;28:443-478.
44. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci and Medicine* 2000;51:843-857.

45. Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc Sci Med* 2007;65:1825-1838.
46. Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 2000;51:1283-1293.
47. Franzini L, Caughy M, Spears W, Esquer MEF. Neighborhood economic conditions, social process, and self-rated health in low income neighborhoods in Texas: a multilevel latent variables model. *Soc Sci Med* 2005;61:1135-1150.
48. Kobau R, Safran MA, Zack MM, Moriarty DG, Chapman D. Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995–2000. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:40 doi:10.1186/1477-7525-2-40.
49. Lee RE, Cubbin C. Neighborhood context and youth cardiovascular health behaviors. *Am J Public Health* 2002;92:428-436.
50. O'Campo P. Advancing theory and methods for multilevel models of residential neighborhoods and health. *Am J Epidemiol* 2003;157:9-13.
51. Bernard P, Charafeddine R, Frohlich KL, Daniel M, kestens Y, Potvin L. Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. *Soc Sci Medicine* 2007;65:1839-1852. EX41.

Tabela 1 – Distribuição percentual dos participantes segundo características individuais e da vizinhança em Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, 2002.

	Favela¹		Proporção de chefes com baixa renda²			
	Não	Sim	Quartil 1 (menor)	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4 (maior)
Sexo						
Homem	48,9	50,5	44,2	47,9	51,6	51,3
Mulher	51,1	49,5	55,8	52,1	48,4	48,7
	p = 0,4464		p=0,0007			
Idade						
15-24	18,7	26,2	13,2	17,4	20,9	25,5
25-34	28,0	31,4	25,2	27,0	28,6	31,9
35-44	27,1	25,3	28,3	27,7	27,0	24,9
45-54	19,1	11,2	24,3	19,4	17,7	12,8
55-64	7,1	6,0	9,0	8,5	5,9	5,0
	p<0,00001		p<0,00001			
Situação conjugal						
Casado	56,1	55,4	58,3	54,8	56,0	55,6
Solteiro	32,9	35,0	30,5	33,0	33,8	34,6
Separado ou viúvo	11,0	9,6	11,3	12,2	10,2	9,8
	p = 0,3644		p = 0,1624			
Situação mercado de trabalho						
Ocupado	86,8	77,4	91,2	88,5	83,8	80,0
Desempregado	13,2	22,6	8,1	11,5	16,2	20,0
	p<0,00001		p<0,00001			
Escolaridade						
0-7	27,3	58,9	8,8	18,1	35,9	56,1
8-14	54,7	38,6	43,2	63,7	58,8	42,2
15+	18,0	2,5	48,0	18,2	5,31	1,63
	p<0,00001		p<0,00001			
Fumante						
Não	77,6	77,0	76,8	78,0	79,5	75,6
Sim	22,4	23,0	23,2	22,0	20,6	24,4
	p=0,6961		p=0,0853			
Consumo frutas/ hortaliças						
1º Tercil (menor)	32,3	50,8	20,5	31,6	35,4	47,2
2º Tercil	34,3	29,7	32,3	32,4	35,4	34,32
3º Tercil (maior)	33,4	19,5	47,2	36,1	29,2	18,5
	p<0,00001		p<0,00001			
Consumo de álcool						
1º Tercil (menor)	41,7	47,9	30,4	41,0	46,7	48,4
2º Tercil	34,4	29,1	40,6	34,1	31,2	31,0
3º Tercil (maior)	23,9	23,0	29,0	24,9	22,1	20,6
	p=0,0063		p<0,00001			
Dias tristes/ deprimidos						
Nenhum	43,8	44,4	41,3	43,2	44,8	45,3
1	7,2	6,7	8,9	7,2	7,0	6,2
2 e mais	49,0	48,9	49,8	49,6	48,2	48,5
	p=0,8585		p=0,1569			
Limitação para atividades habituais						
Não	91,4	82,3	92,3	91,8	92,3	88,3
Sim	8,6	10,7	7,8	8,23	7,3	11,7
	p=0,0683		p=0,0001			

¹Favela: corresponde aos setores censitários especiais de aglomeração subnormal, segundo IBGE.²Proporção de chefes com baixa renda: proporção de chefes de domicílios com renda até três salários mínimos na vizinhança.

Tabela 2 – Auto-avaliação do estado de saúde segundo características individuais e da vizinhança, *odds ratio* (OR) bruto e intervalo de confiança de 95% - Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, 2002.

	Auto avaliação da saúde (%)				χ^2	
	N	Boa	Ruim	OR	IC 95%	Valor p
Sexo						
Homem	3.196	82,7	17,3	1,00		p<0,00001
Mulher	3.230	76,3	23,8	1,43	1,26-1,62	
Faixa etária						
15-24	1.319	80,6	19,4	1,00		p=0,0004
25-34	1.861	81,6	18,4	0,96	0,79-0,57	
35-44	1.718	80,1	19,9	1,07	0,88-1,31	
45-54	1.114	75,9	24,1	1,45	1,18-1,78	
55-64	414	73,7	26,3	1,71	1,29-2,61	
Situação conjugal						
Casado	3.628	79,7	20,3	1,00		p=0.0118
Solteiro	2.121	80,6	19,4	0,88	0,76-1,02	
Separado ou viúvo	677	74,8	25,2	1,26	1,03-1,54	
Situação mercado de trabalho						
Ocupado	5.511	80,9	19,1	1,00		p<0,0001
Desempregado	915	70,6	29,4	1,67	1,41-1,97	
Escolaridade						
0-7	2.066	70,2	29,8	1,00		p<0,00001
8-14	3.272	82,3	17,8	0,49	0,43-0,57	
15 e mais	931	87,7	12,3	0,31	0,24-0,39	
Sem informação	157					
Fumante atual						
Sim	1.461	69,0	31,0	2,04	1,77-2,33	p<0,00001
Não	4.964	82,5	17,5	1,00		
Sem informação	1					
Consumo frutas/hortaliças						
1º Tercil (menor)	2.213	74,3	25,7	1,00		p<0,00001
2º Tercil	2.186	80,2	19,7	0,72	0,62-0,83	
3º Tercil (maior)	2.025	84,3	15,7	0,57	0,49-0,66,	
Sem informação	2					
Consumo de álcool						
1º Tercil (menor)	2.735	78,8	21,2	1,00		p=0,1149
2º Tercil	2.219	79,7	20,3	0,88	0,76-1,02	
3º Tercil (maior)	1.469	81,2	18,8	0,85	0,73-1,00	
Sem informação	3					
Dias tristes/deprimidos						
Nenhum	2.746	85,9	14,1	1,00		p<0,00001
1	458	81,1	18,9	1,41	1,06-1,86	
2 e mais	3.148	73,4	26,6	2,21	1,92-2,54	
Sem informação	74					
Limitação para atividades habituais						
Não	5.828	82,3	17,7	1,00		p<0,00001
Sim	596	49,8	50,2	4,97	4,20-5,88	
Sem informação	2					
Favela¹						
Não	5.662	80,4	19,6	1,00		p<0,00001
Sim	764	72,9	27,1	1,68	1,42-1,99	
Proporção de chefes com baixa renda (quartil)²						
1º (menor)	1.161	86,0	14,0	1,00		p<0,00001
2º	1.735	81,4	18,6	1,34	1,06-1,67	
3º	1.738	77,8	22,2	1,71	1,38-2,13	
4º (maior)	1.792	74,4	25,6	2,25	1,85-2,73	

¹ Favela: corresponde aos setores censitários especiais de aglomeração subnormal, segundo IBGE.

² Proporção de chefes com baixa renda: proporção de chefes de domicílios com renda até três salários mínimos na vizinhança.

Tabela 3 – Associação, medida pelo odds ratio e intervalo de confiança de 95%, entre avaliação do estado de saúde ruim e características do indivíduo e residência em favela - Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, 2002

	Modelo 1a		Modelo 2a		Modelo 3a		Modelo 4a	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Situação no mercado de trabalho								
Ocupado (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Desempregado	1,63	1,38-1,93	1,47	1,24-1,75	1,38	1,16-1,64	1,29	1,07-1,55
Favela¹								
Não (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,60	1,35-1,89	1,32	1,11-1,58	1,28	1,06-1,54	1,27	1,04-1,56
Sexo								
Homem (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Mulher			1,48	1,30-1,69	1,61	1,40-1,85	1,38	1,19-1,58
Faixa etária								
15-24 (Ref.)			1,00		1,00		1,00	
25-34			0,99	0,79-1,24	0,95	0,77-1,17	0,92	0,74-1,13
35-44			1,11	0,87-1,40	1,03	0,83-1,26	0,96	0,77-1,19
45-54			1,52	1,19-1,93	1,47	1,18-1,83	1,41	1,12-1,78
55-64			1,57	1,14-2,16	1,60	1,18-2,18	1,42	1,03-1,94
Situação conjugal								
Casado (Ref.)			1,00					
Solteiro			1,03	0,87-1,21				
Separado ou viúvo			1,06	0,86-1,31				
Escolaridade								
0-7			3,16	2,44-4,09	2,63	2,03-3,42	2,62	2,01-3,42
8-14			1,79	1,33-2,17	1,58	1,24-2,01	1,54	1,20-1,98
15 e mais (Ref.)			1,00		1,00		1,00	
Fumante atual								
Não (Ref.)					1,00		1,00	
Sim					1,94	1,67-2,25	2,00	1,73-2,32
Consumo frutas/hortaliças								
1º Tercil (menor)					1,58	1,35-1,86	1,59	1,35-1,87
2º Tercil					1,20	1,02-1,42	1,20	1,01-1,43
3º Tercil (Ref.) (maior)					1,00		1,00	
Consumo de álcool								
1º Tercil (Ref.) (menor)					1,00			
2º Tercil					0,97	0,83-1,14		
3º Tercil (maior)					0,93	0,77-1,12		
Dias tristes								
Nenhum (Ref.)							1,00	
1							1,36	1,00-1,83
2 e mais							1,89	1,62-2,22
Limitação para atividades habituais								
Não (Ref.)							1,00	
Sim							4,54	3,79-5,45

¹Favela: corresponde aos setores censitários especiais de aglomeração subnormal, segundo IBGE.

Tabela 4 – Associação, medida pelo odds ratio e intervalo de confiança de 95%, entre avaliação do estado de saúde ruim e características do indivíduo e Proporção de chefes de domicílio com baixa renda na vizinhança - Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, 2002

	Modelo 1b		Modelo 2b		Modelo 3b		Modelo 4b	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Situação no mercado de trabalho								
Ocupado (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Desempregado	1,58	1,34-1,87	1,47	1,24-1,74	1,37	1,15-1,63	1,29	1,07-1,55
Proporção de chefes com baixa renda setor (quartil)¹								
1º Quartil (Ref.) (menor)	1,00		1,00		1,00		1,00	
2º Quartil	1,32	1,06-1,64	1,11	0,89-1,39	1,10	0,88-1,38	1,14	0,90-1,44
3º Quartil	1,65	1,33-2,05	1,26	0,99-1,59	1,26	0,99-1,61	1,36	1,06-1,75
4º Quartil (maior)	2,13	1,75-2,59	1,48	1,19-1,84	1,40	1,12-1,76	1,40	1,10-1,79
Sexo								
Homem (Ref.)			1,00		1,00		1,00	
Mulher			1,49	1,31-1,70	1,63	1,42-1,87	1,38	1,20-1,60
Faixa etária								
15-24 (Ref.)			1,00		1,00		1,00	
25-34			0,99	0,79-1,23	0,94	0,77-1,16	0,91	0,74-1,12
35-44			1,11	0,88-1,41	1,03	0,85-1,26	0,96	0,77-1,19
45-54			1,54	1,21-1,95	1,48	1,19-1,85	1,42	1,12-1,78
55-64			1,62	1,18-2,24	1,64	1,21-2,24	1,45	1,06-1,98
Situação conjugal								
Casado (Ref.)			1,00					
Solteiro			1,03	0,87-1,22				
Separado ou viúvo			1,06	0,86-1,31				
Escolaridade								
0-7			2,79	2,10-3,71	2,36	1,78-3,13	2,31	1,72-3,10
8-14			1,57	1,21-2,03	1,46	1,13-1,89	1,41	1,07-1,84
15 e mais (Ref.)			1,00		1,00		1,00	
Fumante atual								
Não (Ref.)					1,00		1,00	
Sim					1,94	1,667-2,26	2,01	1,74-2,33
Consumo frutas/hortaliças								
1º Tercil (menor)					1,56	1,33-1,84	1,57	1,33-1,85
2º Tercil					1,18	1,00-1,39	1,19	1,00-1,41
3º Tercil (Ref.) (maior)					1,00		1,00	
Consumo de álcool								
1º Tercil (Ref.) (menor)					1,00			
2º Tercil					0,98	0,84-1,15		
3º Tercil (maior)					0,94	0,78-1,14		
Dias tristes								
Nenhum (Ref.)							1,00	
1							1,37	1,02-1,86
2 e mais							1,92	1,63-2,24
Limitação para atividades habituais								
Não (Ref.)							1,00	
Sim							4,54	3,78-5,45

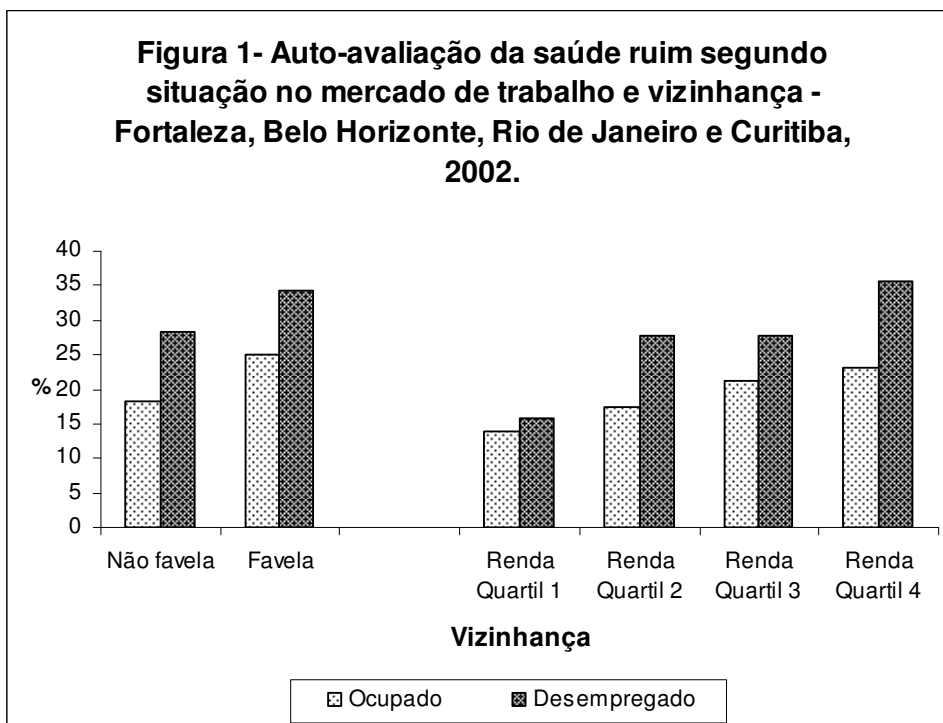
¹ Proporção de chefes com baixa renda: proporção de chefes de domicílios com renda até três salários mínimos na vizinhança.

Tabela 5 – Associação, medida pelo *odds ratio* e intervalo de confiança de 95%, entre avaliação do estado saúde ruim e características do indivíduo de acordo com a característica da vizinhança - Fortaleza, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Curitiba, 2002.

	Modelo 5a ¹		Modelo 5b ²	
	OR	IC95%	OR	IC95%
Situação no mercado de trabalho				
Ocupado (Ref.)	1,00		1,00	
Desempregado	1,29	1,05-1,60	1,34	0,90-2,01
Sexo				
Homem (Ref.)	1,00		1,00	
Mulher	1,38	1,19-1,58	1,39	1,20-1,60
Faixa etária				
15-24 (Ref.)	1,00		1,00	
25-34	0,92	0,74-1,13	0,91	0,74-1,13
35-44	0,96	0,77-1,19	0,96	0,78-1,19
45-54	1,41	1,12-1,78	1,42	1,13-1,79
55-64	1,42	1,03-1,94	1,45	1,06-1,98
Escolaridade				
0-7	2,62	2,01-3,41	2,33	1,74-3,13
8-14	1,54	1,20-1,98	1,42	1,09-1,85
15 e mais (Ref.)	1,00		1,00	
Fumante atual				
Não (Ref.)	1,00		1,00	
Sim	2,00	1,73-2,32	2,02	1,74-2,34
Consumo frutas/hortaliças				
1º Tercil (menor)	1,59	1,35-1,83	1,56	1,32-1,85
2º Tercil	1,20	1,01-1,43	1,19	1,00-1,42
3º Tercil (Ref.) (maior)	1,00		1,00	
Dias tristes				
Nenhum (Ref.)	1,00		1,00	
1	1,36	1,00-1,83	1,37	1,01-1,86
2 e mais	1,89	1,62-2,22	1,91	1,63-2,23
Limitação para atividades habituais				
Não (Ref.)	1,00		1,00	
Sim	4,54	3,78-5,46	4,56	3,78-5,48
Favela				
Não	1,00		-	-
Sim	1,27	0,99-1,64	-	-
Termo de interação-favela x desemprego	1,00	0,66-1,51	-	-
Proporção de chefes com baixa renda setor (quartil)¹				
1º Quartil (Ref.) (menor)	-	-	1,00	
2º Quartil	-	-	1,08	0,84-1,39
3º Quartil	-	-	1,32	1,01-1,72
4º Quartil (maior)	-	-	1,30	1,00-1,77
Termo de interação-proporção de chefes com Baixa renda setor x desemprego				
1º Quartil (Ref.) (menor)	-	-	1,00	
2º Quartil	-	-	0,65	0,27-1,50
3º Quartil	-	-	0,88	0,53-1,48
4º Quartil (maior)	-	-	1,09	0,67-1,77

¹Modelo 5a: testa o termo de interação entre residir em área de favela e desemprego.

²Modelo 5b: testa termo de interação entre proporção de chefes com baixa renda na vizinhança e desemprego.



Favela: corresponde aos setores censitários especiais de aglomeração subnormal, segundo IBGE.

Renda: Proporção de chefes com baixa renda que corresponde à proporção de chefes de domicílios com renda até três salários mínimos na vizinhança. Quartil 1: menor; quartil 4: maior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente tese, identificamos desigualdades em saúde relacionadas com a inserção no trabalho sem proteção social e com o desemprego. Verificamos que a percepção de saúde de indivíduos que compartilham uma mesma moradia é negativamente influenciada pela presença de co-residentes inseridos no trabalho sem proteção social ou desempregados. Observamos também que estar desempregado está negativamente associado à auto-avaliação de saúde, e que essa associação não foi modificada por desvantagens socioeconômicas da vizinhança.

A definição da situação no mercado de trabalho utilizada neste estudo procurou considerar aspectos que discriminassem vulnerabilidades dos trabalhadores e que fossem capazes de distinguir contingente de trabalhadores socialmente desprotegidos. Foram estabelecidas duas condições principais: estar ocupado ou estar desempregado. O desempregado é mais ou menos invisível socialmente, e, talvez também por isso, o desemprego seja pouco estudado entre nós. Caracterizamos o desemprego pelo tempo de duração, pois o desemprego de longa permanência além de ser especialmente danoso para a saúde, implica em maior dificuldade para re-inserção no trabalho. Além disso, no Brasil, diferentemente de vários países europeus, o desemprego de longa duração não tem cobertura pelo seguro-desemprego para trabalhadores advindos do trabalho formal. O desemprego de longa duração acentua a exclusão social.

Elegemos a proteção social consequente ao registro em carteira de trabalho ou à contribuição previdenciária para caracterizar a precariedade do trabalho. A proteção social no trabalho, como definida acima, pode ser considerada um critério pouco específico, pois nem sempre irá garantir aos trabalhadores uma série de direitos relacionados ao trabalho com carteira assinada, como o próprio seguro-desemprego. Poderíamos ter encontrado associações de maior magnitude se tivéssemos estabelecido um critério mais restritivo, pois acentuaríamos os contrastes entre os grupos comparados. Entretanto, ter acesso aos benefícios garantidos pela seguridade social se mostrou capaz de discriminar uma condição mais favorável do ponto de vista do trabalho e da saúde. Além disso, as mudanças no mercado de trabalho levaram ao crescimento, por exemplo, de trabalhadores autônomos com cobertura previdenciária, como forma de desobrigar as empresas contratantes das contribuições trabalhistas. Esse grupo distingue-se dos trabalhadores informais, que não têm nem mesmo cobertura da seguridade social em casos de doença ou acidente e constituem um segmento ainda mais vulnerável e

desprotegido. Vale ressaltar, entretanto, que há grande diversidade nos vínculos de trabalho atípicos, que incluem trabalho terceirizado, temporário, em jornada parcial, sem contrato ou por conta própria, e esses diversos vínculos podem expressar diferentes aspectos da precariedade.

No primeiro artigo, identificamos que a situação no mercado de trabalho refletiu, como esperado, outras desigualdades sociais relativas, por exemplo, ao nível de escolaridade, aos rendimentos oriundos do trabalho e às desvantagens relacionadas com a raça ou cor. Verificamos ainda, no terceiro artigo, que o desemprego foi uma condição mais prevalente nas áreas de favela e nas vizinhanças com maior proporção de chefes de domicílio com baixa renda. O fato do desemprego não estar distribuído aleatoriamente na população economicamente ativa, sendo uma condição mais prevalente nos grupos sociais mais vulneráveis, portanto, seletiva, é descrito como distribuição social do desemprego.²⁷ Tal situação pode ser observada também em relação aos vínculos precários de trabalho, apontando que as mudanças estruturais do trabalho atingem os grupos sociais diferentemente.

A situação no mercado de trabalho descortinou diferenciais de saúde, tanto em relação à avaliação do estado geral de saúde, quanto na morbidade referida e na utilização de serviços de saúde. Merece destaque a menor utilização dos serviços de saúde, especialmente para realização de consultas médicas, dos homens inseridos no trabalho sem proteção social ou desempregados. O Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso universal e que adota o princípio da equidade, deve tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade relacionadas ao trabalho. Ou seja, o SUS pode e necessita ter um papel particularmente relevante na redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde relacionadas à inserção no mercado de trabalho. Homens inseridos no trabalho sem proteção social podem ter maior dificuldade de acesso aos serviços por questões relacionadas, por exemplo, ao horário de funcionamento dos centros de saúde.

A relação entre trabalho e saúde é dinâmica, complexa e fortemente influenciada pelo contexto político, econômico e social. Procuramos estudar alguns aspectos da relação entre o contexto domiciliar e da vizinhança e a saúde dos indivíduos segundo a inserção no mercado de trabalho. No segundo artigo, podemos verificar que a percepção de saúde dos moradores

²⁷ Bartley M, Ferrie J. Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:776-781.

adultos de um mesmo domicílio é influenciada não só pelo fato de haver um morador desempregado no domicílio, como também pela presença de um trabalhador inserido no trabalho sem proteção social, questão pouco estudada na literatura pesquisada. No terceiro artigo, investigamos se o ambiente socioeconômico da vizinhança modifica a relação entre desemprego e percepção da saúde. Observamos que a frequência de pior percepção de saúde é maior entre os desempregados que residiam em vizinhanças com desvantagens socioeconômicas. No entanto, a associação entre auto-avaliação de saúde e desemprego não foi modificada pelo ambiente socioeconômico da vizinhança examinado no presente estudo.

Neste estudo, em que a situação no mercado de trabalho foi a principal covariável de interesse, incluíram-se também outros indicadores de posição socioeconômica, como escolaridade, renda domiciliar, índice de bens no domicílio, entre outros. Escolaridade do indivíduo, situação no mercado de trabalho e renda estão inter-relacionados. A primeira é considerada um indicador das circunstâncias anteriores que influenciam oportunidades na fase adulta, especialmente as oportunidades de trabalho. No primeiro artigo, diante das limitações do modelo de análise, utilizou-se somente a escolaridade como variável de ajuste. Nas análises em que investigamos efeitos contextuais do domicílio ou da vizinhança, a renda foi considerada. No segundo artigo, em que estudamos o efeito da presença de um morador inserido no trabalho sem proteção social ou desempregado sobre a avaliação de saúde dos demais moradores, incluímos a renda domiciliar *per capita* como variável de ajuste. No terceiro artigo, a renda do chefe do domicílio foi utilizada como uma variável para caracterizar a condição socioeconômica da vizinhança.

Esta tese utilizou dados secundários de dois inquéritos populacionais. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) obtém uma grande diversidade de informações, extremamente ricas, sobretudo do ponto de vista do trabalho. A PNAD é uma série histórica, realizada desde 1967, que veio sofrendo adequações ao longo dos anos e hoje constitui uma amostra representativa de toda a população brasileira, muito utilizada em estudos de economia, demografia e também de sociologia²⁸. Por iniciativa do Ministério da Saúde, foram incluídos suplementos de saúde à PNAD, em 1998 e 2003, que possibilitam estudar as relações entre saúde, condições de vida e de trabalho. Uma limitação importante da PNAD consiste no uso do informante secundário. Informações obtidas pelo próprio informante são

²⁸ Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7:607-621.

mais acuradas do que aquelas fornecidas por um outro, residente no mesmo domicílio. O uso do informante secundário pode levar a erro de classificação, o que, segundo estudos realizados em outros países, parece ser influenciado pela motivação do respondente, proximidade com o indivíduo sobre o qual responde e tipo de evento de saúde estudado.^{29,30} Considerando a continuidade do suplemento de saúde junto à PNAD, estudos de validação para compreender os vieses introduzidos pelo uso do informante secundário na população brasileira serão de grande valia para compreender melhor o impacto do respondente auxiliar nas diversas informações obtidas e a direção dos erros introduzidos na análise dessas informações.

O trabalho é uma das variáveis mais complexas e importantes em saúde, tanto no nível contextual como no individual. O trabalho influencia atitudes pessoais, comportamentos, lazer, vida familiar e atividade política. Nosso estudo sugere que a situação no mercado de trabalho, em especial o desemprego e o trabalho sem proteção social, reflete dimensões distintas das desigualdades sociais e das desigualdades em saúde. As experiências de vulnerabilidade, privação material e de insegurança relacionadas a essas condições atuam negativamente sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores e seus familiares. Essa dimensão da relação entre trabalho e saúde deve ser incorporada na agenda de saúde pública, nas políticas públicas e nas estratégias de crescimento econômico, procurando reduzir desigualdades e iniquidades sociais. Além disso, devem servir de estímulo para fazer face às transformações que têm ocorrido e, que têm distorcido o sentido humano e inclusivo do trabalho.

²⁹ Mathiowetz NA, Groves RM. The effects of respondent rules on health survey reports. *Am J Public Health* 1985;75: 639-644.

³⁰ Shields M: Proxy reporting in the National Population Health Survey. *Health Rep* 2000;12:21-39.

APÊNDICES

LUANA GIATTI GONÇALVES

**MUDANÇAS ESTRUTURAIS: INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO E
DESIGUALDADE EM SAÚDE**

Projeto de pesquisa

**BELO HORIZONTE
2004**

INTRODUÇÃO

Os tempos contemporâneos registram grandes avanços técnicos e científicos. As transformações são intensas, os conceitos de tempo e distância são renovados, assim como processos produtivos e o modo de viver. Para alguns, o mundo se apresenta repleto de possibilidades. Para outros, e cada vez mais outros se somam, os dias se repetem em desalento. O desalento da vida precária, do desemprego, da violência cotidiana. Novos patamares de produção e consumo aprofundam contradições e diferenças.

No Brasil, a partir dos anos 90, a reestruturação produtiva introduz mudanças na base técnica e organizacional da produção (Alves,2001). A flexibilização das estruturas produtivas, da organização e divisão social do trabalho, define intensas modificações na natureza, significado e conteúdo do trabalho (Pochmann, 2000). Com a nova configuração do trabalho, difunde-se um padrão de contratação onde a garantia de direitos sociais é reservada a um núcleo restrito de trabalhadores, proliferam contratos precários e aumenta o desemprego.

O desemprego é provavelmente o principal fator que leva à exclusão social (Sen,1997). Na atualidade, os trabalhadores excluídos da economia formal são forçados a ganhar a vida em ocupações precárias ou, após muito tempo sem trabalho, são definitivamente atingidos pela exclusão, numa escala descendente entre inclusão, inclusão precária e exclusão. Deste modo pode-se afirmar que a exclusão do trabalho é a exclusão mais ampla (Singer, 2000) e suas vítimas estão, provavelmente, excluídas da maioria das outras redes sociais e inseridas numa trajetória de vulnerabilização.

Assim, as transformações no processo produtivo definem mudanças nas relações sociais do trabalho e estabelecem nova segmentação social. Segundo Sabroza (2003), distinguem-se os segmentos: dos integrados, que ocupam o circuito de produção principal; dos vulneráveis, que compoariam o circuito inferior e dos excluídos, aqueles que não conseguem trabalho. Esses segmentos vivem, trabalham e ocupam os espaços urbanos diferentemente. As desigualdades produzidas na estrutura social se refletem no processo de adoecimento. Os níveis de desgaste, projetos de saúde e perfis epidemiológicos dos grupos que integram esses segmentos são muito diferentes (Sabroza, 2003).

Às diferenças determinadas pelo trabalho se somam desigualdades de gênero, idade e escolaridade dentre outras. As diversidades de gênero influenciam as possibilidades de homens e mulheres realizarem seus potenciais para uma vida saudável (Doyal, 2001). Dentro das famílias, os mais jovens têm acesso mais restrito ao emprego enquanto as mulheres aumentam sua participação no trabalho, embora em ocupações predominantemente precárias e com menor remuneração (Montali, 2000).

Estudos demonstram a importância central das condições sócio-econômicas na determinação dos padrões de morbi-mortalidade das populações, com uma associação inversa entre nível sócio-econômico e condição de saúde (Kaplan, 2002). Diferentes medidas são utilizadas para estimar a extensão e magnitude das associações entre desigualdades socioeconômicas e saúde: renda, escolaridade, classe social, além de variáveis compostas (Barata et al., 1997). A classe social baseada na ocupação, mais utilizada no Reino Unido, identifica um gradiente inverso entre classe social e saúde (Bartley, 1996). O “employment grade” é um marcador para saúde cuja influência vai além do local de trabalho (Ferrie, 2003). Marmot (1991) observou que trabalhadores menos qualificados apresentavam maior prevalência de doenças cardiovasculares, pior percepção da própria saúde e diferenciais relativos a hábitos de vida, atividades sociais e características do trabalho, sugerindo uma aglomeração de potenciais fatores de risco.

Entretanto, estes estudos não incluem os indivíduos sem trabalho. A importância de incluir os indivíduos sem emprego nestas análises é reconhecida em diversos estudos (Manderbacka, 2001, Lissau, 2001), seja pelo crescente contingente de desempregados, seja porque influenciam a magnitude dos diferenciais encontrados (Arber, 1996). No Brasil, raramente a situação de emprego/desemprego é utilizada nas investigações das iniquidades em saúde. Talvez, porque, como afirma Guimarães (2002), a institucionalização do desemprego no país seja recente e fraca. Assim, o desempregado, mais ou menos invisível socialmente, transforma-se, por exemplo, em sem teto ou sem terra. Dessa forma, sendo também pouco utilizado como categoria de análise.

As desigualdades sócio-econômicas são o mais importante determinante de saúde, mas não explicam totalmente as diferenças entre os grupos sociais. É necessário compreender de que forma os determinantes sócio-econômicos interagem com especificidades de gênero, raça, hábitos de vida e se expressam na condição de saúde dos indivíduos. Tais especificidades, por

sua vez, são moldadas por valores culturais, pela urbanização e influências da globalização que introduzem novos padrões de produção e consumo.

No decorrer das últimas décadas, houve uma intensa modificação no perfil epidemiológico da população brasileira com acentuada redução nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e aumento relativo e absoluto das doenças crônico-degenerativas. Estas últimas, fortemente associadas com o hábito de fumar, sedentarismo, dieta inadequada, consumo de álcool, níveis elevados de colesterol dentre outros fatores de risco, podem ser prevenidas através da adoção de estratégias de promoção da saúde, que levem a redução da prevalência desses fatores (Chor, 1999).

Em um contexto de forte aumento do desemprego e crescimento dos vínculos precários de trabalho, onde não há proteção previdenciária, nem trabalhista, pretende-se neste estudo investigar as desigualdades em saúde de acordo com a inserção no mercado de trabalho.

OBJETIVO GERAL

Investigar as desigualdades em saúde em segmentos da população definidos segundo a inserção no mercado de trabalho, considerando os diferenciais de gênero.

Objetivos Específicos

- Descrever cada segmento segundo características sócio-demográficas, hábitos de vida, indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde.
- Verificar a associação entre a situação no mercado de trabalho e situação de saúde e fatores de risco referentes aos hábitos de vida.
- Verificar a associação entre a situação no mercado de trabalho e padrões de aglomeração de fatores de risco referentes aos hábitos de vida.
- Verificar a existência de associações entre as experiências de inserção no mercado de trabalho de gerações sucessivas num mesmo domicílio e suas possíveis repercussões sobre hábitos de vida e saúde.

MÉTODO

Este estudo terá um delineamento do tipo transversal baseado em inquérito de base populacional representativo da população brasileira, exceto a população rural da região norte, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998 pelo IBGE. Serão estudados indivíduos residentes em dez regiões metropolitanas com idade entre 15 e 64 anos.

Variáveis

A variável dependente será a inserção no mercado de trabalho com as categorias: trabalho formal (trabalhava com carteira assinada e/ou contribuição previdenciária); trabalho informal (trabalhava sem carteira assinada e sem contribuição previdenciária); desempregado (não trabalhava e procurou por trabalho); fora do mercado de trabalho (não trabalhava e não procurou por trabalho).

Variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, renda domiciliar, escolaridade) variáveis relativas a hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool, consumo de frutas e vegetais frescos e atividade física) indicadores de saúde (percepção da própria saúde e relato de doença crônica) e de utilização de serviços de saúde (consulta médica e internação hospitalar) serão as variáveis independentes deste estudo.

Análise

Será realizada a descrição dos dados, proceder-se-á a análise univariada para verificar associações entre inserção no mercado de trabalho e demais variáveis, através da estimativa do Qui-quadrado de Pearson e *odds ratio* e seu intervalo de confiança de 95%. A análise multivariada será feita, utilizando o modelo de regressão logística multinomial, para estimar a associação independente das variáveis indicadoras da situação de saúde e hábitos de vida com a inserção no mercado de trabalho.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nos estudos transversais a exposição aos fatores de risco e o evento de interesse são determinados simultaneamente, não sendo possível estabelecer uma relação temporal (Friis & Sellers, 1999). Outra limitação dos estudos baseados em inquéritos é a mortalidade diferencial, os indivíduos com piores condições de vida e saúde tendem a morrer mais cedo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. O Novo (e Precário) Mundo do Trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 2000. 365p. Introdução, p9-26.

ARBER, S. Integrating nonemployment into research on health inequalities. *International Journal of Health Services*, v26, n3, p445-481, 1996.

BARATA, R.B., BARRETO, M.L., ALMEIDA-FILHO, N. et al. Equidade e Saúde – Contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora FIOGRUZ, 1997. 256p. Introdução, p9-19.

BARTLEY, M. & OWEN, C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *British Medical Journal*, v.313, p445-449, 1996.

CHOR, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, p423-425, 1999.

DOYAL, L. Sex, gender and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, v.323, p1061-1063, 2001.

FERRIE, J., SHIPLEY M.J, STANSFELD, S.A., SMITH, G.D., MARMOT, M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health; the Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, v57, p637-646, 2003.

FRIIS, R.H. & SELLERS, T.A. *Epidemiology for Public Health Practice*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1999. 506p. Cap.6, p.187-229: Study Designs.

GUIMARÃES, N.A. Por uma sociologia do desemprego. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v17, p.49-183, 2002.

KAPLAN, G.A. Upstream approaches to reducing socioeconomic inequalities in health. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.5(1), p.18-27, 2002.

LISSAU, I., RASMUSSEN, N.K., HESSE, N.M. et al. Social differences in illness and health-related exclusion from labour market in Denmark from 1987 to 1994. *Scandinavian Journal Public Health*, v.29, s.55. p19-30, 2001.

MARMOT, M., SMITH, G.D., STANSFELD, S.A. et al. Health inequality among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, v337, p.1387-1393, 1991.

MANDERBACKA, K., LAHELMA, E. & RAHKONEN, O. structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986-1994. *Scandinavian Journal Public Health*, v.29, s.55. p41-54, 2001.

MONTALI, L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v15, p.55-71, 2000.

POCHMANN, M. O trabalho sob fogo cruzado. 2.ed. São Paulo: Editora Contexto, 2000. 205p.

SABROZA, P.C. Concepções sobre saúde doença.
<http://www.ead.fiocruz.br/cursos/autogestão/ags/apresentação/contexto/tema1.html>. acessado em 29/06/03.

SCHLESSELMAN, J.J. *Case-Control Studies. Design, Conduct Analysis*. New York, Oxford University Press, 1982. 354p. Cap.5, p124-143: Source of Bias.

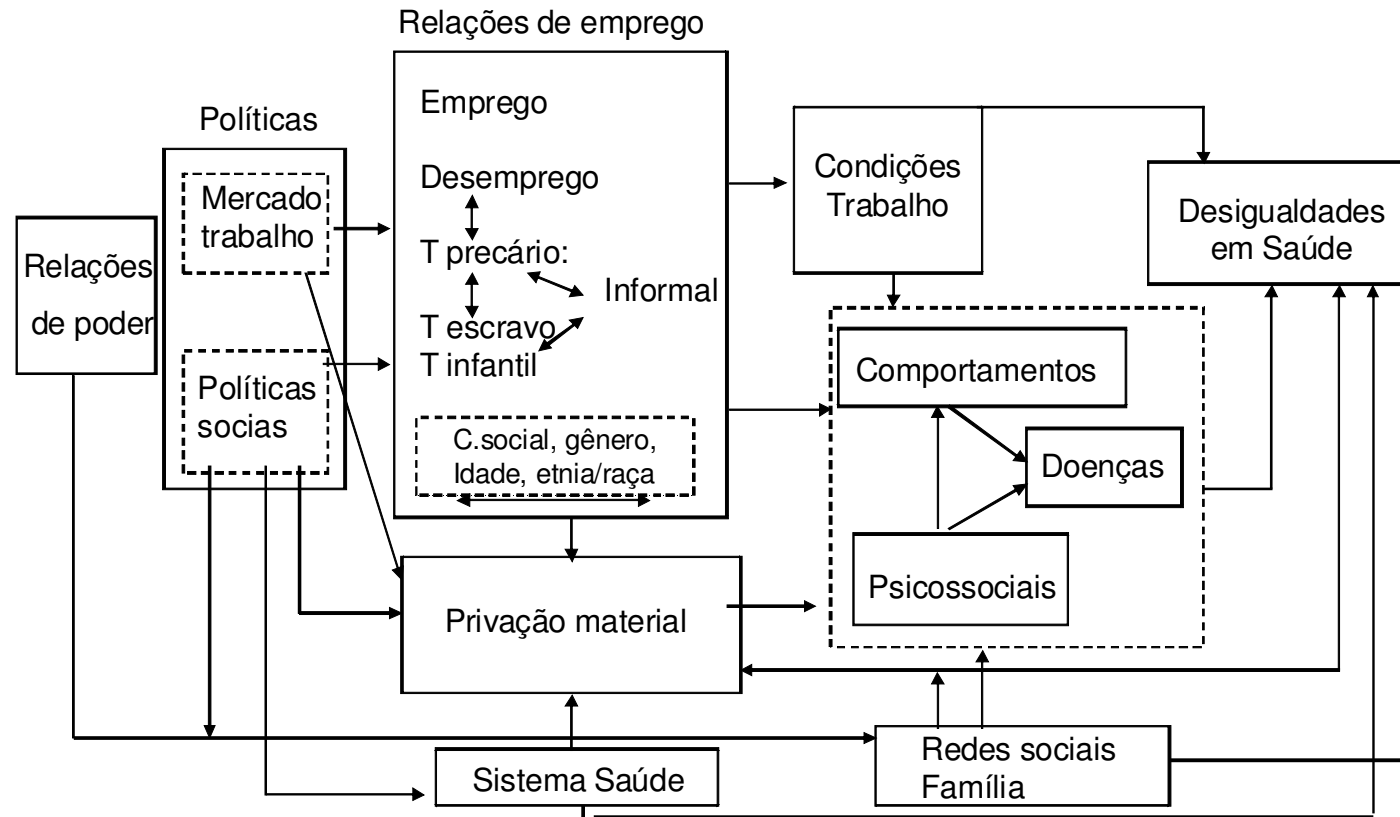
SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, v.136, p155-171, 1997.

SINGER, P. *Globalização e Desemprego, Diagnóstico e Alternativas*. 4.ed. São Paulo: Editora Contexto, 2000.139p.

ANEXOS

ANEXO A

Modelo explicativo: relações de emprego e desigualdades em saúde



WORD HEALTH ORGANIZATION. Commission on social determination of health. Employment and health inequalities. Employment conditions knowledge network (EMCONET). Final report. 20 sptember, 2007

ANEXO B

Tabela - Odds ratios e intervalo de confiança de 95% da avaliação do estado de saúde de acordo com características do indivíduo e do domicílio e tipo de informante, em indivíduos com 15 anos e mais de idade residentes em oito regiões metropolitanas brasileiras, 1998 e 2003.

	1998				2003			
	Avaliação do estado de saúde ¹				Avaliação do estado de saúde ¹			
	Próprio participante		Informante secundário		Próprio participante		Informante secundário	
	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Características do indivíduo								
Sexo								
Masculino (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Feminino	1,48	1,39-1,57	1,18	1,13-1,25	1,27	1,19-1,36	1,17	1,11-1,23
Idade (continua)	1,05	1,05-1,05	1,05	1,05-1,05	1,04	1,04-1,05	1,05	1,05-1,05
Escolaridade (anos de estudo)								
0-3	2,16	1,96-2,38	1,84	1,68-2,00	2,07	1,87-2,30	1,72	1,58-1,87
4-7	1,73	1,59-1,87	1,27	1,18-1,38	1,78	1,63-1,95	1,29	1,20-1,39
8-10	1,43	1,31-1,57	1,12	1,03-1,22	1,28	1,16-1,41	1,08	1,00-1,17
11 + (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Situação no Mercado de trabalho								
Trabalho proteção social (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Trabalho sem proteção social	1,09	0,99-1,19	1,04	0,96-1,12	1,11	1,00-1,23	1,07	0,99-1,15
Desemprego	1,07	0,95-1,38	1,12	1,01-1,25	1,05	0,92-1,20	1,05	0,95-1,17
Economicamente inativo	1,20	1,11-1,29	1,51	1,42-1,61	1,26	1,16-1,38	1,48	1,39-1,57
Características do domicílio								
Número de trabalhadores sem proteção social	1,07	1,04-1,11	1,10	1,06-1,13	1,05	1,01-1,10	1,07	1,04-1,11
Número de desempregado	1,07	1,02-1,13	1,10	1,05-1,16	1,11	1,04-1,18	1,10	1,05-1,15
Renda domiciliar <i>per capita</i> (quartil)								
1 (menor)	2,27	2,00-2,58	2,24	1,96-2,56	2,07	1,79-2,41	2,21	1,94-2,53
2	1,90	1,69-2,14	1,91	1,69-2,15	1,98	1,73-2,26	1,97	1,75-2,23
3	1,63	1,46-1,83	1,61	1,43-1,80	1,59	1,40-1,81	1,71	1,53-1,92
4	1,49	1,34-1,67	1,43	1,28-1,60	1,37	1,21-1,54	1,44	1,30-1,61
5 (maior) (Ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Índice de bens	0,86	0,81-0,91	0,85	0,80-0,90	0,83	0,79-0,88	0,79	0,76-0,84

Continuação...								
Condição ambiental	0,96	0,93-0,99	0,97	0,93-1,00	1,00	0,96-1,04	0,94	0,91-0,98
Número de moradores por quarto	0,96	0,93-0,98	0,96	0,93-1,00	0,93	0,89-0,98	0,95	0,92-1,00
Responsável pelo domicílio								
Homem (Ref)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Mulher	1,09	1,02-1,16	1,25	1,17-1,34	1,07	0,98-1,14	1,04	0,98-1,12

¹ Avaliação do estado de saúde foi obtida por meio de uma única pergunta com cinco opções de resposta, agrupadas em boa (muito bom ou bom) e ruim (regular ou ruim ou muito ruim).

Este modelo examina a associação entre avaliação do estado de saúde e situação no mercado de trabalho ajustada por sexo, idade, escolaridade, número de trabalhadores sem proteção social, número de desempregados no domicílio, renda domiciliar *per capita*, índice de bens, condição ambiental do domicílio, número de moradores por quarto e responsável pelo domicílio do sexo feminino, segundo o tipo de respondente: a própria pessoa ou informante secundário.

ANEXO C

CSP**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

SECRETARIA DE
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55-21) 2508-2511
2508-2508
Telefax: (+55-21) 2508-2737
cademos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/osp

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2007.


Ilma. Sra.

Dra. Luana Giatti:

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Sandhi Maria Barreto & Cibele Comini César, intitulado "*Social Protection at Work, Unemployment and Health in Brazilian Metropolitan Areas, 1998 and 2003*", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



EDITORES
EDITORS

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Mario Vianna Vettore

EDITORES ASSOCIADOS
ASSOCIATE EDITORS

Luiz Antonio B. Camacho
Luis David Castiel
Evandro da Silva Freire Coutinho
Suely F. Deslandes
Mark Drew Crosland Guimarães
Gilberto Kac
Michael Reichenheim
Iná S. Santos
Reinaldo Souza-Santos
Claudia Travassos

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO
REVIEW EDITOR
Francisco I. Bastos

EDITORA DE RESENHAS
BOOK REVIEW EDITOR
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES
ASSISTANT EDITORS

Leandro Carvalho
Marcia Pietrukowicz
Carolina Ribeiro

EDITOR ADMINISTRATIVO
MANAGING EDITOR
Clayson Quintão Fuly

SECRETÁRIA EXECUTIVA
EXECUTIVE SECRETARY
Carla Alves



Carlos E. A. Coimbra Jr.
Editor

ANEXO D



Over 25 seminars
for just £85

BMJ careersfair

HOME HELP FEEDBACK SUBSCRIPTIONS ARCHIVE SEARCH REGISTER

J Epidemiol Community Health. Published Online First: 25 June 2008. doi:10.1136/jech.2007.069740
Copyright © 2008 by the BMJ Publishing Group Ltd.

RESEARCH REPORTS

Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work

Luana Giatti¹, Sandhi Maria Barreto², Cibele Comini César³

¹ Medical School of the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil;

² Medical School of the Federal University of Minas, Belo Horizonte, Brazil;

³ Science Institute of the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil

To whom correspondence should be addressed. E-mail: luanagiatti@terra.com.br

ABSTRACT

ABSTRACT

Objective: This article investigates whether the presence of residents in precarious work situations influences the self rated health of the people living in the same household.

Methods: The study is based on the National Household Survey (PNAD) carried out in 1998 (n=85,384) and 2003 (n=89,063) by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. These samples included all individuals aged 15 years and over, who lived in large metropolitan regions of Brazil. The effects at individual and household levels were estimated by the generalized estimation equations (GEE).

Results: At the individual level, poor self rated health was inversely associated with schooling and positively associated with female sex, older age, informal work, unemployment and not economically active. Living in households with at least one informal or unemployed worker was positively associated with poor self rated health, regardless of individual factors and socio-economic characteristics of the household both in 1998 (informal work: OR=1.09;95%CI:1.06-1.12; unemployment: OR=1.08; 95%CI: 1.04-1.13), and in 2003 (informal work: OR=1.06;95%CI:1.03-1.10; unemployment: OR=1.10; 95%CI: 1.05-1.15).

Conclusion: These results suggest that unemployment and/or informal work have a contextual impact on the self rated health of household dwellers. They add to the hypothesis that adverse conditions in the labor market and their impact on the health of both individuals and groups are relevant in understanding inequalities in health.

HOME HELP FEEDBACK SUBSCRIPTIONS ARCHIVE SEARCH REGISTER

[Terms and conditions relating to subscriptions purchased online](#) | [Website terms and conditions](#) | [Privacy policy](#)

Copyright © 2008 by the BMJ Publishing Group Ltd.

Disponível em: <http://jech.bmj.com/onlinefirst.dtl>



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a doutoranda Luana Giatti Gonçalves, nos termos do art. 2º, item VI da Resolução nº 05, de 10-03-83, do Conselho Federal de Educação e das Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG.

Aos nove dias do mês de dezembro de dois mil e cinco, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu a doutoranda **LUANA GIATTI GONÇALVES** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de tese intitulado: **“SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO E INIQUIDADES EM SAÚDE ENTRE HOMENS RESIDENTES EM REGIÕES METROPOLITANAS, 1998 e 2003”**, perante a comissão examinadora composta pelos Professores: Eli lola Gurgel Andrade e Elizabeth Carmen Duarte. A Profa. Sandhi Maria Barreto, orientadora – UFMG, participou como ouvinte. A sessão iniciou-se às 10:30 horas, na sala 7011, 7º andar da Faculdade de Medicina e constou da exposição oral e projeção de slides com a presença dos professores acima citados. Após a exposição do candidato, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação, o material didático utilizado e o conteúdo do trabalho. Após a arguição a banca examinadora do exame de qualificação considerou o aluno APTO a se submeter à defesa de tese. Para constar, lavrou-se a presente ATA que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de dezembro de 2005.

Profa. Sandhi Maria Barreto /orientadora Sandhi

Profa. Elizabeth Carmen Duarte Elizabeth

Profa. Eli lola Gurgel Andrade Eli lola

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães/coordenador Mark Drew

PROF. MARK DREW CROSLAND GUIMARÃES
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública