

ISABELLA DE OLIVEIRA CAMPOS MIQUILIN

**DESIGUALDADES EM SAÚDE ENTRE TRABALHADORES
BRASILEIROS: Análise da PNAD/2008**

**CAMPINAS
2011**

ISABELLA DE OLIVEIRA CAMPOS MIQUILIN

**DESIGUALDADES EM SAÚDE ENTRE TRABALHADORES
BRASILEIROS: Análise da PNAD/2008**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho

**CAMPINAS
2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**
Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

M669d Miquilin, Isabella de Oliveira Campos
Desigualdades em saúde entre trabalhadores brasileiros: análise da
PNAD/2008. / Isabella de Oliveira Campos Miquilin. -- Campinas, SP
: [s.n.], 2011.

Orientador : Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Políticas públicas. 3. Saúde do
trabalhador. 4. Trabalhadores. I. Corrêa Filho, Heleno Rodrigues. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

**Título em inglês: Inequalities in health among brazilian workers: Analysis of
PNAD/2008**

Keywords: • Health services accessibility
• Public Policies
• Occupational Health
• Workers

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva
Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro
Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida

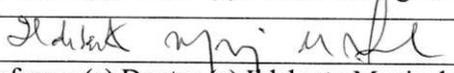
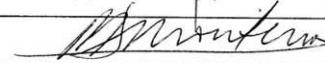
Data da defesa: 22-02-2011

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Orientador(a): Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Membros:

Professor (a) Doutor (a) Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Professor (a) Doutor (a) Ildeberto Muniz de Almeida

Professor (a) Doutor (a) Maria Inês Monteiro

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/2011

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Maria Izabel (*in memoriam*) e Napoleão, meu irmão Fabrício, meus sogros Vera e Acácio e minhas cunhadas Carol e Cida, por todo afeto, amor e carinho. Serei eternamente grata.

Ao meu esposo, companheiro e amigo Michel Angelis, que com otimismo, sabedoria e amor tem me mostrado a cada dia a beleza da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, espírito de amor infinito, por todas as bênçãos em minha vida.

Ao Prof. Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pelo gentil acolhimento, paciência e sábios ensinamentos durante essa caminhada.

Aos coordenadores do Observatório de Saúde do Trabalhador Hermano de Castro e Francisco Pedra, pela oportunidade de participar dessa importante conquista dos trabalhadores brasileiros.

Aos Professores Dra. Maria Inês Monteiro, Dra. Aparecida Mari Iguti e Dr. Ildeberto Muniz de Almeida, pela atenção, gentileza e preciosas contribuições que conduziram a versão final desse trabalho.

Aos Professores Dr. Carlos Roberto Silveira Correa, Dr. Celso Stephan e Dr. Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela, por aceitarem gentilmente o convite para composição das bancas.

À Letícia Marín Leon, que compartilhou seus conhecimentos ao longo desse período com sabedoria, amizade e calma.

Ao amigo José Vilton, pela amizade, apoio e explicações que auxiliaram nesse estudo.

Ao Paulo Vicente Mitchell do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela valiosa ajuda para realização desse trabalho.

À Maísa, Rogério e funcionários da FCM/UNICAMP, pelo apoio e ajuda.

Aos amigos e companheiros do mestrado, pelo apoio e luta conjunta.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por bolsa parcial concedida durante o segundo ano do mestrado.

Ao Observatório de Saúde do Trabalhador e seus coordenadores, por bolsa concedida durante o primeiro ano do mestrado.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	xiii
RESUMO	xvii
ABSTRACT	xix
APRESENTAÇÃO	21
Motivação para o estudo	23
INTRODUÇÃO GERAL	27
Neoliberalismo.....	30
Neoliberalismo e Trabalho	31
Informalidade.....	33
Desemprego.....	39
Desigualdades em saúde e trabalho	42
JUSTIFICATIVA	51
HIPÓTESE	53
OBJETIVOS.....	55
CAPÍTULOS	57
CAPÍTULO I: Desigualdades sociodemográficas, econômicas e de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil	57
CAPÍTULO II: Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil.....	95
CAPÍTULO III: Inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir de propostas das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador	125
DISCUSSÃO GERAL	149
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
ANEXOS.....	183
APÊNDICES	191

LISTA DE ABREVIATURAS

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST– Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CESTEH – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CGT – Central Geral dos Trabalhadores
CGTB – Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
CIET – Confederação Internacional de Estatísticos do Trabalho
CIST – Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNST – Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
Conjuve – Conselho Nacional de Juventude
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DESSAUDE – Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho/UERJ
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social
DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
ECINF – Economia Informal Urbana
EMCONET – Employment Conditions Network
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILO – International Labour Organization
INSS– Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
MPS – Ministério da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NCST – Nova Central Sindical de Trabalhadores
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OST – Observatório de Saúde do Trabalhador
PEA – Pessoas Economicamente Ativas
PED – Pesquisa de Emprego e Desemprego
PME – Pesquisa Mensal de Emprego
PME – Pesquisa Mundial de Saúde
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida

REBRAST – Rede Brasileira de Saúde do Trabalhador e Ambiente
RENAST – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
SEAD – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIELO – Scientific Eletronic Library Online
SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences
STATA® – Data Analysis and Statistical Software
SUS – Sistema Único de Saúde
SVY – Survey
UGT – União Geral dos Trabalhadores
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
WHO – World Health Organization

RESUMO

A desestruturação do mercado de trabalho, acentuada principalmente a partir da década de 1990, encontra-se atrelada aos desafios impostos pela política econômica neoliberal oriunda dos países capitalistas hegemônicos. Desemprego, informalidade, postos de trabalho temporários, precarização dos contratos de trabalho e aumento das exigências laborais, são resultantes da perda do poder de negociação dos trabalhadores. Neste cenário, a saúde do trabalhador, como conquista, desenvolve-se diante de discurso patronal dominante que nega a fragilidade do processo de trabalho ao mesmo tempo em que os vínculos com os movimentos sociais de trabalhadores organizados são desfeitos e que as políticas públicas de saúde do trabalhador são ineficazes. Superando a tendência biologicista do século XIX, a vertente social vem se estruturando nos estudos em Saúde Coletiva sobre as desigualdades em saúde. O conhecimento sobre a forma com que a sociedade se organiza e se desenvolve é visto como base para entender como essa organização pode afetar as condições de vida e trabalho nos diversos grupos sociais. Assim, considerando a forma de inserção do trabalhador na estrutura produtiva do país, foi realizado estudo com o objetivo de analisar desigualdades em saúde entre trabalhadores brasileiros. Foram utilizados os microdados da pesquisa básica e do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. Os sujeitos da pesquisa são homens e mulheres, de 18 a 64 anos, moradores das 26 Unidades de Federação e do Distrito Federal pertencentes à população economicamente ativa urbana (n=152.233). Estes trabalhadores foram classificados em três categorias de análise: formais (n=76.246), informais (n=62.612) e desempregados (n=13.375). Considerando o desenho amostral complexo, a partir do software estatístico STATA®, versão 9.0, foram calculadas prevalências das variáveis sociodemográficas, econômicas e características do trabalho principal entre as categorias de análise. Também foram estimadas razões de prevalência de morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores utilizando regressão de Poisson. Ajustes foram feitos por sexo, idade, escolaridade, região de residência, tabagismo e tipo de informante. Trabalhadores formais foram categoria de referência e o intervalo de confiança estimado foi de 95%. Complementarmente foram analisadas e discutidas propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas de saúde do trabalhador presentes nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Os trabalhadores informais e desempregados, além de apresentarem piores indicadores socioeconômicos, apresentaram piores percepções da própria saúde, maiores relatos de morbidade e menor acesso e utilização dos serviços de saúde quando comparados aos trabalhadores formais. Apesar das desigualdades identificadas, a análise dos relatórios finais das Conferências evidenciou que o debate sobre a inclusão desses trabalhadores em políticas públicas é recente e poucas propostas foram concretizadas. Espera-se que esse estudo auxilie na elaboração de outros estudos sobre as desigualdades em saúde entre os trabalhadores e que tenha mostrado a necessidade de elaboração de políticas públicas de saúde do trabalhador inclusivas que contemplem a heterogeneidade do mercado de trabalho brasileiro.

Palavras-Chave: Desigualdades em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Políticas públicas, Saúde do trabalhador, Trabalhadores.

ABSTRACT

The disintegration of the labor market, especially sharp from the 1990s, is linked to the challenges of neoliberal economic policy coming from the hegemonic capitalist countries. Unemployment, informality, temporary jobs, precariousness of employment contracts and increased job demands arise from the loss of bargaining power of workers. In this scenario, the occupational health, such as achievement, develops before employer dominant discourse that denies the fragility of the work process at the same time that their links with social movements of organized workers are broken and that public health policies the employees are ineffective. Overcoming the biologist tendency of the nineteenth century, the social aspect is being structured in Public Health studies on health inequalities. Knowledge about the way society organizes and develops itself is seen as a basis for understanding how that organization can affect the living and working in different social groups. Thus, considering the form of participation of workers in the country's productive structure, a study was carried to analyze health inequalities among Brazilian workers. We used the data from basic research and health supplement from the National Household Sample Survey (PNAD) 2008. The study subjects were men and women aged 18 to 64 years, residents of 26 units of the Federation and the Federal District belonging to the economically active urban (n = 152,233). These workers were classified into three different categories: formal (n = 76,246), Informal (n = 62,612) and unemployed (n = 13,375). Considering the complex sample design, from the statistical software STATA®, version 9.0, we calculated prevalences of sociodemographic variables, economic and job characteristics between the main categories of analysis. We also estimated prevalence rates of morbidity, access and utilization of health services among workers using Poisson regression. Adjustments were made for sex, age, education, region of residence, smoking and type of informant. Formal workers were the reference category and the estimated confidence interval was 95%.

In addition were analyzed and discussed proposals for inclusion of informal workers and unemployed people in occupational health public policies present in the final reports of the National Conferences on Occupational Health. Informal workers and unemployed, despite presenting the lowest socioeconomic indicators, showed worse perceptions of their health, increased reports of morbidity and less access to and use of health services when compared to formal workers. Despite the inequalities identified, the analysis of final reports of the conferences showed that the debate about inclusion of these workers in public policy is recent and few proposals were implemented. It is hoped that this study helps in elaboration of further studies on health inequalities among workers and has shown the necessity of developing inclusive public occupational health policies that embrace the diversity of the Brazilian labor market.

Keywords: Health inequalities, Health Services Accessibility, Public Policies, Occupational Health, Workers.

APRESENTAÇÃO

Ao me questionar sobre os motivos de estudar as questões de saúde e trabalho sinto-me impulsionada a lembrar a trajetória que me faz hoje pensar na indissociável relação entre esses temas e nas inexauríveis possibilidades de estudá-los.

Sou enfermeira, formada desde 2004, pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, na cidade de Niterói, Rio de Janeiro. Foi durante o curso de graduação, realizando estágios em hospitais e nas unidades básicas de saúde, que passei a refletir sobre a influência do trabalho e das condições laborais na vida das pessoas, na família, na satisfação pessoal e na sociedade.

As atividades práticas ensinam, amadurecem e expõem à realidade. Assim, pude conhecer e participar da labuta de profissionais em condições perenes de estresse e de carência de recursos materiais e humanos para a mínima execução de suas atividades. Vendo suas expectativas serem frustradas a cada dia de trabalho, percebi que não havia nada de novo em seus “fronts de batalha”, o que alimentava a frustração e a falta de esperança.

E foi nesse período de crescente aprendizado que ao sofrer um acidente com material biológico passei a fazer as primeiras reflexões sobre saúde e trabalho: Por que o trabalhador adocece? Por que se acidenta? Quais as influências do processo de trabalho sobre a saúde e o adoecimento?

Carregando essas inquietações, em 2006, após um tempo gratificante de trabalho na enfermagem assistencial, passei a integrar a equipe do Departamento de Saúde e Segurança do Trabalho (DESSAUDE) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, durante a residência em Enfermagem do Trabalho.

O atendimento aos trabalhadores acidentados ou adoecidos, desde o acolhimento até o direcionamento das ações posteriores, foi divisor de águas em minha vida pessoal e profissional. Compreendi que havia aspectos imensuráveis diante desses acontecimentos: a dor, o sofrimento, a mudança nas relações familiares e sociais, o medo e muitos outros aspectos de dimensões tão sutis porém impactantes na vida destes trabalhadores.

Assim, os conflitos entre capital e trabalho tornaram-se mais claros, e foi a partir do interesse em estudar como esses aspectos poderiam influenciar a vida dos trabalhadores que, em 2008, procurei o Professor Heleno Rodrigues Corrêa Filho, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, para orientação de mestrado.

O período do mestrado proporcionou inúmeros ganhos, dentre eles a oportunidade de realizar por dois semestres atividades de auxílio docência em disciplinas da pós-graduação em epidemiologia e da graduação em medicina.

Outro importante aspecto foi ter tido oportunidade de participar do projeto da Rede Brasileira de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (REBRAST), e, por conseguinte, do acompanhamento da elaboração do Observatório de Saúde do Trabalhador, o que direcionou esse estudo a atender um dos eixos temáticos propostos pela REBRAST e assim contribuir com os objetivos da rede.

Não tenho a pretensão de usar do instrumental metodológico da epidemiologia para responder essas questões ou encontrar, de fato, uma solução factível para o problema, pois um único ramo do conhecimento não é capaz de representar a panacéia para as contendas de saúde e trabalho, porém, o interesse em tentar adquirir informações sobre a situação de vida e saúde dos trabalhadores colocou-me diante da possibilidade de extrair esses dados do maior inquérito domiciliar nacional de base populacional: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), possibilitando a elaboração de sugestões e reflexões acerca da necessidade de ação conjunta para o enfrentamento dos problemas de saúde do trabalhador no país.

Logo, aventurar-me nessa jornada tem possibilitado transformar dados em conhecimento, com o intuito de compartilhar, democratizar e devolver, em forma de informação, o tempo que os trabalhadores e seus familiares doaram durante as entrevistas, além de ser oportunidade de aprendizado e de contato com pessoas ímpares que já modificaram a minha vida.

Motivação para o estudo

A motivação para realização deste estudo sobreveio da participação no projeto institucional da “Rede Brasileira de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente” (REBRAST), por meio da parceria com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) na representação do Professor Doutor Heleno Rodrigues Corrêa Filho, pesquisador do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Saúde e Trabalho, do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/UNICAMP.

A organização da REBRAST é uma iniciativa do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), pertencente ao Departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Trata-se de uma rede que procura integrar instituições, serviços e trabalhadores organizados nas centrais sindicais brasileiras com o objetivo de propor alternativas e soluções de problemas referentes à saúde do trabalhador e ambiente no Brasil. Uma vez que se entende a necessidade de envolvimento de todas as áreas técnicas do conhecimento, a REBRAST pretende unir e ampliar os contatos entre instituições públicas e privadas, profissionais e representantes políticos na busca de soluções alternativas em saúde do trabalhador.

A proposta de organização dessa rede surge a partir de discussões anteriores à sua elaboração, que tiveram como foco as modificações no meio ambiente e nas condições de trabalho provocadas principalmente pelas políticas econômicas neoliberais. Segundo Siqueira et al. (2003) o neoliberalismo promove alterações nas estruturas econômicas e produtivas dos países da América Latina, acentua as desigualdades sociais e faz emergir graves alterações no âmbito do trabalho e do meio ambiente, o que fomenta áreas da saúde do trabalhador e saúde ambiental para a construção de novos projetos para viabilizar alternativas concretas para o enfrentamento desta problemática.

Na América Latina, o marco inicial das discussões a respeito do neoliberalismo e suas consequências foi a “Primeira Conferência em Saúde Ocupacional e Ambiental” realizada em 2000 na cidade de Morélia, no México. Reunindo representantes de vários países das três Américas, esta Conferência possibilitou a articulação de profissionais de diferentes instituições e de distintas áreas do conhecimento. Isso propiciou o delineamento

de linhas de atuação e fortalecimento de propósitos de constituição de espaços abertos para fomentar discussões temáticas, troca e circulação de informações, o que favoreceu a elaboração do esboço do que seria o Observatório das Américas (SIQUEIRA et al. , 2003)¹.

Posteriormente, em 2002, a “II Conferência do Observatório das Américas” e a “II Conferência de Saúde Ocupacional e Ambiental: Integrando as Américas” foram realizadas no Brasil na cidade de Salvador, Bahia, em um evento que contou com a presença de cerca de 200 lideranças expressivas da área de saúde do trabalhador e ambiental do Brasil e de vários outros países das Américas como Estados Unidos, Venezuela, Chile, Argentina, México, Peru e Equador. A presença de representantes de sindicatos, universidades, serviços de saúde e organizações não-governamentais destes países reforçou a necessidade de viabilizar a cooperação internacional entre diversas instituições, com vistas à melhoria do meio ambiente e das condições de trabalho e saúde nas Américas (SIQUEIRA et al., 2003).

No Brasil, desde 2002, tentativas para a criação de um observatório de saúde do trabalhador vem sendo feitas². O Ministério da Saúde (MS), em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil, criou o Observatório Nacional de Saúde do Trabalhador como estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Em 2008 a FIOCRUZ, por iniciativa do (CESTEH/ESNP), retomou a discussão sobre a criação de um observatório em saúde do trabalhador que fosse instrumento de integração das organizações sindicais, promovendo o controle social e potencializando novas formas de atuação sindical na defesa dos trabalhadores. Este observatório teria o intuito de gerar informações capazes de subsidiar ações resolutivas em saúde e segurança, fortalecendo a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador.

O reconhecimento legal das centrais sindicais como conquista social e representação máxima dos trabalhadores no Brasil aponta para necessidade de diálogo entre as centrais sindicais, a fim de discutir as questões de saúde, trabalho e meio ambiente.

Assim, em junho de 2009, foi realizado no Rio de Janeiro o “I Seminário do

¹ Os Observatórios têm sido usados por pesquisadores e instituições sociais de todo o mundo como um lugar
² Observatório de Saúde do Trabalhador. Histórico. Disponível em <http://www.observatoriost.com.br/home.php>> Acesso em: 19 Abr. 2010.

Observatório de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente”, organizado pelo coordenador do projeto da REBRASST, Hermano Albuquerque de Castro, com o objetivo de apresentar aos representantes das seis maiores centrais sindicais do Brasil – Central Única dos Trabalhadores (CUT), Central Geral dos Trabalhadores (CGT), União Geral dos Trabalhadores (UGT), Força Sindical, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST) e Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB) – o projeto de implantação desta rede.

A REBRASST propõe a construção de uma rede ativa, voluntária e cooperativa entre instituições, serviços e trabalhadores organizados nas centrais sindicais, para a busca de soluções para problemas em saúde do trabalhador, compartilhando recursos, informações e experiências (BRASIL, 2009), cuja estratégia de funcionamento seria o Observatório de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente.

Funcionando como portal na internet e servindo como instrumento de integração e acesso a informações úteis para o propósito da REBRASST, os objetivos do Observatório apresentados durante o I Seminário foram (BRASIL, 2009):

- Permitir a divulgação e troca de informações, vivências e lutas dos trabalhadores, favorecendo o compartilhamento de experiências e debates;
- Acelerar o atendimento das demandas na área de saúde do trabalhador e meio ambiente pelos serviços do Sistema Único da Saúde (SUS), por intermédio de suas unidades assistenciais, laboratórios, serviços especializados, centros de referência em saúde do trabalhador, universidades, especialistas conveniados, credenciados e outros tipos de recursos próprios ou complementares ao SUS;
- Tornar pública informações provenientes das bases sindicais sobre assuntos pertinentes à saúde do trabalhador e meio ambiente;
- Facilitar e promover o acesso e a integração entre demandas em saúde do trabalhador e ambiente no Brasil e provedores de serviços e soluções habilitados, reduzindo as distâncias entre trabalhadores organizados em suas organizações sindicais, os serviços da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) e a população;
- Servir de suporte nos processos de investigação e formulação de políticas dirigidas à solução dos problemas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;
- Facilitar e dinamizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador;
- Subsidiar a formação de uma massa crítica de trabalhadores que sejam atores

sociais neste processo, capazes de identificar e expor as demandas em saúde do trabalhador e ambiente a fim de se criar uma cultura de antecipação e compartilhamento dos problemas de interesse comum aos trabalhadores.

O “II Seminário do Observatório de Saúde do Trabalhador” foi realizado na cidade de São Paulo, em maio de 2010. Com o intuito de apresentar oficialmente o portal, esse evento reuniu representantes das centrais sindicais, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-America da Saúde e idealizadores do projeto – juntamente com o atual coordenador do Observatório, o pesquisador e médico sanitário Francisco Pedra, da FIOCRUZ – para discutir as propostas de ampliação da REBRASST e de consolidação do Observatório, a fim de que este funcione como rede sentinela, capaz de unir os trabalhadores, agregar serviços e antecipar possíveis danos à saúde do trabalhador e ao ambiente.

O portal do Observatório tornou-se disponível a partir de maio de 2010 no endereço eletrônico www.observatoriost.com.br. As funções e atribuições dos participantes, suas responsabilidades e prerrogativas, formas de integração, prioridades de ação, aspectos orgânicos, éticos e jurídicos, bem como as características do portal e a relação da REBRASST com o SUS e serviços de saúde têm sido pauta de discussão entre as centrais sindicais e os demais integrantes mediante videoconferências.

Os eixos temáticos propostos para investigação e discussão entre os trabalhadores têm como prioridade as mortes no trabalho, a organização da produção saudável, controle do uso dos agrotóxicos, defesa dos direitos previdenciários, políticas públicas, exclusão social, promoção da saúde, análises socioeconômicas e sociopolíticas. Outros temas também foram priorizados para fomentar discussões e pesquisas pela considerável relevância para a saúde do trabalhador e meio ambiente, como as análises epidemiológicas, as quais serão abordadas nesse estudo.

INTRODUÇÃO GERAL

A saúde do trabalhador é uma conquista social que possui uma história de lutas, desafios e resistência às forças contrárias que dificultam a consolidação de ações e políticas voltadas para o bem-estar do trabalhador.

A adoção de políticas econômicas voltadas para o lucro a qualquer custo negligenciou, desde a expansão do sistema capitalista, as repercussões e os impactos gerados por esse modelo econômico na organização e estruturação do trabalho nas sociedades e também na saúde dos trabalhadores.

Neste contexto, diante da precarização das relações de trabalho, intensificação de ritmos, perda de postos de trabalho e a exigência de polivalência (requisições diferenciadas na atividade laboral) verificam-se a ampliação e o agravamento do quadro de doenças e riscos de acidentes nos espaços socio-ocupacionais (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Dados nacionais sobre acidentes de trabalho fatais ou não fatais e de adoecimentos relacionados ao trabalho, apesar de serem considerados elevados, não representam a totalidade desses agravos no país. A subnotificação e a resistência em reconhecer a relação das doenças com o trabalho encobrem uma realidade muito pior que, entretanto, se refere apenas a uma parcela da população economicamente ativa (PEA)³ que possui contratos de trabalho que permitam vínculos de proteção social.

As fontes de informação em saúde do trabalhador no país ainda apresentam aspectos estruturais a serem aprimorados, tais como a uniformização dos dados e o melhor delineamento das variáveis de interesse. O sistema de banco de dados do DATASUS, por exemplo, não apresenta informações adicionais como dados socioeconômicos, características do trabalho, tipo de adoecimento e demais informações importantes a compreensão ampla da situação de trabalho, saúde e adoecimento. Além disso, esse sistema não disponibiliza dados de trabalhadores sem proteção previdenciária.

Ante a falta de registros periódicos e de um sistema organizado de informações

³ Compreende pessoas de 10 anos ou mais de idade consideradas ocupadas ou desocupadas em um período de referência (IBGE, 2008).

referentes às condições de saúde dos trabalhadores informais e desempregados, estudos sobre a saúde desses trabalhadores no país são realizados a partir da iniciativa de alguns pesquisadores vinculados às Universidades.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), no artigo 6º, parágrafo 3º, regulamentou os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador como: "Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (BRASIL, 1990).

Porém, desde a Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, até o momento, não foi delineado um sistema de vigilância em saúde eficaz, com informações contínuas e não fragmentadas de todos os trabalhadores.

Nesse sentido, com a finalidade de levantar, analisar e disponibilizar dados referentes à situação de saúde dos trabalhadores alinhados com os eixos temáticos propostos pelo Observatório de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente, foi realizado um estudo sobre desigualdades em saúde entre os trabalhadores brasileiros, segmentados em três categorias de análise: formais, informais e desempregados, a fim de conhecer sua situação de saúde, bem como promover o debate acerca das políticas públicas de saúde do trabalhador.

A escolha do tema para este estudo partiu da observação, já apresentada, da inexistência de sistema de vigilância ou bases de dados nacionais que contenha dados sobre os aspectos de morbidade dos trabalhadores identificando-os segundo forma de inserção no mercado de trabalho. Esse fato, associado à ausência de informações sobre acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores pode dificultar tanto o conhecimento dos impactos gerados por essas formas de inserção na saúde dos trabalhadores, quanto a formulação de políticas públicas e estudos sobre as desigualdades em saúde. Dessa forma, sabendo-se que a forma de inserção do indivíduo no mercado de trabalho expressa diferenças sociais e econômicas, acredita-se que estas diferenças possam influenciar nos aspectos de morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde, favorecendo as desigualdades em saúde entre os trabalhadores.

A análise da problemática apresentada parte do princípio de que a forma na

qual os trabalhadores se inserem no mercado de trabalho é determinada pelos padrões de distribuição capitalista do espaço que, acentuados pelo regime de acumulação flexível e intensificados pelo neoliberalismo, implicam em relações de produção que fragilizam os movimentos sociais, deterioram os vínculos empregatícios, fragmentam o mercado de trabalho, diminuem a proteção social ao mesmo tempo em que repercutem nos aspectos de morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde pelos trabalhadores, o que pode influenciar no aumento das desigualdades em saúde.

Logo, este estudo concentra-se na compreensão de que os fatores que influenciam o processo de saúde-adoecimento, bem como acesso e utilização dos serviços de saúde, não ocorrem ao acaso, e se distribuem de forma desigual entre os trabalhadores, de acordo com a sua inserção no mercado de trabalho.

O conceito de desigualdade em saúde vem sendo estudado por diversos autores apresentando distintas definições. Neste estudo, foi usada a definição de desigualdade em saúde como “...distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde...” (DUARTE et al., 2002, p.19), uma vez que essa definição permite o estudo da influência dos aspectos sociais na saúde do trabalhador.

Dada a possibilidade de apresentação da dissertação em versões alternativas ao formato tradicional, conforme normas especificadas pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, os três capítulos desse estudo apresentam-se no formato de artigo, respondendo aos objetivos específicos propostos.

O primeiro capítulo, “Desigualdades sociodemográficas, econômicas e de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil” teve por objetivo analisar se o tipo de vínculo de trabalho se associa a desigualdades sociodemográficas, econômicas, na saúde percebida e morbidade referida entre os trabalhadores brasileiros.

O segundo capítulo, intitulado: “Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil” buscou estudar a associação entre forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho e desigualdades quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde.

O terceiro e último capítulo: “Inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir de propostas das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador” teve por finalidade complementar as análises dos artigos anteriores buscando conhecer, entre as resoluções presentes nos relatórios finais dessas três Conferências, aquelas que apresentaram propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas.

Neoliberalismo

Da antiga organização feudal até o surgimento da pequena burguesia industrial no século XVIII as formas de produção capitalista foram se consolidando e as relações de produção sofrendo alterações de acordo com as necessidades de expansão do mercado. Gradualmente, o liberalismo tornou-se a ideologia da nova classe (burguesia) e do novo modo de produção, o capitalismo (PEREIRA, 2004).

No entanto, durante o século XX, crises de superprodução e pânico financeiros caracterizaram a importante crise financeira de 1929, em que liberais reformistas fortaleceram suas ideias de intervenção estatal como saída reguladora para a crise. Este cenário favoreceu a consolidação da doutrina do economista britânico John Maynard Keynes, que em 1936 publicou sua obra “Teoria geral do emprego, do juro e da moeda”, combatendo as teorias dos economistas neoclássicos e defendendo uma política intervencionista por parte do Estado, em que o governo controlaria os efeitos nocivos dos ciclos econômicos por meio de medidas monetárias e fiscais (MORAES, 2001).

O sucesso de suas ideias culminou nas décadas de 1950 e 1960, e as principais potências econômicas do Ocidente passaram a adotá-las após a segunda guerra mundial. Porém, a partir da década de 1970, houve um declínio na influência de Keynes na política econômica, e em oposição crítica ao seu pensamento intervencionista, emergiu o pensamento neoliberal. A obra “O caminho da servidão”, lançado em 1944 pelo austríaco Friedrich Von Hayek, pode ser considerado um manifesto inaugural e documento de referência ao movimento agora chamado de neoliberal. Neste texto, ele acusa o Estado-providência de destruir a liberdade dos cidadãos e acabar com a competição criadora (MORAES, 2001).

Assim, em 1975, após problemas políticos que geraram sobrecargas do Estado, o período de isolamento dos neoliberais teve um fim. Nesse período, as companhias multinacionais e muitas fábricas espalhavam-se pelo mundo, movimentando gigantescos investimentos e fundos financeiros ao mesmo tempo em que ocorriam conquistas de governos importantes por líderes partidários aliados aos programas neoliberais na Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha (MORAES, 2001) que constituem um conjunto de políticas e processos que permitem a um número relativamente pequeno de pessoas, com interesses particulares, controlarem a maior parte possível da vida social, com o objetivo de maximizar seus benefícios individuais (CHOMSKY, 2002).

Nos demais países latino-americanos, o fim dos anos 80 significou a expansão do neoliberalismo: no México, consolida-se em 1988; na Argentina, com Menem, em 1989; na Venezuela, com Peres, em 1988; e no Peru, com Fujimori, em 1990. A ofensiva neoliberal no Brasil foi iniciada no final do governo Sarney e perpassa os governos Collor e Itamar, aprofundando-se e consolidando-se com Fernando Henrique Cardoso (1994/2002) (ABRAMIDES; CABRAL, 2003), em que, o neoliberalismo deu continuidade às lutas dos liberais identificando como inimigos o Estado de Bem-Estar Social, a planificação e a intervenção estatal na economia (MORAES, 2001).

Neoliberalismo e Trabalho

O trabalho representa uma relação dialética entre os homens e a natureza, entre teoria e a prática, garantindo tanto a manutenção da vida individual quanto em grupo, além do desenvolvimento das sociedades.

Entretanto, devido influências exercidas pelas mudanças nos modos de produção de cada sociedade, o trabalho foi desvirtuando de sua simples função de manutenção da vida, e na medida em que diferentes interesses econômicos foram emergindo, abismos entre detentores dos meios de produção e proletariado surgiram, o que repercutiu diretamente nas relações sociais humanas:

O advento do capitalismo transforma radicalmente a relação do homem com a natureza e dos homens entre si, possibilitando a apropriação privada dos meios de produção apenas por uma parte da sociedade, a

exploração do trabalho de segmentos significativos da população, e, conseqüentemente, a apropriação por parte dos proprietários dos meios de produção do trabalho excedente realizado pelos trabalhadores (COHN; MARSIGLIA, 1993, p.73).

O regime de acumulação chamado de flexível, caráter ideológico relacionado às necessidades colocadas pela nova ordem capitalista, passou a ser sinônimo de organização moderna (BERNARDO, 2009), sendo, entretanto, conforme afirma Bourdieu (1998), eufemismo para encobrir a diminuição dos direitos sociais e trabalhistas de uma ampla parcela da população.

Apresentando-se sob o rótulo de inevitabilidade (BOURDIEU, 1998), e procurando marginalizar os movimentos políticos e sociais organizados, ou mesmo intelectuais, com pensamentos contrários aos seus, as políticas neoliberais na década de 1990 foram amplamente aplicadas no Brasil (POCHMANN, 2001).

Quanto à organização dos trabalhadores, segundo a ideologia do pensamento neoliberal, os movimentos sociais como os sindicatos são considerados prejudiciais ao desenvolvimento do capitalismo. Segundo Moraes (2001), estes movimentos seriam responsáveis por sabotar as bases da acumulação privada por meio de reivindicações que levariam o Estado a adquirir despesas sociais e investimentos que não implicariam em retorno financeiro para o próprio Estado.

Nos países da América Latina, por exemplo, o adversário do ideário neoliberal seria o modelo de governo baseado nas ideologias nacionalistas e desenvolvimentistas, além do populismo e o comunismo, cuja solução era desenvolver ações governamentais contra os sindicatos e reformas pelo e para o mercado, libertando o capital dos controles civilizatórios que foram impostos por 200 anos de lutas populares (MORAES, 2001).

De acordo com Pochmann (2001) o mito produzido pelo custo do trabalho, alegando que este custo era desfavorável ao crescimento econômico, acabou por tornar ainda mais baixos os salários sem que houvesse estímulos para a geração de mais empregos.

Os anos 80 e 90 representaram décadas de baixo crescimento e ou estagnação e retrocessos econômicos na maioria dos países da região. Período em que as políticas

liberais e conservadoras do ponto de vista macroeconômico e social - abertura comercial e financeira, privatização, terceirização, flexibilização da legislação trabalhista, redução dos gastos e investimentos públicos na geração de emprego e renda - tornaram-se hegemônicas, traduzindo-se em um conjunto de medidas baseadas na lógica do ajuste fiscal e da redução do papel do Estado. Como resultado deste processo, os mercados nacionais de trabalho tornaram-se ainda mais precários, heterogêneos, desregulamentados e desestruturados (DIEESE, 2007).

Assim, no início dos anos 2000, o ambiente econômico nacional se configurava em um tipo de mercado de trabalho caracterizado por aumento da insegurança laboral, derivado tanto do menor ritmo de crescimento econômico e, conseqüentemente, da queda de geração de empregos, como das mudanças institucionais realizadas com relação às necessidades de maior competitividade nos mercados de produtos e flexibilidade laboral nos mercados de trabalho, como o aumento do desemprego, as mudanças nas atividades e nas ocupações e a maior necessidade de manter níveis estáveis de emprego (CACCIAMALI; BRITO, 2002).

Segundo Antunes (1999) como mutações importantes no mundo do trabalho observa-se redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada e que se desenvolveu na vigência do binômio taylorismo/fordismo⁴. Essa redução possui raízes na reestruturação produtiva do capital, no desenvolvimento da *lean production*⁵, na expansão ocidental do toyotismo⁶, flexibilização e desconcentração (e muitas vezes desterritorialização) do espaço físico produtivo, motivada pela introdução da máquina informatizada e introdução de novas formas de trabalho doméstico (ANTUNES, 1999).

Informalidade

Foi possível observar na revisão de literatura que um conceito universalmente

⁴ Taylorismo ou administração científica: modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro americano Frederick Taylor (1856-1915); Fordismo: Sistema de produção, criado pelo empresário norte-americano Henry Ford, em 1914, cuja principal característica é a fabricação em massa e um sistema baseado numa linha de montagem.

⁵ O Sistema Lean Production ou Produção Enxuta representa um modelo de gestão do sistema Toyota de produção.

⁶ Modo de organização da produção capitalista criado na fábrica da Toyota, no Japão.

aceito, bem como o uso de termos específicos para retratar essa realidade, vem sendo trabalhado por diversos autores, teóricos da economia e pela própria Organização Internacional do Trabalho. A confusão em torno das definições do trabalho informal é consequência da própria natureza complexa dessa categoria de trabalho, que engloba uma variedade de ocupações com características muito particulares.

O termo “setor informal” foi empregado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e utilizado pela primeira vez nos relatórios sobre Gana e Quênia, elaborados no Programa Mundial de Emprego, em 1972. Uma das principais conclusões alcançadas nestes relatórios foi que o problema social mais importante naqueles países não era o desemprego, mas sim a existência de grande número de ‘trabalhadores pobres’, ocupados em produzir bens e serviços sem qualquer regulamentação, reconhecimento ou proteção de suas atividades pelos órgãos públicos (JAKOBSEN et al., 2000).

Quando se estuda a origem do trabalho informal na América Latina verifica-se forte relação entre a intensa migração de trabalhadores do campo para a cidade após a Segunda Guerra Mundial, em decorrência das transformações nos meios de produção agrícolas que dispensaram mão de obra neste setor, somada à busca de melhores condições de trabalho na nascente indústria urbana. Porém, como não foi possível oferecer emprego remunerado para todos, os migrantes foram obrigados a criar seu próprio trabalho como meio de sobrevivência, o que aconteceu nos setores de comércio e serviços (JAKOBSEN et al., 2000).

Segundo Alves e Tavares (2006, p.425) “...as origens do trabalho informal podem ser buscadas numa categoria remanescente de séculos passados que conseguiu sobreviver, mesmo com a implantação do modo de produção capitalista no século XVIII, dando origem a uma forma modificada de produção material”.

Para as autoras existem tanto as formas tradicionais de trabalho informal, a exemplo do trabalho por conta própria, quanto categorias mais recentes, que são os trabalhadores submetidos a sucessivos contratos temporários sem nenhuma estabilidade e sem registro em carteira, podendo estar nas atividades instáveis, temporárias ou mesmo desempregados. Assim, o conceito de informalidade abrange uma diversidade de situações que incluem tanto as atividades informais tradicionais quanto as novas formas de trabalho precário (ALVES; TAVARES, 2006).

Em 2003, durante a 17ª Conferência Internacional de Estatísticos do Trabalho (CIET), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estabeleceu definições conceituais entre setor informal e emprego informal, na tentativa de padronizar as técnicas de mensuração desses conceitos e promover debate mais homogêneo sobre a informalidade entre os países. Neste sentido, o termo setor informal é um conceito que parte da perspectiva da unidade produtiva, ao passo que o termo emprego informal está associado aos postos de trabalho (OIT, 2003).

De acordo com resoluções da 90ª Conferência Internacional do Trabalho realizada em 2002, o termo economia informal seria mais aceitável ao termo setor informal, pelo fato de que os trabalhadores e as empresas em questão não estarem segregadas em apenas um setor da economia (OIT, 2006).

A 17ª CIET estabeleceu que para fins de mensuração, as modalidades de inserção no trabalho que se constituem em emprego informal seriam aquelas exercidas entre: trabalhadores por conta própria e empregadores proprietários de unidades produtivas no setor informal; trabalhadores não remunerados em ajuda a membro do domicílio; trabalhadores assalariados (com relação de trabalho sem regulamentações pela legislação trabalhista nacional e sem proteção social); membros de cooperativas de produtores informais e trabalhadores que produzem bens prioritariamente para o próprio uso.

Nota-se que essa linha conceitual que define trabalho informal como sendo aquele realizado fora da legislação trabalhista vigente em determinado país, compreendendo os trabalhadores por conta própria, os não remunerados e os trabalhadores sem carteira de trabalho assinada, segue o conceito de precariedade da ocupação, porém, outra linha define o trabalho informal como aquele vinculado a estabelecimentos de natureza não tipicamente capitalista, que se caracterizam por baixos níveis de produtividade e pela pouca diferenciação entre capital e trabalho, sendo formado também por trabalhadores por conta própria além dos empregadores e empregados de pequenas firmas com baixos níveis de produtividade, definindo o trabalho informal de acordo com a dinâmica econômica das unidades produtivas (CIG, 2001).

Este conceito de unidade produtiva no setor informal foi utilizado pelo IBGE na pesquisa sobre a Economia Informal Urbana (ECINF), realizada pela primeira vez em 1997. A ECINF é uma pesquisa por amostra de domicílios situados em áreas urbanas, que

tem por finalidade conhecer a dimensão do setor informal na economia brasileira considerando os trabalhadores por conta própria e empregadores com até cinco empregados, mesmo com constituição jurídica e registro junto às autoridades públicas, como proprietários de negócios informais. Além disso, investiga as características de funcionamento das unidades produtivas (IBGE, 2006).

Essa conceituação difere daquela considerada pela 90ª Conferência Internacional do Trabalho, em 2002. Nesta Conferência, os trabalhadores e as empresas da economia informal caracterizam-se pelo fato de não serem reconhecidos, nem regulamentados, nem protegidos legalmente, ou seja, seguindo a linha conceitual de precariedade da ocupação.

A economia informal, em suas várias formas, mantém relações intrínsecas com as empresas capitalistas. Os trabalhadores informais dependem do movimento do mercado de trabalho regulamentado, ou seja, da renda dos trabalhadores assalariados para sobreviverem. Além disso, pode-se considerar que o setor informal está no setor formal e as relações salariais mais transparentes contêm informalidades mais ou menos latentes, mais ou menos realizadas, e que informalidades aparentes são quase sempre, manifestações de um salariado que perde sua materialidade relacional (MALAGUTI, 2001; ALVES;TAVARES, 2006).

Entretanto, para Malaguti (2001) a informalidade é uma dimensão atemporal da sociedade do capital, de difícil percepção, universal e com uma realidade imprecisa de contornos incertos. Assim, considera ser um fenômeno impossível de se compreender por meio de conceitos fechados e setoriais, como ‘setor informal’ ou ‘relações não- salariais’.

O entendimento da importância do estudo da informalidade, principalmente em países com economias em desenvolvimento, tem promovido debates mais frequentes tanto sobre o emprego quanto sobre o setor informal da economia. Porém a ausência de consenso sobre o significado e meios de mensuração desses conceitos não pode obscurecer a necessidade de se estudar as características de vida e saúde desses trabalhadores.

Os trabalhadores informais representam parcela significativa das pessoas economicamente ativas. O grau de informalidade, definido como a razão entre trabalhadores sem carteira, por conta própria e não remunerados sobre o total de ocupados, no segundo semestre de 2009, era de 38,4% (IPEA, 2010).

Segundo a OIT (2006) a maior parte dos trabalhadores por conta própria é tão vulnerável e carece tanto de segurança quanto os assalariados sem registro, sofrendo as consequências da falta de proteção, ausência de direitos e de representação, além de serem frequentemente atingidos pela pobreza. Os trabalhadores informais, nos quais se incluem os trabalhadores por conta própria e os demais trabalhadores que não apresentam vínculos sociais trabalhistas estabelecidos por lei, como carteira de trabalho assinada ou proteção previdenciária, além de estarem expostos a vários riscos no ambiente laboral estão quase ou totalmente privados de proteção social, sendo privados ainda de qualquer proteção em áreas como educação, aquisição de competências, formação, cuidados de saúde e apoios familiares, que, todavia, são particularmente importantes para os trabalhadores (OIT, 2006).

Muitos desses trabalhadores passam a desenvolver suas atividades em condições precárias de trabalho, com remuneração abaixo do nível mínimo legal. Há pouco incentivo à sindicalização, e não se encontram cobertos por medidas de proteção à saúde (IRIART et al., 2008).

A economia informal caracteriza-se muitas vezes pela exiguidade ou indefinição dos locais de trabalho, por condições de trabalho que não garantem saúde nem segurança, fracos níveis de qualificação e de produtividade, rendimentos baixos e irregulares, longas horas de trabalho e falta de acesso à informação, aos mercados, ao financiamento, à formação e à tecnologia. Os trabalhadores da economia informal podem caracterizar-se por diversos graus de dependência e de vulnerabilidade. Ainda que estejam muito expostos aos riscos e que tenham, conseqüentemente, uma necessidade particular de proteção social, a maior parte dos trabalhadores da economia informal está quase, senão totalmente, privada dessa proteção, e as prestações de segurança social que recebem do empregador ou do Estado são muito limitadas ou inexistentes (OIT, 2006, p.8).

Um relatório realizado pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, apresentado à Organização Mundial de Saúde em 2007, apontou que trabalhadores com empregos informais estão em desvantagem em relação aos trabalhadores com carteira

assinada em vários aspectos que, separadamente, ou de forma interativa, podem afetar sua saúde e segurança. Outro fator importante identificado neste relatório foi o de que empresas consideradas como sendo da economia informal normalmente têm baixos lucros, e que os trabalhadores informais têm salários inferiores aos dos trabalhadores que desenvolvem suas atividades em empresas formais (WHO, 2007).

Corrêa Filho et al. (2003) corroboram essas afirmativas e acrescentam que grande parte das ocupações exercidas no mercado informal são precárias, sem condições seguras de trabalho e expõem os trabalhadores a riscos que poderiam ser prevenidos. Além disso, os autores afirmam que estas pessoas podem ficar desamparadas quanto aos seus direitos sociais diante de um acidente de trabalho, adoecimento, quando têm filhos e quando envelhecem, o que também pode ocorrer com trabalhadores do mercado formal. Para os autores é possível observar a transferência de trabalhadores para ocupações com menor conjunto de garantias, resultante de um processo de precarização visto como:

...decorrente dos ajustes estruturais exigidos pelo capital financeiro internacional para garantir fluxos de pagamento de dividendos e liberdade de movimento de dinheiro através das fronteiras nacionais. Os mecanismos de ajuste não permitem a migração internacional da força de trabalho precarizada colocada em bolsões de pobreza e reservas de mão-de-obra excedente. As novas regras de venda da força de trabalho são chamadas de 'flexíveis' por que permitem a exploração das relações de trabalho fora das normas em vigor até a década de 1990, quebrando direitos trabalhistas antes considerados garantidos (CORRÊA- FILHO et al., 2003,p.3).

A simples existência do registro em carteira pode não significar ou garantir o respeito às leis trabalhistas, porém dada a dificuldade de investigação mais apurada dessa realidade no interior dos bancos de dados fornecidos, parece um indicador razoável para se diferenciar daqueles trabalhadores que não usufruem das mesmas vantagens do que os demais trabalhadores com aparatos legais.

Desemprego

Para Neri (2002) o desemprego é um sintoma derivado de uma deficiência e reflete a incapacidade da sociedade de ocupar produtivamente a sua força de trabalho, sendo, portanto, um indicador que captaria a magnitude de alguns anseios trabalhistas não alcançados mediante aferição do número de pessoas que estão em busca ativa de ocupação.

Os desempregados representam parcela das pessoas economicamente ativas (PEA) que não conseguiu se inserir ou se reinserir no mercado de trabalho, refletindo o impacto do regime de acumulação flexível no país. Como alternativa ao desemprego, podem passar a trabalhar em postos de trabalho precários, sem proteção social, sem associações sindicais e sem o monitoramento das estatísticas de adoecimento e acidentes de trabalho. Por isso o desemprego é provavelmente o principal fator que leva à exclusão social (OLIVEIRA, 2005).

A variação do desemprego está relacionada com as políticas econômicas e os incentivos à criação de postos de trabalho, e nesse sentido, a reestruturação produtiva durante a década de 1990 não foi eficaz:

Ao longo dos anos noventa, o Brasil viveu um período de aumento sistemático da taxa de desemprego aberto. Este comportamento da taxa de desemprego foi observado para todos os grupos etários. Entretanto, ele foi muito mais acentuado entre os trabalhadores mais jovens. Para os indivíduos com idade entre 18 e 20 anos a taxa de desemprego aumentou cerca de 15 pontos percentuais entre 1990 e 2002, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). No mesmo período, o aumento da taxa de desemprego registrado para os indivíduos entre 24 e 59 anos foi de 4,6 pontos percentuais (REIS; CAMARGO, 2007, p. 494).

Segundo Hypólito (2010) a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa Mensal de Emprego (PME), realizadas pelo IBGE, além da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), elaborada pelo DIEESE, representam as principais fontes de informação sobre desemprego no país. As taxas de desemprego provêm do

conceito de população desocupada, que compreende todas as pessoas acima da idade mínima especificada para a medição da PEA que durante o período de referência estavam (HYPÓLITO, 2010):

a) Sem trabalho, ou seja, não tinham um emprego remunerado ou um trabalho independente como empregador, trabalhador por conta própria ou ainda como trabalhador familiar;

b) disponíveis para trabalhar em um emprego remunerado ou em um trabalho independente, e

c) em busca de trabalho, ou seja, haviam tomado medidas concretas para buscar um emprego remunerado ou um trabalho independente em período recente especificado.

Porém, diferenças nas metodologias das análises empregadas para mensuração desse fenômeno dificultam seu estudo de forma mais precisa. Em geral, as pesquisas de força de trabalho adotam como período de referência a semana anterior à semana de entrevista e, como período de procura, 30 dias contados até o último dia da semana de referência (semana de referência mais 23 dias anteriores a ela).

Embora a definição básica de desemprego envolva a busca por trabalho, pode ser que no período de referência de uma semana a pessoa não buscou efetivamente uma ocupação, mesmo estando disponível para uma atividade. Dessa forma, essas pessoas são classificadas, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a nova Pesquisa Mensal por Emprego (PME) do IBGE, como desempregados “ocultos pelo desalento”, também chamados de marginalmente ativos, havendo também, polêmica sobre essa classificação na literatura (AGUAS; PERO; RIBEIRO, 2009).

Na PNAD, as pessoas desocupadas são consideradas pessoas economicamente ativas que não realizavam qualquer trabalho na semana ou período de referência de 365 dias, mas que procuraram por emprego nesse período (IBGE, 2008). Na PME os desocupados são pessoas de 10 anos ou mais de idade que na semana de referência estavam sem trabalho, mas disponíveis para trabalhar, e no período de referência de 30 dias haviam tomado alguma providência efetiva para conseguir trabalho. A PME alcança as seis principais regiões metropolitanas e a PNAD tem caráter nacional (HYPÓLITO, 2010).

A Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) é um levantamento domiciliar contínuo, realizado mensalmente, desde 1984, na Região Metropolitana de São Paulo, em

convênio entre a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), em parceria com órgãos públicos locais, sendo implantada em outras regiões e realizada atualmente, no Distrito Federal e nas Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Recife, Salvador e Belo Horizonte, além de Belém (DIEESE, 2010).

Para a pesquisa de emprego e desemprego realizada pelo DIEESE, de acordo com novos critérios, os desempregados são indivíduos que se encontram numa situação involuntária de não-trabalho, por falta de oportunidade de trabalho, ou que exercem trabalhos irregulares com desejo de mudança. Essas pessoas são desagregadas em três tipos de desemprego (DIEESE, 2010):

Desemprego aberto: pessoas que procuraram trabalho de maneira efetiva nos 30 dias anteriores ao da entrevista e não exerceram nenhum trabalho nos sete últimos dias;

Desemprego oculto pelo trabalho precário: pessoas que realizam trabalhos precários - algum trabalho remunerado ocasional de auto-ocupação - ou pessoas que realizam trabalho não remunerado em ajuda a negócios de parentes e que procuraram mudar de trabalho nos 30 dias anteriores ao da entrevista ou que, não tendo procurado neste período, o fizeram sem êxito até 12 meses;

Desemprego oculto pelo desalento: pessoas que não possuem trabalho e não procuraram nos últimos 30 dias anteriores ao da entrevista por desestímulo do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas, mas apresentaram procura efetiva de trabalho nos últimos 12 meses.

Esta pesquisa ampliou alguns dos conceitos usualmente adotados em pesquisas domiciliares sobre o tema adotando como período de procura atual por trabalho os trinta dias anteriores à data da entrevista, devido interrupções que podem ocorrer nas tentativas individuais de obter novo posto de trabalho, por espera de resposta para uma busca anterior de trabalho, doença ou falta de recursos. A delimitação do tempo de trinta dias também é utilizada nos Estados Unidos, Alemanha, França e Itália. No México e Chile o período de referência é de dois meses e na Costa Rica de cinco semanas (DIEESE, 2010).

A fim de ampliar a definição de desemprego, além da combinação simultânea da tríade: ausência de trabalho, procura e disponibilidade para trabalhar, a PED revisou os critérios ausência de trabalho e procura de trabalho. No primeiro caso, admitiu-se que parte

das pessoas desempregadas realizaria atividades irregulares e descontínuas enquanto procuram trabalho. No segundo caso, a revisão analisou a possibilidade de alguns desempregados não realizarem nos trinta dias anteriores à entrevista procura efetiva de trabalho por acreditarem não haver oportunidade para eles.

Desigualdades em saúde e trabalho

As desigualdades são as maiores responsáveis das grandes diferenças da qualidade de vida das populações (MINAYO, 2000). Possas (1989) afirma que o estudo das desigualdades quanto aos diferenciais de saúde em agrupamentos sociais distintos pode evidenciar a distribuição desigual de recursos e oportunidades entre os grupos sociais.

Superando o paradigma biologicista, o enfoque social vem se estruturando na busca dos determinantes do processo saúde-doença nas pesquisas em saúde. O estudo da forma com que uma sociedade se organiza e se desenvolve passou a ser visto como base para entender como esta organização pode afetar as condições de vida e trabalho nos diversos grupos sociais e repercutir na situação de saúde dos indivíduos.

Segundo Rosen (1979) estudos sobre as desigualdades sociais e suas relações com as condições de saúde da população não são recentes. No século XIX, já se estudava a relação entre os diferenciais existentes entre os grupos sociais e as doenças ocupacionais. Trabalhos como os de John Snow (1813-1858), Louis Villermé (1782-1863) e Rudolf Virchow (1821-1902) são exemplos disso.

Em 1849 Snow, em sua obra “On the mode of communication of cholera”, apontou diferenças entre a condição social e os casos de cólera, identificando aumento na incidência desta doença entre trabalhadores que se alimentavam no mesmo ambiente em que as pessoas doentes, relacionando assim as baixas condições sanitárias dos ambientes de trabalho com a doença (SNOW,1849). Em 1826, Villermé analisou a mortalidade em diferentes grupos ocupacionais. Publicou o relatório “Tableau de l'état physique et moral des ouvrier” concluindo que a mortalidade dos diferentes bairros de Paris era condicionada, sobretudo, pelo nível de renda (SCILIAR, 2007).Virchow, em 1847 investigando a epidemia de febre exantemática na alta Silésia, fez associações apontando as precárias condições de vida da população e principalmente dos trabalhadores têxteis e o surgimento

da epidemia (SANTOS, 2008).

Todos estes pesquisadores, ao relacionarem as condições de vida e a situação de saúde, influenciaram no pensamento epidemiológico e nos estudos sobre os riscos de adoecer e morrer entre as camadas mais pobres da população, considerando os aspectos ocupacionais. Porém, segundo Breilh (1991), os precedentes para a renovação do pensamento epidemiológico, que realmente relacionassem as questões de saúde às condições de vida, encontram-se nas revisões críticas da filosofia clássica de Marx sobre a economia política.

Marx propõe uma base materialista em todas as ciências: parte do homem, segundo as suas atividades e sua realidade para entender o pensamento e os produtos do pensamento humano:

... não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam e pensam nem daquilo que são nas palavras, no pensamento, na imaginação e na representação de outrem para chegar aos homens em carne e osso; parte-se dos homens, da sua atividade real. É a partir do seu processo de vida real que se representa o desenvolvimento dos reflexos e das repercussões ideológicas deste processo vital (MARX; ENGELS, 1846, p. 26).

Esta crítica à ideologia alemã da época abriu caminhos para a identificação das categorias de análise que permitem observar organizadamente o biológico e o social (BREILH, 1991).

Como exemplo, nesta linha conceitual, verifica-se os estudos de Friedrich Engels (1820-1895) em sua obra intitulada “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”, publicada em 1845, que descreve como viviam os operários ingleses e a disposição espacial das classes sociais nas cidades inglesas (ENGELS, 1845).

Dessa forma, iniciativas de elaboração de métodos e teorias sobre prevenção de doenças e promoção da saúde com o enfoque das desigualdades em saúde tornaram-se cada vez mais evidentes, principalmente após a década de 1970, em que estudos sobre os determinantes das doenças buscaram ultrapassar o indivíduo e as famílias incorporando também o ambiente físico, sociocultural e político (MAGALHÃES, 2007).

O Informe Lalonde, publicado pelo governo canadense em 1974 (LALONDE, 1974), a estratégia “Saúde para Todos no Ano 2000”, definida na Assembléia Mundial de Saúde em 1977 e a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) podem ser considerados marcos mundiais na trajetória dos estudos de desigualdades em saúde (MAGALHÃES, 2007).

Moss (2000) afirma que durante os anos de 1980, nos países desenvolvidos, houve descaso por parte dos tomadores de decisão e desinteresse por parte da academia quanto aos estudos que relacionam pobreza e desigualdades socioeconômicas à saúde e ao bem-estar. Esse assunto foi retirado da agenda política dos países em decorrência do movimento neoliberal e sua consequente falta de regulação dos mercados financeiros, globalização econômica e conservadorismo político (MOSS, 2000).

O interesse no estudo das relações entre situação socioeconômica e saúde reapareceu nos países desenvolvidos com ênfase nas desigualdades sociais, o que vem sendo atribuído por vários autores às consequências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e situação de saúde dos povos ocidentais (BARATA, 2006).

Já na América Latina, de acordo com Barata (2006), a produção científica dos estudos sobre as desigualdades sociais e a saúde iniciou-se a partir da segunda metade do século XX.

Duarte et al. (2002) afirmam que as desigualdades em saúde têm múltiplas faces, e por isso, é necessário o empenho em estudos que se proponham a conhecer suas características mais específicas, a fim de que seja possível elaborar medidas de intervenção mais eficazes. Em estudo exploratório sobre as desigualdades em saúde no Brasil, realizado por esses autores, o conceito de desigualdades em saúde foi definido como a “distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos” (DUARTE et al., 2002, p.19), considerando que as desigualdades além de variarem no tempo e no espaço poderiam ser agravadas em função de determinantes demográficos e ambientais, bem como acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais.

Em 2000 o Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS, realizou a Oficina de Trabalho sobre “Monitoramento das Desigualdades Sociais em Saúde no Brasil”, em

que buscou metodologias para construção de indicadores das situações de desigualdades em saúde (NUNES et al., 2001). Neste mesmo evento, sugeriram como categorias de análise as variáveis: renda, classe social, gênero, cor, ocupação/profissão, escolaridade e idade, e reforçaram o uso dos inquéritos domiciliares para o estudo da distribuição das desigualdades em saúde.

A ausência de proteção previdenciária e trabalhista no trabalho informal reforça a necessidade de que a forma de inserção no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

O conceito de desigualdade em saúde vem sendo incorporado como a repartição desigual da quantidade de bens ou serviços de saúde produzida pelo próprio processo social. O acesso aos bens e serviços, bem como um dado nível de saúde, teriam forte influência da posição ocupada pelas pessoas na organização social (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006). Outro conceito associado é o de iniquidades em saúde, que podem ser compreendidas como desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000) entre grupos ou indivíduos. Muitos dos determinantes dessas iniquidades relacionam-se com a forma de organização da sociedade (BUSS;PELLEGRINI-FILHO, 2006).

Paim (2000), afirma que a condição de vida da pessoa na sociedade é a expressão da forma com que esta sociedade se organiza, e assim, o conceito de desigualdades em saúde é considerado como sendo a expressão dos modos de vida, que revelam as condições materiais de existência e o estilo de vida das classes e segmentos sociais.

No caso brasileiro, observar os segmentos sociais e analisar desigualdades em saúde remetem aos ajustes econômicos gerados pela adesão a políticas econômicas neoliberais pelo país que se refletem na sociedade desde a década de 1990 e que influenciam diretamente na estrutura do mercado de trabalho, nas relações de produção e nas condições de vida dos trabalhadores.

A flexibilização, caráter ideológico relacionado às necessidades colocadas pela nova ordem capitalista, passa a ser discurso dominante tornando-se sinônimo de organização moderna. Este termo remete a uma variedade de formas de organização da produção que, conseqüentemente, refletem nas organizações e processos de trabalho

(BERNARDO,2009).

O aumento excessivo da responsabilidade, ritmo acentuado no trabalho, a busca incessante à repressão dos movimentos sindicais, redução de salários e insegurança quanto à estabilidade no emprego são alguns dos reflexos dessas modificações impostas pelo projeto neoliberal (BERNARDO, 2009).

Além disso, sobre as condições de trabalho, Machado e Minayo (1995) revelam que tanto a mortalidade como a morbidade estão fortemente associadas à falta de proteção social dos trabalhadores e precarização do trabalho, o que frequentemente se soma ao alto nível de exploração da força de trabalho e ausência de atuação do Estado.

O emprego precário e o trabalho insalubre e pouco seguro, por exemplo, favorecem o adoecimento e os acidentes de trabalho, o que, dependendo do tipo de contratação, gera ainda mais empobrecimento em decorrência da necessidade de afastamento do trabalhador de suas atividades (CORRÊA-FILHO et al., 2003).

Um importante estudo acerca das relações de emprego e seus efeitos sobre as desigualdades em saúde foi publicado pelo grupo de trabalho dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2007.

O propósito deste relatório foi o de realizar rigorosa análise sobre como as relações de trabalho afetam diferentes grupos populacionais, além de discutir como este conhecimento poderia identificar e promover políticas amplas e efetivas, bem como realizar mudanças institucionais para reduzir as desigualdades em saúde derivadas destas relações de trabalho.

O estudo aponta que as desigualdades em saúde derivadas do trabalho são estreitamente ligadas a outros tipos de desigualdades sociais, incluindo a desigualdade em riqueza, participação política e educação (WHO, 2007), o que pode evidenciar aspectos de vulnerabilidade entre os trabalhadores.

Kaztman et al. (1999) conceituam vulnerabilidade como sendo a incapacidade do indivíduo, família ou grupos sociais de enfrentamento das situações de risco e dos determinantes que podem desestruturar o seu bem-estar. Nesse sentido, estes autores afirmam que a falta de acesso a empregos estáveis e de qualidade, a fraca integração em redes sociais, a ausência de acesso regular aos vários serviços públicos e a escassez de recursos para aproveitar as oportunidades propiciadas pelo Estado ou sociedade podem

comprometer o bem-estar e elevar o nível de vulnerabilidade dos trabalhadores.

Dessa forma, a qualidade dos postos de trabalho também pode contribuir com o aumento ou diminuição das desigualdades em saúde e, conseqüentemente, o aumento ou diminuição da vulnerabilidade a que estão sujeitos os trabalhadores.

Os novos desafios vividos pelo mundo do trabalho combinam os velhos problemas, como os óbitos por acidentes e por doenças como a silicose, com os novos males decorrentes do processo produtivo nas novas linhas e ilhas de montagem na indústria e no setor de serviços principal, empregados nos grandes centros urbanos (MAENO; CARMO, 2005).

Segundo a Portaria Interministerial Nº. 800 de 03 de Maio de 2005 o perfil de morbidade e de mortalidade dos trabalhadores no Brasil na atualidade caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes típicos e as doenças profissionais. As implicações no que concerne a saúde dos trabalhadores conformam um perfil de morbimortalidade onde doenças profissionais (sarnismo, asbestose, silicose e outras doenças pulmonares) e altas índices de acidentes do trabalho convivem com uma alta incidência de Lesões por Esforços Repetitivos (LER), câncer e sofrimento psíquico. Assim, o aumento da produção, da automação, da precarização do trabalho e do trabalho informal, bem como a utilização de um número cada vez menor de trabalhadores empregados, vem causando novos prejuízos à saúde dos trabalhadores, aliando-se aos acidentes e doenças do trabalho já existentes (BRASIL, 2005).

De acordo com dados do Ministério da Previdência Social (MPS), em 2007 foram registrados 653.090 acidentes do trabalho entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Comparado com 2006, o número de acidentes de trabalho aumentou 27,5%. O maior impacto deste aumento (98,6%) deveu-se aos acidentes sem Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) registrada oriundos da nova sistemática de concessão dos benefícios acidentários (MPS 2010).

Do total de acidentes registrados com CAT os acidentes típicos representaram 80,7%, os de trajeto 15,3% e as doenças do trabalho 4%. Quanto as doenças do trabalho, em 2007 foram registradas 20.786, sendo sinovite e tenossinovite (M65), lesões no ombro

(M75) e dorsalgia (M54) as mais incidentes, com 20,3%, 17% e 7,6%, do total, respectivamente (MPS, 2010).

Já em 2009 foram registrados 723.500 acidentes do trabalho: 79,7% típicos, 16,9% de trajeto, e 3,3% doenças do trabalho (MPS, 2011). As doenças do trabalho mais incidentes foram lesões no ombro (19,7%), sinovite e tenossinovite (17,2%) e dorsalgia (7,6%) (MPS, 2011).

Porém a escassez e a inconsistência dessas informações, além de não contemplarem dados referentes aos trabalhadores informais e aqueles considerados desempregados, dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o que priva a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

Mesmo havendo elevado conhecimento sobre a influência do trabalho na saúde dos trabalhadores, estudos sobre as desigualdades em saúde que considerem a situação do trabalhador no mercado de trabalho e os aspectos de morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde ainda são escassos.

No país, poucos estudos mapearam as situações de desigualdades em saúde distribuídas a partir dos estratos ocupacionais. Pesquisas que mostraram a influência das variáveis socioeconômicas nas condições de vida e padrões de morbidade e mortalidade utilizaram a ocupação, renda, escolaridade e a classe social como medidas para estimar a extensão e a magnitude das associações entre desigualdades socioeconômicas e saúde.

Como exemplo verifica-se o trabalho de Travassos et al. (2000) que a partir dos dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, e da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), de 1996 avaliaram as chances de indivíduos segundo três extratos de rendimento utilizarem os serviços de saúde. Os autores identificaram desigualdade social na distribuição de cuidado médico desfavorável aos extratos de menor rendimento, sendo que a desigualdade se acentuava na Região Nordeste quando comparada à Região Sudeste.

Travassos et al. (2002) ao investigarem o perfil de utilização de serviços de saúde por homens e mulheres no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998, utilizaram como variáveis individuais a posição no mercado de trabalho, escolaridade e cor/raça autorreferida.

Também foram analisadas variáveis relativas à família como a renda familiar

per capita, tamanho da família, escolaridade e posição do chefe da família no mercado de trabalho. Assim, identificaram que o uso de serviços de saúde por homens e mulheres dependeu do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo, definindo um perfil de desigualdades sociais. Ter elevado nível de escolaridade, ser empregador ou assalariado com carteira de trabalho aumentaram as chances de procura aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2002).

Santana e Oliveira (2004) analisaram acidentes de trabalho não fatais pesquisando o perfil ocupacional e de saúde de trabalhadores na construção civil da região metropolitana de Salvador por meio de inquérito populacional. Estes pesquisadores identificaram que a principal característica da precarização do trabalho nesse ramo de atividade econômica era a ausência de contrato formal de trabalho. Estes trabalhadores tiveram maior taxa de incidência de acidentes não fatais quando comparados aos demais trabalhadores que participaram do inquérito.

Giatti e Barreto (2006) avaliaram a situação do trabalhador no mercado de trabalho a partir dos dados da PNAD 1998. Observaram que os trabalhadores formais referiram melhor estado de saúde e também melhores indicadores de saúde comparados aos trabalhadores informais e aos desempregados, ressaltando que o crescimento dos vínculos precários de trabalho e do mercado informal, bem como o aumento do desemprego e do emprego sem proteção previdenciária nem trabalhista, reforçam a necessidade de que a situação no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

Vidal e Silvany-Neto (2009) utilizando os dados da pesquisa básica e do suplemento de saúde da PNAD 2003 traçaram o perfil das mulheres brasileiras inseridas no mercado de trabalho comparativamente aos homens, considerando as características sociodemográficas, aspectos relativos à saúde e situação socioeconômica de trabalho. Com isso, identificaram que as mulheres, apesar de maior escolaridade, apresentaram rendas mensais mais baixas e menores jornadas de trabalho remuneradas. Além disso, foi encontrada maior prevalência de doenças crônicas e de relatos de piores estados de saúde entre as trabalhadoras.

Mesmo não tendo a situação no mercado de trabalho como escopo, uma análise feita sobre segurança e insegurança alimentar a partir de dados da PNAD de 2004 mostrou

que os maiores percentuais de pessoas em insegurança alimentar grave foram referentes às posições de ocupações que possuíam características que exigem uma menor especialização educacional no mercado de trabalho (MITCHELL, 2007) o que geralmente é atribuído aos trabalhadores informais.

Assim, a desigualdade social gerada pelas políticas neoliberais reduz as igualdades de direitos, dificulta o acesso a serviços de saúde e aumenta a precarização das relações de trabalho, além de enfraquecer a democracia e fragmentar o mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que reduz os vínculos sociais entre os trabalhadores organizados.

É importante salientar que alguns dados sobre saúde e uso de serviços de saúde só podem ser gerados por inquéritos populacionais periódicos, complementando dessa forma as deficiências das informações necessárias para monitorar e avaliar as condições de saúde e o desempenho do SUS (VIACAVA, 2002). No Brasil, com o aumento da cobertura do Sistema Único de Saúde e com a implantação do Programa de Saúde da Família, os inquéritos populacionais, podem dimensionar o acesso e uso das diferentes modalidades de serviços pelos diversos estratos socioeconômicos da população, além disso, existe a possibilidade desses inquéritos mensurarem o estado de saúde percebida e o dimensionamento da prevalência de determinantes de saúde relacionados às condições de vida, permitindo a obtenção de informações sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde (BARROS et al., 2008).

JUSTIFICATIVA

Este estudo buscou seguir um caminho diametralmente oposto ao paradigma biologicista, considerando a inserção da pessoa na sociedade e outras variáveis da dimensão social como passíveis de investigação das desigualdades em saúde entre os trabalhadores, visando superar o conceito de unicausalidade e ampliar a discussão sobre a produção social dos agravos em saúde.

Mesmo se tratando de um problema antigo e de relevância para a saúde do trabalhador estudos sobre desigualdades em saúde entre os trabalhadores ainda são escassos. Esse fato, diante da inconsistência de informações sobre morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores dificulta a elaboração de políticas públicas sociais e de saúde que contemplem a heterogeneidade do trabalho no Brasil.

Dessa forma, a PNAD, quanto inquérito de base populacional, representa o maior banco de dados disponível no país para conseguir informações sobre morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores, permitindo estudos sobre as desigualdades em saúde e favorecendo o delineamento para futuros desenhos de estudo.

Além disso, conhecer o que foi contemplado nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador sobre a inclusão dos informais e dos desempregados nas políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil pode gerar discussões sobre a necessidade de estruturação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador inclusiva e que contemple a heterogeneidade do mercado de trabalho brasileiro.

HIPÓTESE

O trabalho expressa a forma de organização política e econômica de determinada sociedade e representa variável de grande importância para os estudos sobre padrões de vida, comportamento e saúde das populações. As tendências econômicas mundiais impulsionadas pelo sistema neoliberal favorecem um cenário de desestruturação do mercado de trabalho que se expressa no desemprego, empregos precários e na informalidade. Assim, propomos nesse estudo que a forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, seja como trabalhador formal, informal ou desempregado, pode produzir desigualdades socioeconômicas e de saúde que se refletem nos padrões de morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde entre esses trabalhadores.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar desigualdades em saúde entre a população brasileira economicamente ativa urbana segmentada em trabalhadores formais, informais e desempregados.

Objetivos Específicos

Verificar se as características sociodemográficas, econômicas, do trabalho principal e de morbidade referida diferem entre os trabalhadores segundo inserção no mercado de trabalho como formais informais e desempregados. (Capítulo I)

Analisar se as características de acesso e utilização dos serviços de saúde diferem entre os trabalhadores formais, informais e desempregados. (Capítulo II)

Conhecer as propostas de inclusão dos trabalhadores informais e dos desempregados nas políticas públicas de saúde do trabalhador redigidas nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. (Capítulo III)

CAPÍTULOS

CAPÍTULO I: Desigualdades sociodemográficas, econômicas e de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil*

ORIGINAL

DESIGUALDADES SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE SAÚDE ENTRE TRABALHADORES INFORMAIS E DESEMPREGADOS: ANÁLISE DA PNAD 2008, BRASIL

Sociodemographic, economics and health inequalities among unemployed and informal workers: analysis from PNAD, 2008 Brazil

Autores:

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: isamiqui@fcm.unicamp.br.

Letícia Marín-León

Médica de Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: letica@fcm.unicamp.br.

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Médico Sanitarista. Professor livre-docente de epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: helenocf@unicamp.br.

*Financiamento de bolsa parcial recebida pelo Projeto REBRAS-2009/FIOCRUZ/ENSP/CESTEH. Financiamento final parcial por bolsa do Sistema CAPES/MEC até 2011.

RESUMO

Objetivo: Identificar se as características sociodemográficas, econômicas, do trabalho principal e de morbidade referida diferem entre trabalhadores segundo forma de inserção no mercado de trabalho.

Método: A partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 foram estudados homens e mulheres, entre 18 a 64 anos, moradores das 26 Unidades de Federação e do Distrito Federal (n=152.233), classificados em três categorias de análise: formais (n=76.246), informais (n=62.612) e desempregados (n=13.375). A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software estatístico STATA® considerando o desenho amostral complexo. Foram calculadas as prevalências das características sociodemográficas, econômicas e do trabalho principal entre as categorias de análise estratificadas por sexo. Foram calculadas ainda as razões de prevalência, brutas e ajustadas por sexo, idade, escolaridade, região de residência, tabagismo e tipo de informante, das características de saúde dos trabalhadores por meio de regressão de Poisson e considerando os trabalhadores formais como categoria de referência.

Resultados: Neste estudo 50,1% dos trabalhadores eram formais, 41,1% informais e 8,8% desempregados. Na análise das prevalências, menores níveis socioeconômicos foram identificados entre os trabalhadores informais e desempregados, bem como entre as mulheres, negros e jovens. Maiores jornadas de trabalho, realização de esforço físico intenso e menores proteções sociais foram mais prevalentes entre os trabalhadores informais. Comparados aos trabalhadores formais, informais e desempregados estiveram relacionados aos piores relatos de estado de saúde autorreferida e morbidade.

Conclusão: A forma de inserção no mercado de trabalho esteve associada a desigualdades sociodemográficas, econômicas e de saúde entre os trabalhadores o que reforça a necessidade de estratégias de monitoramento periódico dessas informações a fim de auxiliar na elaboração políticas públicas de saúde do trabalhador.

Palavras-Chave: Desigualdades em saúde, Saúde do Trabalhador, Trabalhadores.

ABSTRACT

Objective: To identify whether the sociodemographic, economic, main job and morbidity characteristics differ between workers according to the type of participation in the labor market.

Method: From the National Survey by Household Sampling (PNAD) of 2008 were studied men and women between 18 and 64 years old, residents of 26 units of the Federation and the Federal District (n = 152,233), classified into three categories of analysis : formal (n = 76,246), informal (n = 62,612) and unemployed (n = 13,375). The statistical analysis was performed using the statistical software STATA ® considering the complex sample design. We calculated the prevalence of sociodemographic, economic and work characteristics among the main categories of analysis stratified by sex. Were also calculated adjusted prevalence ratios for sex, age, education, region of residence, smoking and type of respondent of worker's health characteristics through Poisson regression and considering the formal workers as the reference category.

Results: In this study 50.1% of employees were formal, 41.1% informal and 8.8% unemployed. Prevalence rates analysis shows lower socioeconomic groups were identified among the unemployed and informal workers, as well as among women, blacks and young people. Extended working hours, performance of physical effort and fewer social protections were more prevalent among informal workers and unemployed. Compared to formal employees, informal and unemployed were associated with worse reported health status and self-reported morbidity.

Conclusion: The insertion in the labor market was associated with sociodemographic economic and health inequalities among workers and it reinforces the demand for strategies of periodic monitoring of such information in order to assist development of public policies on occupational health.

Keywords: Inequalities in Health, Occupational Health, Workers.

INTRODUÇÃO

Nas populações humanas as causas das doenças não se restringem aos fenômenos puramente biológicos, podendo ser mediadas e modificadas por influências das atividades sociais e do ambiente cultural que tal atividade cria (ROSEN, 1979). Os modos de produção, condições de trabalho e os modos de vida têm sido a base para entender o processo de saúde e doença nas sociedades (MAGALHÃES, 2007). Assim, o entendimento de que condições materiais de existência poderiam influenciar nas condições de vida e saúde das populações (PAIM, 2000), fez com que as desigualdades em saúde tornassem objeto de estudo teórico e empírico para entender a dinâmica desse processo na sociedade.

As desigualdades em saúde atribuídas a fatores alheios às escolhas dos indivíduos ou grupos, a exemplo da exposição às condições de vida e trabalho insalubres e estressantes, dificuldade ou acesso inadequado aos serviços de saúde e a outros serviços públicos e ausência de escolha para modificar comportamentos danosos à saúde, são desnecessárias evitáveis e injustas, sendo consideradas iniquidades em saúde (WHITEHEAD, 2000). Para BUSS (2007) tais iniquidades devem ser confrontadas diminuindo as diferenças sociais mediante políticas intersetoriais que interfiram nos fatores relacionados aos mecanismos de estratificação social, como o mercado de trabalho, educação e seguridade social.

No Brasil, com a adoção de políticas econômicas neoliberais a partir da década de 1990 os trabalhadores formais, ou seja, com contrato laboral regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou por regime estatutário, sofreram reflexos da reestruturação produtiva ocorrida no país que proporcionou a introdução de modelos de produção ditos ‘flexíveis’, aumento dos vínculos empregatícios sem proteção social, flexibilização das leis trabalhistas (POCHMANN, 2001; BERNARDO, 2009) além do crescimento das taxas de informalidade e desemprego (POCHMANN, 2001).

O trabalho informal, considerado como sendo aquele exercido sem a proteção das leis trabalhistas (SILVA et al., 2002), pode ocorrer de forma precária, tornado os trabalhadores vulneráveis ao adoecimento e acidentes (CORRÊA-FILHO et.al, 2010). Estudos apontam que esses trabalhadores possuem indicadores de saúde menos favoráveis

do que os formais (ILO, 2009), menor escolaridade, salários mais baixos e menor acesso aos bens e serviços (OIT, 2006).

Quanto ao desemprego, embora seja uma situação que pode levar à exclusão social (SEN, 1997), comprometimento da saúde e da situação socioeconômica, raramente é uma variável estudada em investigações sobre desigualdades em saúde (GIATTI; BARRETO, 2006).

A classe social, baseada na ocupação, tem sido uma variável utilizada para estimar a associação entre desigualdades socioeconômicas e a saúde da população (GIATTI; BARRETO, 2006). Com o conceito de desigualdades em saúde sendo incorporado como “...distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde...” (DUARTE et al., 2002,p.119), o trabalho, além de ser fator determinante das condições socioeconômicas, é variável importante para os estudos das desigualdades nas condições de saúde entre os trabalhadores. Segundo Nunes et al. (2001) a variável ocupação/profissão é uma das principais categorias de análise para o estudo das desigualdades sociais em saúde, estando disponível em inquéritos nacionais como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

No Brasil, estudos relacionaram forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, ou presença de proteção social trabalhista, com a situação socioeconômica e de saúde utilizando a pesquisa básica e o suplemento de saúde da PNAD. Giatti e Barreto (2006), a partir dos dados da PNAD de 1998, identificaram que o desemprego e o trabalho informal estiveram associados à pior condição de saúde entre homens de 15 a 64 anos, independente das características sociodemográficas. Análise comparativa entre as PNADs de 1998 e 2003 identificou que homens com idades entre 15 a 64 anos desempregados, ou que exerciam atividades laborais sem proteção social, apresentaram piores condições de saúde quando comparados aos trabalhadores formais (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008). Diferenças também foram identificadas entre homens e mulheres: Vidal e Silvany-Neto (2009) utilizando dados da PNAD/2003 verificaram que as mulheres apresentam menor porcentagem de emprego com carteira de trabalho assinada e tiveram maior prevalência de doenças crônicas referidas do que os homens.

O trabalho expressa a forma de organização política e econômica de

determinada sociedade e representa variável de grande importância para os estudos sobre padrões de vida, comportamento e saúde das populações, assim, este estudo propõe que a forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, seja como trabalhador formal, informal ou desempregado, pode produzir desigualdades socioeconômicas e de saúde identificadas mediante análise dos inquéritos nacionais.

Dessa forma, considerando a ausência de um sistema de monitoramento nacional que contemple informações referentes às características de saúde dos trabalhadores brasileiros considerando sua forma de inserção no mercado de trabalho, foi realizado um estudo com o objetivo de analisar se o tipo de vínculo de trabalho se associa a desigualdades sociodemográficas, econômicas, na saúde percebida e morbidade referida entre os trabalhadores brasileiros.

MÉTODO

Trata-se de um estudo realizado a partir de dados secundários extraídos da pesquisa básica e do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008. A PNAD é um inquérito domiciliar executado mediante entrevistas domiciliares pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) abrangendo atualmente a população residente nas unidades domiciliares rurais e urbanas de todas as capitais, regiões metropolitanas e Distrito Federal.

Este inquérito é realizado em amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias - setores censitários e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). Não são incluídos os moradores de rua, as pessoas residentes em embaixadas, consulados, legações, pessoas institucionalizadas e as residentes em domicílios coletivos de estabelecimentos institucionais (IBGE, 2008).

Os dados são coletados por meio de questionário com a finalidade de produzir informações básicas anuais para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país, investigando em caráter contínuo características socioeconômicas como os dados gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação. Com periodicidade variável, as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas

são suplementos incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação do país (IBGE, 2008).

Em 2008, além da pesquisa básica, a PNAD aplicou suplemento de saúde que obteve, dentre outras, informações sobre características de saúde dos moradores, mobilidade física, fatores de risco à saúde além de características de tabagismo dos moradores de 15 anos ou mais de idade.

A amostra da PNAD de 2008 foi de 391.868 pessoas, selecionadas aleatoriamente em 150.591 unidades domiciliares de áreas urbanas e rurais das 26 unidades da federação e do Distrito Federal.

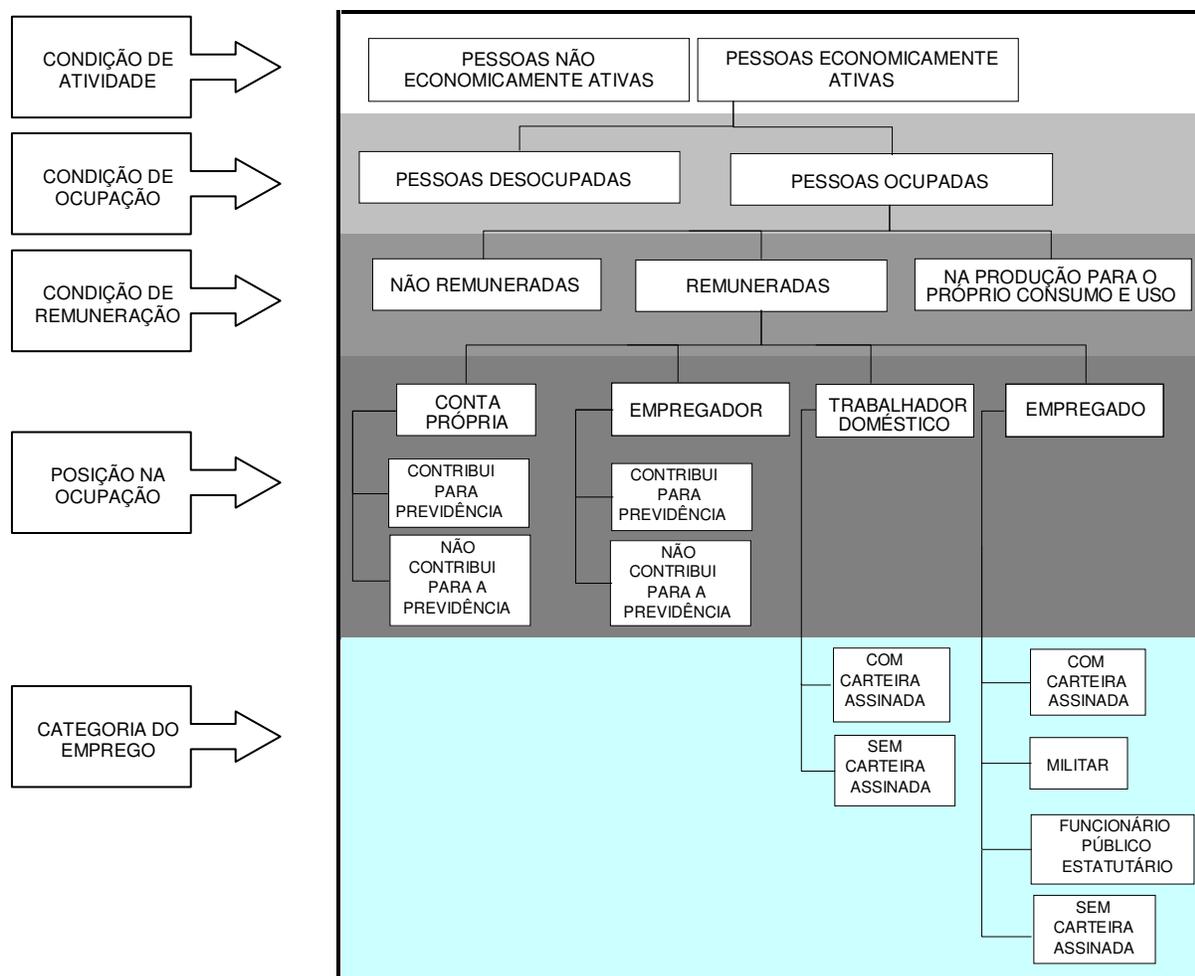
Sujeitos:

Foram selecionados do banco de dados 152.322 homens e mulheres, com idades entre 18 a 64 anos, moradores das 26 Unidades da Federação e do Distrito Federal considerados, de acordo com os critérios da PNAD, pessoas economicamente ativas ocupadas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa. Os trabalhadores ocupados foram aqueles com atividades remuneradas em atividades não agrícolas.

De acordo com critérios do IBGE, as pessoas economicamente ativas (PEA) são pessoas de 10 anos ou mais de idade consideradas ocupadas ou desocupadas (IBGE, 2008). Consideram-se ocupadas pessoas que trabalhavam no período de referência da pesquisa, e desocupadas as pessoas sem trabalho mas que tomaram alguma providência efetiva de procura de emprego.

Segundo o IBGE (2008) pessoas ocupadas compõem oito categorias de acordo com a posição na ocupação: empregados; trabalhadores domésticos; por conta própria; empregador; trabalhador não remunerado membro da unidade domiciliar; outro trabalhador não remunerado; trabalhador na produção para o próprio consumo; trabalhador na construção para o próprio uso (Diagrama 1).

Diagrama 1: Divisão das pessoas economicamente ativas com ocupação remunerada, segundo metodologia da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2008:



Fonte: Elaborado pelos autores, com base nas Notas Metodológicas da PNAD (IBGE, 2008).

Essa classificação considera trabalho toda ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios na produção de bens e serviços, bem como a ocupação remunerada em dinheiro ou benefícios (moradia, alimentação, roupa, etc.) no serviço doméstico (IBGE, 2008).

Vale ressaltar que pela classificação do IBGE as pessoas que não foram classificadas como ocupadas nem como desocupadas são definidas como não economicamente ativas quanto a condição de atividade.

Variável independente principal:

Correspondeu à situação do trabalhador no mercado de trabalho, composta por três categorias de análise: formais (trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada; empregados com carteira de trabalho assinada; militares e funcionários públicos estatutários); informais (trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada; empregados sem carteira de trabalho assinada e trabalhadores por conta própria) e desempregados (pessoas classificadas como desocupadas na semana de realização da pesquisa mas que procuraram por emprego nesse período).

Segundo metodologia da PNAD (2008) empregados são pessoas que trabalham para um empregador cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida e, em contrapartida, recebendo remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos ou benefícios; trabalhadores domésticos são os que trabalham prestando serviço doméstico remunerado em dinheiro ou benefícios, em uma ou mais unidades domiciliares; o trabalhador por conta própria trabalha explorando seu próprio empreendimento, sozinho ou com sócio, sem ter empregado e contando, ou não, com a ajuda de trabalhador não remunerado.

As categorias de análise foram compostas respeitando a disponibilidade das informações obtidas a partir da PNAD. Sendo assim, foram considerados formais os trabalhadores que exerciam suas atividades mediante contrato formal de trabalho, seja celetista ou estatutário.

Devido à ausência de consenso sobre a definição do que seria informalidade e desemprego, os trabalhadores informais foram considerados a partir do conceito de legalidade e existência de vínculos empregatícios, dessa forma, os empregados sem carteira de trabalho assinada e os classificados como conta própria, mesmo que contribuíssem para a previdência social, foram considerados no estudo como informais, uma vez que a inexistência de subordinação jurídica impede que as disposições da legislação trabalhista sejam aplicadas a estes trabalhadores. Os desempregados foram aqueles que não exerciam qualquer atividade, mas que estavam em busca de ocupação no período de referência da pesquisa.

Não houve distinção entre trabalhadores por conta própria e profissionais liberais, ou seja, aqueles que, de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego,

“...exercem suas atividades de forma autônoma, ou na qualidade de empregador, habilitados legalmente e com registro nos Conselhos Profissionais, após o atendimento dos requisitos técnicos e científicos previstos na legislação para o desempenho da profissão” (BRASIL, 2006). A não distinção decorreu da impossibilidade de identificá-los a partir do banco de dados utilizado. Porém, é suposto que alguns desses trabalhadores possam estar inseridos no grupo dos empregados ou dos trabalhadores por conta própria.

Vale ressaltar que essas são tentativas de estimar a proporção de pessoas economicamente ativas que se enquadram nas categorias de análise propostas no presente trabalho, uma vez que a complexidade dos vínculos laborais e a disponibilidade dos dados impedem que definições mais precisas sejam realizadas.

Variáveis independentes modificadoras:

a) Características sociodemográficas e econômicas

Sexo; faixa etária (18-24, 25-34, 35-44; 45-54; 55-64); região de residência (Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Norte, Nordeste); situação do domicílio (urbano ou rural); cor ou raça autorreferida (branca, negra, amarela, indígena); escolaridade em anos de estudo (sem instrução a 4; 5-7; 8-11; 12 ; 12 ou mais) e rendimento mensal do trabalho principal. Na variável cor ou raça autorreferida (denominação empregada pelo questionário da PNAD) foram incluídas na categoria negra as pessoas que se autorreferiram pretas e pardas. Os dados sobre as características de trabalho e rendimento consideraram o trabalho único ou principal exercido na semana de referência da pesquisa, sendo de R\$ 415, 00 (quatrocentos e quinze reais) o valor do salário mínimo em vigor neste período. Na variável escolaridade em anos de estudo, segundo critério da PNAD, cada série concluída com êxito foi atribuído um ano de estudo.

b) Características do trabalho principal

Tempo de ida ao trabalho; costuma ir ao trabalho a pé ou de bicicleta; realiza esforço físico intenso no trabalho; contribuição previdenciária no trabalho principal; horas

habitualmente trabalhadas por semana; associação sindical. O tempo de ida ao trabalho considerou o tempo de percurso diário de ida da residência para o local do trabalho principal, não sendo consideradas as pessoas que moravam no mesmo local em que se localizava o seu trabalho. O esforço físico realizado no trabalho correspondeu à pergunta: “No seu trabalho, anda a maior parte do tempo, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso?” As horas habitualmente trabalhadas por semana consideraram todos os trabalhos que a pessoa possuía na semana de referência da pesquisa. Quanto à associação sindical, de acordo com a metodologia da PNAD, foi considerada para o mês de referência, contemplando tanto os trabalhadores que estavam ocupados na semana de referência da pesquisa quanto aqueles não ocupados mas que tiveram ocupação no período de 358 dias anteriores ao da entrevista. No entanto, neste estudo, foram computados os percentuais na população ocupada estudada.

Variáveis dependentes:

a) Características de saúde:

Estado de saúde autorreferido; afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas (sim ou não); motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas; esteve acamado nas duas últimas semanas (sim ou não); possui doença crônica (sim ou não); doença crônica informada.

O estado de saúde autorreferido foi obtido pela pergunta: “De um modo geral considera seu próprio estado de saúde como”, cujas respostas foram agrupadas em três categorias: muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim. O afastamento de quaisquer atividades habituais nas duas últimas semanas por motivo de saúde referiu-se à questão: “Nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?” O motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas (problema respiratório; problema de coração ou pressão; dor nos braços ou nas mãos; problema mental ou emocional; acidente no local de trabalho e acidente no trânsito) correspondeu à pergunta: “Qual foi o principal motivo que impediu de realizar as suas atividades nas duas últimas semanas?” Para essa questão, todos os itens avaliados

foram comparados com o total de pessoas do estudo, incluindo aquelas que tiveram outros motivos que as impediram de realizar as suas atividades e aquelas que não referiram restrição das atividades.

Entendeu-se como doença crônica aquela que acompanhava a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter períodos de piora ou melhora sensível. Assim, mediante a pergunta: “Algum médico ou profissional de saúde disse que tem (...)” foram investigadas 12 doenças crônicas (doença de coluna ou costas; artrite ou reumatismo; câncer; diabetes; bronquite ou asma; hipertensão; doença do coração; insuficiência renal crônica; depressão ou tuberculose). Quanto ao relato de doença crônica, foram consideradas as pessoas que informaram possuir ao menos uma das doenças citadas.

Para os dados referentes às condições de saúde dos moradores foram consideradas as duas últimas semanas (os últimos 14 dias que antecederam ao da entrevista). O mês de referência da pesquisa correspondeu a setembro, e a semana de referência compreendeu os dias 21 a 27 de setembro de 2008.

Entre os trabalhadores desempregados as questões sobre rendimento mensal do salário principal; tempo de ida ao trabalho; costuma ir ao trabalho a pé ou de bicicleta; esforço físico intenso realizado no trabalho; contribuição previdenciária no trabalho principal e horas habitualmente trabalhadas por semana foram excluídas da análise, uma vez que tais perguntas não foram formuladas a estes trabalhadores no questionário da PNAD.

Com exceção das perguntas: “motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas” e “esteve acamado nas duas últimas semanas”, foram excluídos da comparação estatística os trabalhadores para os quais não havia sido coletada a informação para a variável específica.

Critérios de exclusão:

Os empregadores e os trabalhadores não remunerados não fizeram parte das categorias de análise: os primeiros por não haver a possibilidade de conhecer as características de seus estabelecimentos que os definiriam como informais (quase inexistência de separação entre capital e trabalho, baixo nível de organização e produção

em pequena escala), além de não estarem inclusos na classificação de classe trabalhadora, que exclui naturalmente os gestores do capital (ANTUNES,1999); os segundos, apesar de seu reconhecimento como modalidade de trabalho, necessitam de investigação mais apurada e análises criteriosas sobre o tipo de trabalho executado, e se o auxílio que oferecem aos trabalhadores remunerados é primordial para o sustento da unidade domiciliar, sendo motivo de impedimento para que procurem outra atividade. Além disso, o foco da pesquisa são os efeitos dos diferentes modos de inserção no mercado de trabalho nas condições de saúde dos trabalhadores envolvidos em atividades remuneradas.

Não foram selecionados trabalhadores abaixo de 18 anos e os trabalhadores rurais uma vez que o trabalho infantil e aquele exercido no setor agrícola, devido complexidade e relevância, necessitam de estudos individuais e com maior detalhamento.

Análise estatística dos dados:

Na análise estatística dos dados foram calculadas as prevalências das variáveis sociodemográficas, econômicas e características do trabalho entre as categorias de análise, além das razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalos de confiança de 95%, entre as categorias de análise que compõem a variável independente principal e as características de saúde, por meio de regressão de Poisson robusta e considerando os trabalhadores formais como categoria de referência.

Regressões de Poisson robustas separadas foram utilizadas para calcular as razões de prevalência das variáveis dependentes com desfechos multinomiais, uma vez que neste caso não há justificativa para o uso da regressão logística multinomial para estimar o valor das razões de prevalência (CAMEY et al., 2010). Na análise das razões de prevalência ajustadas, os ajustes foram feitos por sexo, idade, escolaridade, região de residência e tabagismo (considerando como tabagistas todas as pessoas que eram usuárias de produtos do tabaco que são fumados). As demais variáveis independentes modificadoras não foram utilizadas nos ajustes, uma vez que maiores estratificações podem tornar inseguro apontar efeitos em estudos transversais.

Além disso, considerando as possíveis diferenças entre as respostas fornecidas pelo próprio trabalhador ou por outra pessoa no domicílio, o ajuste considerou o tipo de

informante. Embora houvesse informantes específicos para os vários blocos de questões da PNAD, que poderia ser o próprio trabalhador entrevistado ou outra pessoa moradora ou não do domicílio, neste estudo, a partir da variável v1301, referente aos informantes das questões de saúde, foi construída uma variável dicotômica em que o informante poderia ser: (0= própria pessoa 1= outra pessoa).

O software estatístico STATA ® (Data Analysis and Statistical Software), versão 9.0 modo survey (svy), foi utilizado para a análise dos dados. Dada a natureza do estudo ser incompatível com maior delineamento estatístico e por não haver subdivisões em regiões metropolitanas ou Estados, a variável “peso da pessoa” (v4719) foi utilizada para ponderar a amostra do estudo (SILVA; PESSOA; LILA, 2002). A margem de erro causada por estimativas ingênuas das variâncias são irrelevantes, e por isso não se justifica o risco de se produzir um artefato ao tentar utilizar maior refinamento estatístico neste estudo.

Foi estabelecido o nível de significância de 5% para análise dos resultados.

Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob o parecer n° 623/2010.

RESULTADOS

Dos 152.233 trabalhadores analisados, 76.246 eram formais (50,1%), 62.612 informais (41,1%) e 13.375 desempregados (8,8%), com predomínio do sexo masculino entre os formais e informais (56,9% e 52% respectivamente) e do sexo feminino entre os desempregados (60%) (Tabela1).

Tabela 1 Distribuição proporcional dos trabalhadores de 18 a 64 anos, segundo características sociodemográficas e econômicas, estratificada por sexo. PNAD/ Brasil, 2008.

Variáveis	n	Formal		Informal		Desempregado			
		%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sexo *									
Masculino	43.387	56,9	(56,46-57,24)	32.557	52,0	(51,60-52,47)	5.354	40,0	(39,09-40,96)
Feminino	32.859	43,2	(42,76-43,54)	30.055	48,0	(47,53-48,40)	8.021	60,0	(59,04-60,91)
HOMENS									
Faixa etária *									
18-24	8.249	19,3	(18,89-19,72)	6.312	19,1	(18,61-19,55)	2.401	44,4	(42,92-45,91)
25-34	14.426	32,9	(32,29-33,38)	8.357	25,1	(24,58-25,62)	1.459	26,8	(25,46-28,12)
35-44	10.928	25,0	(24,56-25,46)	7.828	24,0	(23,51-24,54)	758	14,1	(13,07-15,16)
45-54	7.273	17,0	(16,61-17,40)	6.430	20,1	(19,65-20,63)	521	10,3	(9,43-11,33)
55-64	2.511	5,8	(5,56-6,05)	3.630	11,7	(11,28-12,07)	215	4,4	(3,79-5,07)
Região de residência*									
Sudeste	15.808	52,5	(51,94-52,98)	8.881	40,6	(40,00-41,24)	1.541	44,6	(43,07-46,15)
Sul	7.751	16,8	(16,40-17,14)	4.302	13,0	(12,59-13,38)	565	10,3	(9,42-11,17)
Centro-Oeste	5.123	7,4	(7,16-7,57)	3.639	7,7	(7,42-7,92)	569	7,0	(6,47-7,64)
Norte	4.641	6,2	(6,04-6,43)	4.954	9,7	(9,40-9,99)	600	6,9	(6,32-7,51)
Nordeste	10.064	17,2	(16,82-17,52)	10.781	29,0	(28,51-29,56)	2.079	31,2	(29,91-32,52)
Situação do domicílio*									
Urbano	41.139	94,6	(94,33-94,81)	29.899	91,8	(91,46-92,13)	5.092	94,6	(93,82-95,23)
Rural	2.248	5,4	(5,19-5,67)	2.658	8,2	(7,87-8,53)	262	5,4	(4,77-6,18)
Cor ou raça autorreferida*									
Branca	20.878	52,5	(51,96-53,00)	13.526	45,4	(44,84-46,05)	1.997	41,9	(40,39-43,42)
Negra	22.178	46,7	(46,19-47,24)	18.769	53,7	(53,07-54,28)	3.242	57,3	(55,74-58,77)
Amarela	203	0,6	(0,47-0,65)	140	0,5	(0,44-0,64)	20	0,5	(0,33-0,87)
Indígena	128	0,3	(0,19-0,29)	122	0,4	(0,28-0,42)	19	0,3	(0,17-0,48)
Escolaridade em anos de estudo*									
>12 anos	6.717	15,5	(15,10-15,86)	2.928	9,4	(9,07-9,80)	443	8,3	(7,53-9,21)
12 anos	1.158	2,7	(2,55-2,90)	593	1,9	(1,70-2,03)	155	2,8	(2,35-3,32)
8-11 anos	23.753	55,2	(54,67-55,72)	13.370	41,2	(40,61-41,81)	2.976	55,8	(54,30-57,29)
5-7 anos	5.270	11,8	(11,51-12,18)	5.709	17,0	(16,55-17,44)	764	14,0	(13,03-15,09)
Sem instrução-4 anos	6.258	14,8	(14,39-15,14)	9.825	30,5	(29,96-31,07)	985	19,0	(17,88-20,25)
Rendimento mensal do trabalho principal*									
0 até 1/4 do salário	4	0,0	(0,003-0,02)	997	2,9	(2,72-3,11)			
Mais de 1/4 até 1/2 salário	16	0,0	(0,01-0,05)	2.186	6,3	(5,98-6,55)			
Mais de 1/2 até 1 salário	5.494	10,9	(10,59-11,19)	8.683	25,6	(25,07-26,11)			
Mais de 1 até 2 salários	18.409	42,6	(42,04-43,08)	10.966	34,9	(34,26-35,43)			
Mais de 2 até 3 salários	8.094	20,4	(20,00-20,88)	4.003	13,5	(13,05-13,91)			
Mais de 3 até 4 salários	3.448	8,6	(8,33-8,94)	1.586	5,3	(5,03-5,60)			
Mais de 4 até 5 salários	2.304	5,7	(5,49-6,00)	1.301	4,4	(4,16-4,68)			
Mais de 5 salários	5.029	11,7	(11,36-12,05)	2.107	7,2	(6,86-7,52)			
MULHERES									
Faixa etária *									
18-24	5.605	17,8	(17,31-18,25)	5.430	17,8	(17,28-18,24)	3.101	38,5	(37,35-39,75)
25-34	10.595	31,9	(31,36-32,49)	8.267	27,1	(26,50-27,62)	2.723	33,0	(31,89-34,19)
35-44	8.974	27,0	(26,47-27,53)	7.811	25,8	(25,29-26,39)	1.356	17,4	(16,45-18,33)
45-54	5.929	18,0	(17,54-18,46)	5.794	19,7	(19,23-20,24)	653	8,5	(7,82-9,21)
55-64	1.756	5,3	(5,05-5,59)	2.753	9,6	(9,25-10,01)	188	2,6	(2,19-3,01)
Região de residência*									
Sudeste	11.812	51,6	(51,04-52,23)	8.577	42,5	(41,82-43,11)	2.450	47,4	(46,11-48,61)
Sul	6.490	18,6	(18,13-19,02)	3.959	12,8	(12,41-13,22)	846	10,1	(9,36-10,77)
Centro-Oeste	4.050	7,6	(7,33-7,81)	3.509	8,0	(7,74-8,28)	970	7,9	(7,40-8,41)
Norte	3.135	5,3	(5,13-5,53)	3.911	8,0	(7,70-8,24)	912	6,9	(6,42-7,38)
Nordeste	7.372	16,9	(16,50-17,30)	10.099	28,8	(28,22-29,30)	2.843	27,8	(26,81-28,84)
Situação do domicílio*									
Urbano	31.271	94,9	(94,59-95,12)	27.749	92,0	(91,61-92,29)	7.578	94,2	(93,54-94,71)
Rural	1.588	5,1	(4,88-5,41)	2.306	8,0	(7,71-8,39)	443	5,9	(5,29-6,46)
Cor ou raça autorreferida*									
Branca	17.746	57,8	(57,25-58,42)	12.578	45,6	(44,98-46,24)	3.197	44,1	(42,82-45,30)
Negra	14.859	41,3	(40,71-41,88)	17.196	53,4	(52,76-54,02)	4.700	55,2	(53,99-56,47)
Amarela	155	0,6	(0,51-0,72)	172	0,7	(0,58-0,82)	33	0,4	(0,29-0,66)
Indígena	98	0,3	(0,22-0,34)	107	0,3	(0,25-0,38)	27	0,3	(0,18-0,42)
Escolaridade em anos de estudo*									
>12 anos	9.160	27,6	(27,09-28,17)	3.281	11,3	(10,88-11,69)	857	10,8	(10,08-11,63)
12 anos	1.232	3,8	(3,56-4,02)	706	2,4	(2,19-2,58)	250	3,1	(2,70-3,55)
8-11 anos	16.800	51,6	(51,01-52,22)	13.974	46,3	(45,64-46,90)	4.852	60,7	(59,46-61,88)
5-7 anos	2.473	7,3	(7,02-7,64)	4.646	15,0	(14,58-15,47)	976	12,2	(11,41-13,01)
Sem instrução-4 anos	3.033	9,7	(9,30-10,02)	7.273	25,1	(24,52-25,61)	1.019	13,2	(12,39-14,07)
Rendimento mensal do trabalho principal*									
0 até 1/4 do salário	6	0,0	(0,01-0,04)	3.664	12,1	(11,70-12,50)			
Mais de 1/4 até 1/2 salário	61	0,2	(0,15-0,25)	5.016	16,5	(16,06-16,99)			
Mais de 1/2 até 1 salário	6.975	19,4	(18,91-19,82)	10.543	34,3	(33,64-34,84)			
Mais de 1 até 2 salários	15.330	49,0	(48,40-49,62)	6.729	24,0	(23,48-24,59)			
Mais de 2 até 3 salários	4.100	13,4	(12,97-13,81)	1.723	6,3	(5,99-6,63)			
Mais de 3 até 4 salários	1.863	6,0	(5,73-6,33)	637	2,3	(2,14-2,54)			
Mais de 4 até 5 salários	1.370	4,1	(3,89-4,38)	488	1,8	(1,64-2,00)			
Mais de 5 salários	2.742	7,9	(7,57-8,22)	762	2,7	(2,46-2,89)			

*Diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados: P-valor<0,05 teste qui-quadrado de Pearson

Em relação aos dados sociodemográficos e econômicos, os trabalhadores formais do sexo masculino predominaram entre os jovens de 25 a 34 anos, região sudeste, cor ou raça autorreferida branca, escolaridade de 8 a 11 anos de estudo e rendimentos mensais de um a dois salários mínimos. Os trabalhadores informais do sexo masculino foram predominantes na faixa etária de 25 a 44 anos (49,1%), região sudeste, cor ou raça autorreferida negra, sem escolaridade até 4 anos de estudo e de 8 a 11 anos de estudo, sem rendimentos a dois salários mínimos. Os desempregados do sexo masculino eram predominantemente jovens de 18 a 24 anos, da região sudeste, de cor ou raça autorreferida negra e com 8 a 11 anos de estudo.

Entre as trabalhadoras formais a categoria mais numerosa foi de 25 a 34 anos, residente na região sudeste, de cor ou raça autorreferida branca, entre 8 a 11 anos de estudo e predomínio de rendimentos mensais de um a dois salários mínimos. As trabalhadoras informais foram predominantes na faixa etária de 25-34 anos, região sudeste, cor ou raça autorreferida negra, 8 a 11 anos de estudo e rendimentos mensais acima de meio a um salário mínimo. As mulheres desempregadas predominaram na faixa etária de 18-24 anos, região sudeste, cor ou raça autorreferida negra e 8 a 11 anos de estudo.

Conforme tabela 2, entre os homens trabalhadores formais predominaram aqueles com tempo de ida ao trabalho de até 30 minutos. Quase totalidade contribuía com a previdência social (INSS) no trabalho principal e a maioria referiu jornada de 40 a 44 horas semanais. Aproximadamente 1/4 dos trabalhadores formais informou ir ao trabalho a pé ou de bicicleta e possuir associação sindical, e aproximadamente 1/3 referiu realizar esforço físico intenso no trabalho. Entre os informais, predominaram os que demoravam até 30 minutos para chegar ao seu local de trabalho e com jornada semanal de 40 a 44 horas. Aproximadamente 1/3 relatou ir a pé ou de bicicleta de casa até local de trabalho e quase metade realizava esforço físico intenso no trabalho. A minoria contribuía para previdência social e menos de 10% referiu associação sindical.

Tabela 2 Distribuição proporcional dos trabalhadores de 18 a 64 anos segundo características do trabalho e situação no mercado de trabalho, estratificada por sexo. PNAD/Brasil, 2008.

Variáveis	Formal			Informal		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
HOMENS						
Tempo de ida ao trabalho*						
Até 30 minutos	23.705	60,6	(60,02-61,11)	17.830	72,9	(72,29-73,53)
Mais de 30 minutos a 1 hora	10.474	26,0	(25,52-26,49)	4.705	18,5	(18,00-19,09)
Mais de 1 hora a 2 horas	4.203	11,2	(10,86-11,58)	1.523	6,3	(5,94-6,63)
Mais de 2 horas	777	2,2	(2,05-2,38)	530	2,3	(2,07-2,49)
Costuma ir ao trabalho a pé ou de bicicleta*						
Sim	9.909	23,3	(22,91-23,79)	11.815	36,3	(35,75-36,91)
Não	33.283	76,7	(76,21-77,09)	20.511	63,7	(63,09-64,25)
Faz esforço físico intenso no trabalho*						
Sim	15.520	37,1	(36,62-37,65)	15.123	47,4	(46,75-47,97)
Não	27.250	62,9	(62,35-63,38)	16.943	52,6	(52,03-53,25)
Contribuição previdenciária no trabalho principal*						
Sim	42.780	98,8	(98,71-98,92)	5.284	17,6	(17,12-18,06)
Não	607	1,2	(1,07-1,28)	27.273	82,4	(81,94-82,88)
Horas habitualmente trabalhadas por semana*						
Até 14 horas	136	0,3	(0,24-0,35)	864	2,6	(2,40-2,78)
15 a 39 horas	3.253	6,6	(6,36-6,85)	5.860	17,1	(16,69-17,58)
40 a 44 horas	23.759	55,5	(54,98-56,02)	11.728	36,0	(35,45-36,61)
45 a 48 horas	8.582	19,8	(19,35-20,18)	5.330	16,5	(16,06-16,96)
49 horas ou mais	7.657	17,9	(17,44-18,25)	8.775	27,8	(27,21-28,30)
Possui associação sindical*						
Sim	12.045	27,7	(27,20-28,14)	1.985	6,1	(5,84-6,42)
Não	31.342	72,3	(71,86-72,80)	30.572	93,9	(93,58-94,16)
MULHERES						
Tempo de ida ao trabalho*						
Até 30 minutos	19.377	65,0	(64,40-65,62)	14.721	73,9	(73,21-74,58)
Mais de 30 minutos a 1 hora	7.482	24,3	(23,71-24,79)	3.676	18,1	(17,45-18,65)
Mais de 1 hora a 2 horas	2.694	9,6	(9,17-9,94)	1.379	6,7	(6,34-7,13)
Mais de 2 horas	284	1,2	(1,05-1,35)	239	1,3	(1,16-1,53)
Costuma ir ao trabalho a pé ou de bicicleta*						
Sim	8.723	28,0	(27,45-28,53)	10.341	35,7	(35,08-36,29)
Não	23.939	72,0	(71,47-72,55)	19.414	64,3	(63,71-64,92)
Faz esforço físico intenso no trabalho*						
Sim	6.645	20,7	(20,22-21,20)	7.013	24,0	(23,45-24,53)
Não	25.805	79,3	(78,80-79,78)	22.559	76,0	(75,47-76,55)
Contribuição previdenciária no trabalho principal*						
Sim	32.843	100,0	(99,92-99,97)	4.429	15,6	(15,14-16,06)
Não	16	0,1	(0,03-0,08)	25.626	84,4	(83,94-84,86)
Horas habitualmente trabalhadas por semana*						
Até 14 horas	160	0,5	(0,42-0,58)	3.390	11,1	(10,72-11,50)
15 a 39 horas	6.147	18,1	(17,69-18,61)	11.598	38,5	(37,88-39,10)
40 a 44 horas	17.742	54,5	(53,90-55,10)	7.226	24,5	(23,95-25,05)
45 a 48 horas	4.846	14,9	(14,49-15,35)	2.936	9,7	(9,33-10,07)
49 horas ou mais	3.964	12,0	(11,56-12,33)	4.905	16,2	(15,76-16,69)
Possui associação sindical*						
Sim	8.482	25,1	(25,63-25,66)	1.327	4,8	(4,53-5,08)
Não	24.377	74,9	(74,34-75,37)	28.728	95,2	(94,92-95,47)

*Diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados: P-valor<0,05 teste qui-quadrado de Pearson.

As mulheres trabalhadoras formais informaram em sua maioria tempo de ida ao trabalho de até 30 minutos, contribuição previdenciária no trabalho principal e jornada de trabalho de 40 a 44 horas semanais. Aproximadamente 1/4 dessas trabalhadoras referiu ir ao trabalho a pé ou de bicicleta e possuir associação sindical, e exatamente 1/5 informou realizar esforço físico intenso no trabalho. Entre as trabalhadoras informais houve o predomínio de tempo de ida ao trabalho de até 30 minutos e jornada de trabalho de 15 a 39 horas. A minoria das trabalhadoras relatou contribuição previdenciária, ir ao trabalho a pé ou de bicicleta, realizar esforço físico intenso no trabalho e possuir filiação sindical.

Os trabalhadores formais que não contribuía para a previdência social corresponderam a 623 militares (607 homens e 16 mulheres) que possuem legislações específicas referentes à seguridade social.

Quanto à distribuição proporcional segundo a situação no domicílio, houve pouca diferença entre os trabalhadores formais informais e desempregados de ambos os sexos, sendo a maioria moradora da região urbana.

Comparativamente aos formais, os informais e desempregados apresentaram menor proporção na região sudeste, menor escolaridade, maior proporção na região nordeste e entre a cor ou raça autorreferida negra. Os desempregados foram os que tiveram maiores proporções entre os mais jovens e os informais apresentaram menores rendimentos, menor tempo de ida ao trabalho, maior proporção de ida a pé ou de bicicleta ao local de trabalho, maior esforço físico no trabalho, menor contribuição previdenciária, maiores jornadas de trabalho e menor associação sindical do que os formais.

Comparando as proporções entre homens e mulheres, observa-se que os homens apresentaram maiores proporções nas faixas etárias mais novas e referiram maior esforço físico intenso no trabalho principal. As mulheres apresentaram maior escolaridade, menor jornada de trabalho e menores rendimentos.

Quanto às características de saúde, os trabalhadores formais apresentaram maior prevalência de estado de saúde autorreferido muito bom e bom quando comparados aos informais e desempregados. Os informais e desempregados foram aqueles que proporcionalmente apresentaram maior prevalência de estado de saúde autorreferido regular, ruim e muito ruim do que os formais, conforme tabela 3.

Tabela 3 Distribuição proporcional entre as características de saúde dos trabalhadores e a situação do trabalhador no mercado de trabalho. PNAD/Brasil, 2008.

Variáveis	Formal			Informal			Desempregado		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Estado de saúde autorreferido									
Muito bom/bom	63.595	84,1	(83,82-84,39)	46.628	75,0	(74,62-75,37)	10.604	79,5	(78,74-80,27)
Regular	11.468	14,4	(14,10-14,65)	13.984	21,9	(21,53-22,24)	2.420	17,7	(17,03-18,48)
Ruim/muito ruim	1.183	1,5	(1,42-1,62)	2.000	3,1	(2,97-3,27)	351	2,7	(2,45-3,08)
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas									
Sim	4.957	6,4	(6,24-6,62)	5.029	8,0	(7,74-8,21)	961	7,0	(6,56-7,53)
Não	71.289	93,6	(93,38-93,76)	57.583	92,0	(91,79-92,26)	12.414	93,0	(92,47-93,44)
Motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas									
Outros	74.768	98,0	(97,91-98,13)	61.147	97,7	(97,51-97,78)	13.088	97,8	(97,51-98,07)
Problema de coração ou pressão	330	0,5	(0,40-0,51)	400	0,6	(0,58-0,72)	72	0,6	(0,43-0,73)
Problema respiratório	305	0,4	(0,34-0,44)	380	0,6	(0,52-0,65)	89	0,6	(0,51-0,81)
Dor nos braços ou nas mãos	271	0,4	(0,31-0,40)	331	0,5	(0,48-0,61)	62	0,5	(0,37-0,64)
Problema mental ou emocional	219	0,3	(0,25-0,34)	166	0,3	(0,24-0,33)	44	0,3	(0,24-0,46)
Acidente no local de trabalho	217	0,3	(0,26-0,35)	99	0,2	(0,12-0,19)	8	0,1	(0,04-0,17)
Acidente no trânsito	136	0,2	(0,15-0,21)	89	0,1	(0,12-0,19)	12	0,1	(0,05-0,16)
Esteve acamado nas duas últimas semanas									
Sim	1.999	2,6	(2,46-2,71)	2.531	4,0	(3,78-4,12)	486	3,6	(3,22-3,92)
Não	74.247	97,4	(97,29-97,54)	60.081	96,1	(95,88-96,22)	12.889	96,5	(96,08-96,78)
Relato de doença crônica									
Sim	22.762	30,1	(29,73-30,46)	21.281	34,8	(34,34-35,17)	3.693	28,5	(27,68-29,42)
Não	53.484	69,9	(69,54-70,27)	41.331	65,3	(64,83-65,66)	9.682	71,5	(70,58-72,32)
Doença crônica informada									
Doença de coluna ou costas	10.380	13,6	(13,29-13,83)	10.016	16,3	(15,93-16,58)	1.577	12,1	(11,50-12,75)
Hipertensão	8.510	11,2	(10,96-11,46)	8.817	14,6	(14,28-14,90)	1.226	9,5	(8,95-10,09)
Tendinite ou tenossinovite	2.889	4,1	(3,91-4,23)	1.932	3,4	(3,24-3,58)	340	2,9	(2,56-3,24)
Depressão	2.598	3,5	(3,40-3,69)	2.757	4,6	(4,44-4,83)	692	5,7	(5,29-6,21)
Bronquite ou asma	2.594	3,5	(3,36-3,65)	2.202	3,7	(3,50-3,83)	596	4,8	(4,39-5,23)
Artrite ou reumatismo	2.584	3,3	(3,19-3,47)	3.212	5,1	(4,93-5,31)	459	3,6	(3,23-3,94)
Diabetes	1.749	2,4	(2,23-2,47)	1.951	3,3	(3,15-3,48)	236	1,9	(1,67-2,22)
Doença do coração	1.736	2,3	(2,15-2,39)	2.055	3,3	(3,15-3,46)	339	2,6	(2,31-2,92)
Insuficiência renal crônica	704	0,9	(0,86-1,02)	947	1,6	(1,49-1,71)	149	1,3	(1,05-1,49)
Câncer *	263	0,4	(0,31-0,41)	239	0,4	(0,35-0,46)	40	0,3	(0,24-0,47)
Tuberculose *	88	0,1	(0,09-0,14)	99	0,1	(0,11-0,17)	27	0,2	(0,13-0,32)
Cirrose	65	0,1	(0,06-0,11)	90	0,2	(0,12-0,20)	20	0,1	(0,08-0,23)

* Sem diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados: p-valor>0,05 teste qui-quadrado de Pearson

Demais variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significantes. P-valor<0,05 teste qui-quadrado de Pearson.

Os trabalhadores informais foram os com maior prevalência de afastamento. Entre os que apresentaram afastamento, os motivos de saúde que impediram de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas mais prevalentes entre os formais e informais foram problemas do coração ou pressão (0,5 e 0,6%, respectivamente), destacando-se maior proporção de restrição de atividades por acidente de trabalho e acidente de trânsito entre os

formais e a maior proporção de dor no braço ou nas mãos entre os informais. Entre os desempregados os problemas respiratórios foram a primeira causa de afastamento, destacando-se também problemas mentais e emocionais.

Entre as três categorias, os informais e os desempregados apresentaram maior prevalência de estar acamado.

Os trabalhadores informais tiveram maior prevalência de doença crônica entre as três categorias. Doença de coluna ou costas foi a doença crônica mais prevalente entre os trabalhadores (13,6% entre os formais, 16,3% entre os informais e 12,1% entre os desempregados) seguida de hipertensão (11,2% entre os formais, 14,6% entre os informais e 9,5% entre os desempregados). Os trabalhadores formais, considerando as proporções entre as três categorias, apresentaram maior prevalência de tendinite ou tenossinovite. Os informais, além de doença de coluna ou costas e hipertensão, apresentaram maior prevalência de artrite ou reumatismo, diabetes, doença do coração, insuficiência renal crônica e cirrose. Os desempregados apresentaram maiores proporções de depressão e também bronquite ou asma.

Na tabela 4, os trabalhadores formais foram comparados com os informais e com os desempregados em relação às características de saúde.

Na análise das razões de prevalência observou-se que os trabalhadores formais estiveram mais associados à restrição das atividades por acidente de trabalho, além de maior prevalência de tendinite ou tenossinovite do que informais e desempregados, mesmo nas análises ajustadas. A restrição das atividades habituais por acidente de trânsito foi maior entre os trabalhadores formais do que entre os desempregados após análise ajustada.

Verificou-se que estar no mercado informal esteve associado à pior percepção da própria saúde, ao maior afastamento das atividades habituais por problemas respiratórios, a ter estado acamado nas duas últimas semanas, ao maior relato de hipertensão, depressão, artrite ou reumatismo, diabetes, doença do coração, insuficiência renal crônica e cirrose, nas análises univariadas e ajustadas. Bronquite ou asma apresentou significância estatística após análise ajustada, e não foi encontrada significância estatística na análise bruta e ajustada de afastamento das atividades habituais por acidente de trânsito.

Tabela 4 Razões de prevalência brutas e ajustadas entre as características de saúde dos trabalhadores e a situação do trabalhador no mercado de trabalho, tendo os trabalhadores formais como categoria de referência. PNAD/Brasil, 2008.

Variáveis	Informal				Desempregado			
	RP bruta	IC95%	RP ajustada	IC95%	RP bruta	IC95%	RP ajustada	IC95%
Estado de saúde autorreferido *								
Muito bom/bom	1		1		1		1	
Regular	1,5 (1,50-1,58)		1,2 (1,13-1,18)		1,2 (1,19-1,30)		1,2 (1,17-1,28)	
Ruim/muito ruim	2,2 (2,07-2,43)		1,3 (1,23-1,45)		1,9 (1,64-2,14)		1,8 (1,54-2,05)	
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas*								
Não	1		1		1		1	
Sim	1,2 (1,19-1,29)		**1,0 (0,98-1,07)		1,1 (1,01-1,17)		**1,0 (0,92-1,08)	
Motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas*								
Outros	1		1		1		1	
Problema de coração ou pressão	1,4 (1,21-1,66)		**1,1 (0,90-1,27)		**1,2 (0,92-1,63)		1,3 (1,004-1,80)	
Problema respiratório	1,5 (1,27-1,77)		1,3 (1,11-1,57)		1,7 (1,27-2,16)		1,4 (1,03-1,78)	
Dor nos braços ou nas mãos	1,5 (1,28-1,83)		**1,1 (0,93-1,34)		1,4 (1,009-1,86)		**1,3 (0,95-1,81)	
Problema mental ou emocional	**1,0 (0,78-1,21)		**0,9 (0,67-1,08)		**1,2 (0,80-1,64)		**1,1 (0,74-1,61)	
Acidente no local de trabalho	0,5 (0,38-0,64)		0,4 (0,33-0,57)		0,3 (0,11-0,55)		0,3 (0,14-0,73)	
Acidente no trânsito	**0,8 (0,61-1,10)		**0,8 (0,59-1,08)		**0,5 (0,25-0,91)		0,4 (0,23-0,83)	
Esteve acamado nas duas últimas semanas*								
Não	1		1		1		1	
Sim	1,5 (1,43-1,63)		1,3 (1,17-1,34)		1,4 (1,23-1,53)		1,2 (1,10-1,38)	
Relato de doença crônica*								
Não	1		1		1		1	
Sim	1,2 (1,13-1,17)		**1,0 (0,99-1,02)		0,9 (0,91-0,98)		1,1 (1,06-1,13)	
Doença crônica informada*								
Doença de coluna ou costas	1,2 (1,16-1,23)		**1,0 (0,94-1,00)		0,9 (0,84-0,94)		**1,0 (0,95-1,07)	
Hipertensão	1,3 (1,26-1,34)		1,0 (1,001-1,06)		0,8 (0,79-0,90)		1,1 (1,07-1,21)	
Tendinite ou tenossinovite	0,8 (0,78-0,89)		0,8 (0,77-0,88)		0,7 (0,62-0,80)		0,8 (0,71-0,91)	
Depressão	1,3 (1,23-1,38)		1,1 (1,07-1,21)		1,6 (1,47-1,76)		1,7 (1,58-1,90)	
Bronquite ou asma	**1,0 (0,98-1,11)		1,0 (1,02-1,16)		1,4 (1,24-1,50)		1,3 (1,13-1,39)	
Artrite ou reumatismo	1,5 (1,45-1,62)		1,1 (1,001-1,12)		**1,1 (0,96-1,19)		1,1 (1,01-1,27)	
Diabetes	1,4 (1,31-1,51)		1,1 (1,02-1,18)		0,8 (0,70-0,95)		**1,1 (0,95-1,30)	
Doença do coração	1,5 (1,35-1,55)		1,2 (1,08-1,25)		1,1 (1,003-1,29)		1,3 (1,16-1,53)	
Insuficiência renal crônica	1,7 (1,52-1,88)		1,4 (1,27-1,59)		1,3 (1,09-1,61)		1,5 (1,21-1,82)	
Câncer	**1,1 (0,93-1,37)		**1,1 (0,86-1,30)		**0,9 (0,65-1,35)		**1,2 (0,82-1,81)	
Tuberculose	**1,2 (0,85-1,63)		**0,9 (0,65-1,29)		1,8 (1,11-2,96)		2,1 (1,21-3,48)	
Cirrose	1,8 (1,28-2,60)		1,5 (1,05-2,23)		**1,6 (0,91-2,84)		2,2 (1,19-4,01)	

*Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, região de residência, tabagismo e informante próximo

** P-valor>0,05 Teste Qui-quadrado de Pearson.

Demais resultados p-valor<0,05

Comparado aos trabalhadores inseridos no mercado formal, os desempregados estiveram associados ao pior estado de saúde autorreferido, ao afastamento das atividades habituais por problemas respiratórios, maior prevalência de ter estado acamado nas duas últimas semanas, maior prevalência de doença crônica referida, depressão, bronquite ou asma, doença do coração, tuberculose e insuficiência renal crônica nas análises brutas e ajustadas das razões de prevalência. O desemprego foi considerado fator de proteção para acidente de trânsito após análise ajustada. A restrição de atividades por problema do coração ou pressão apresentou significância estatística após análise ajustada, e a prevalência de hipertensão, apesar de ter sido maior entre os formais na análise univariada,

apresentou maior prevalência entre os desempregados após análise ajustada.

O afastamento das atividades habituais por problemas de coração ou pressão, relato de doença crônica entre os informais, e a prevalência de diabetes entre os desempregados não apresentaram significância estatística após inclusão das variáveis independentes modificadoras.

Ter se afastado das atividades habituais por motivo de saúde, afastamento das atividades habituais em decorrência de dor no braço ou nas mãos e a prevalência de doença da coluna ou costa entre os trabalhadores informais e desempregados também não foram significantes após análise ajustada.

O relato de afastamento das atividades por problemas mentais e emocionais não foram significativos nas análises brutas e ajustadas entre informais e desempregados.

Observa-se que as variáveis sociodemográficas: sexo, escolaridade, faixa etária, região de residência além do tabagismo e informante próximo exerceram efeito nas análises das razões de prevalência reduzindo os valores encontrados nas análises brutas de praticamente em todas as variáveis.

Eram tabagistas 25% dos trabalhadores formais, 31,6% dos informais e 23,6% dos desempregados.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, recentes divisões do poder e novas especificações na esfera do trabalho levaram a mudanças de paradigmas ocorridas pelo desencadeamento da industrialização no mundo pós Terceira Revolução Industrial, o que fortaleceu mundialmente o regime capitalista e a reestruturação produtiva (ORNELLAS;MONTEIRO, 2006). Devido mudanças tecnológicas e organizacionais, o trabalho sofreu impactos contraditórios e complexos: por um lado, o elevado grau de comprometimento dos trabalhadores exigidos pelos novos modelos de produção e, por outro, a falta de garantia, instabilidades e insegurança no emprego decorrentes tanto do aumento da flexibilidade do trabalho quanto do desemprego, empregos precários, flexibilidade das forças de trabalho e crescimento de formas atípicas de emprego (HIRATA, 2002).

A análise das variáveis neste estudo apontou para diferenças nas características sociodemográficas, econômicas, do trabalho e de saúde que evidenciaram aspectos de desigualdades atrelados à forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, evidenciado também diferenças entre homens e mulheres.

Em 2008 o percentual de pessoas economicamente ativas era de 62,1% (IBGE, 2010a). Verificou-se neste estudo que aproximadamente metade dos trabalhadores era de informais e desempregados (49,92%). Considerando a faixa etária inclusa na análise, o limite de idade estipulado e a não inclusão dos trabalhadores não remunerados estima-se que esse percentual possa ser maior.

Os trabalhadores formais estiveram associados a melhores condições socioeconômicas e de trabalho exceto pelo maior tempo de ida ao local de trabalho, o que pode acarretar diminuição da qualidade de vida em geral e significativos custos financeiros para os trabalhadores, principalmente se estes residem em áreas periféricas e necessitam conciliar várias modalidades de transporte (OIT, 2009a). Os trabalhadores informais apresentaram proporcionalmente menor tempo de deslocamento até o local de trabalho, provavelmente por estarem inseridos em atividades domiciliares ou ambulantes que não requeiram maiores deslocamentos de suas residências, ou até mesmo pela ausência de condição econômica que permitam maiores gastos com transporte.

Quanto à forma de locomoção ao trabalho, os informais foram os que mais relataram ir a pé ou de bicicleta até o local de trabalho, o que pode indicar menor acesso a outros tipos de transporte, proximidade do local de trabalho ou menor renda: análise da PNAD de 2008 apontou que mais de 1/3 dos trabalhadores ia para o trabalho a pé ou de bicicleta, sendo que o maior percentual (57,5%) estava entre pessoas com menor rendimento domiciliar *per capita* (inferior a ¼ do salário mínimo) (IBGE, 2010b).

O trabalho informal também esteve associado às piores condições socioeconômicas do que o trabalho formal, apresentando menores níveis de escolaridade, menores rendimentos (destacando-se alta proporção de trabalhadores informais, homens e mulheres, que recebem rendimentos inferiores a um salário mínimo no trabalho principal), maiores jornadas de trabalho, maior realização de esforço físico, menor contribuição previdenciária e menor associação sindical, como nos achados em outros estudos (GIATTI; BARRETO, 2006) (JAKOBSEN et al., 2000) (OIT, 2006) (RIBEIRO, 2008) (WHO, 2007)

(ILO, 2009). Observa-se em análises internacionais que a incidência de informalidade aumenta significativamente com o menor nível educacional e que a economia informal é caracterizada por uma menor segurança no trabalho, baixa renda, ausência de acesso a uma gama de atividades sociais, menor possibilidade de participação na educação formal e em programas de formação, estando associado à ausência dos principais quesitos necessários para efetivação do trabalho decente (ILO, 2009).

Ponto a ser destacado refere-se que entre os trabalhadores formais apenas 11% dos homens e 7,9 % das mulheres referiram ganhar acima de 2 mil reais, mostrando a baixa remuneração no país. Além disso, a menor escolaridade também é fato a ser observado: mais de ¼ dos desempregados e aproximadamente metade dos trabalhadores informais possuem menos de 8 anos de estudo.

Outro aspecto de desigualdade social encontrado nesse estudo refere-se à faixa etária dos trabalhadores desempregados. Entre eles aproximadamente 44% dos homens e 38% das mulheres de 18 a 24 anos não trabalhavam mas estavam procurando por emprego. O desemprego em jovens também foi encontrado em outros estudos (GIATTI; BARRETO, 2006). Segundo o relatório "Trabalho Decente e Juventude no Brasil", organizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em parceria com o Conselho Nacional de Juventude (Conjuve) a taxa de desemprego entre jovens no Brasil é 3,2 vezes superior à registrada entre adultos, (OIT, 2009b), mostrando a dificuldade de inserção no mercado de trabalho destes jovens. Deve-se levar em conta que o mercado de trabalho brasileiro sentiu reflexos da crise internacional: em relação a 2008, houve aumento de 18,5% na população desocupada, sobretudo entre os mais jovens (IBGE, 2010a). Os desempregados também apresentaram menor escolaridade do que trabalhadores formais, o que também pode ser uma das causas de maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

Desigualdades sociais entre homens e mulheres também foram observadas. Neste estudo foi encontrada maior proporção de homens no mercado informal do que mulheres. Apesar desse dado não corroborar com as estatísticas nacionais, em que as mulheres corresponderam a 47,4% dos 42% de trabalhadores informais em 2008 (PNUD, 2010), pode-se considerar que essa diferença é atribuída ao conceito de informalidade utilizado no presente estudo e à faixa etária estudada. Em todos os países com dados comparáveis neste domínio, a proporção de mulheres que trabalham na economia informal

é maior que a dos homens, o que significa que muitas não têm acesso a benefícios sociais de emprego (PNUD, 2010).

Quanto ao desemprego, as mulheres corresponderam a 58,8% do total de desempregados em 2008 (LEONE, 2010), assemelhando aos achados desse estudo. De 2008 para 2009, a elevação da taxa de desocupação foi mais significativa para as mulheres (de 9,6% para 11,1%) do que para os homens (de 5,2% para 6,2%) (IBGE, 2010a).

Além da maior proporção de desemprego entre as mulheres, estas apresentaram maior escolaridade, menor jornada de trabalho e menores salários. Dados do IBGE indicam que as mulheres possuem maior escolaridade (7,2 anos de estudo) do que os homens (6,9 anos), porém, nas faixas etárias mais elevadas, o número médio de anos de estudo dos homens supera o das mulheres (IBGE, 2009). Mesmo com maior escolaridade, as mulheres recebem menos que os homens: no mercado formal, o salário feminino vale 75% do masculino, e no informal, 63% (IBGE, 2010c). A diferença cresce entre os mais escolarizados: mulheres com 12 anos ou mais de estudo recebem, em média, 58% do rendimento dos homens de mesmo nível (IBGE, 2010c).

Quanto à jornada de trabalho, de acordo com dados do IBGE, as mulheres trabalham em média 36,5 horas/semana e os homens, 43,9 horas (IBGE, 2010c). No emprego informal, a média cai para 30,7 horas para mulheres e 40,8 horas para homens, e no formal, sobe para 40,7 horas e 44,8 horas respectivamente (IBGE, 2010c). As diferenças salariais entre homens e mulheres também são um fenômeno amplamente documentado no Brasil e em outros países. Este hiato salarial é uma das fontes geradoras de desigualdade de renda. Em relação à geração de renda e oportunidades de acesso à segurança social a desigualdade entre homens e mulheres também é evidente: mulheres continuam a trabalhar em empregos cujos salários são relativamente mais baixos do que o recebido pelos homens, mesmo que ambos tenham o mesmo nível de preparação (PNUD, 2010).

No Brasil, apesar do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho (VIDAL e SILVANY-NETO, 2009), o trabalho feminino tem sido absorvido pelo capital preferencialmente no universo do trabalho desregulamentado, precarizado e principalmente no *part time* (ANTUNES, 1999), que provoca insegurança no emprego, na carreira, na renda e nas perspectivas de formação e de representação sindical. Além disso, verifica-se bi-polarização do mercado de trabalho feminino: profissionais altamente

qualificadas, com salários relativamente bons de um lado, e trabalhadoras ditas de "baixa qualificação", com baixos salários e tarefas sem reconhecimento nem valorização social de outro (HIRATA, 2002). Apesar do crescimento da participação das mulheres no mercado laboral este não vem sendo acompanhado pela redefinição das relações de gênero no âmbito das responsabilidades domésticas, o que vem submetendo as trabalhadoras a uma dupla jornada de trabalho (OIT, 2009a). Caso pagassem o que podem como contribuintes individuais facultativas do INSS, as mulheres que trabalham em suas próprias casas poderiam até mesmo ser contabilizadas como população economicamente ativa.

Diferenças entre cor ou raça autorreferida também refletiram desigualdades sociais entre os trabalhadores. Este estudo mostrou maior proporção de negros entre os trabalhadores informais e desempregados de ambos os sexos. Pretos e pardos, de acordo com dados da PNAD de 2009, estiveram mais associados a empregos sem carteira de trabalho assinada, conta própria e desemprego (IBGE, 2010c). Para Abramo (2004) as construções culturais e sociais atribuem lugares e valores diferentes ao trabalho de homens, mulheres, negros e brancos, o que aponta para uma segmentação ocupacional que expressa essa discriminação que só será eliminada quando se elevar o número de pessoas em cada família que tenha acesso a um trabalho remunerado e decente.

O acesso ao trabalho apropriadamente remunerado, com ambiente adequado, que garanta a segurança física, mental e social, além da capacidade de controle sobre as demandas e pressões no trabalho são importantes determinantes da saúde (OPAS, 2010).

Neste estudo, a análise de morbidade referida entre os trabalhadores apontou para desigualdades em saúde. Em relação aos trabalhadores formais, os trabalhadores informais e os desempregados estiveram associados aos piores relatos de saúde autorreferida, ter estado acamado nas duas últimas semanas, maior afastamento das atividades habituais por problemas respiratórios, maior prevalência de hipertensão, depressão, bronquite ou asma, artrite ou reumatismo, insuficiência renal crônica, cirrose e doença do coração. Os desempregados, além das citadas, comparados aos formais apresentaram maior probabilidade de ter doença crônica, afastamento das atividades por problemas do coração e prevalência de tuberculose.

Análise global da PNAD de 2008 verificou que quanto maior a classe de rendimento mensal domiciliar *per capita*, maior era o percentual de pessoas que avaliavam

seu estado de saúde como “muito bom ou bom” (IBGE, 2010b). Esta variável é facilmente coletada, além disso, estudos apontam para 80% concordância entre a auto avaliação do estado de saúde e a avaliação clínica da presença ou ausência de condição crônica (BARROS et al., 2006).

Quanto as doenças crônicas, observa-se o seu incremento ao longo dos anos na população mundial. Análise da PNAD revela que cerca de 31,3% da população residente (ou 59,5 milhões de pessoas) afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, e 5,9% declararam ter três ou mais (IBGE, 2010b). Dado interessante e que merece destaque é a depressão ser a doença crônica associada tanto a informalidade quanto ao desemprego. Inquérito epidemiológico realizado em Campinas-SP em 2003 identificou que transtornos mentais comuns são mais frequentes em indivíduos com pior situação socioeconômica, mostrando que o desemprego e o trabalho precário, por causarem menor poder de compra e insegurança econômica podem estar associados a maiores comprometimentos na saúde mental (MARÍN-LEÓN et al. , 2007).

Análise comparativa das PNADs de 1998 e 2003 das doenças crônicas entre os trabalhadores com ou sem cobertura previdenciária mostrou que depressão, cirrose e doença do coração estiveram associadas ao trabalho sem proteção social em ao menos um dos anos investigados, e o relato de doença crônica e depressão também foi maior entre os desempregados (1998 e 2003) (GIATTI; BARRETO; CESAR, 2008).

Especificamente quanto ao desemprego, estudos prospectivos têm demonstrado que a exposição ao desempregado tem repercutido efeitos na saúde dos trabalhadores, entretanto, há falta de pesquisas teóricas e empíricas sobre o possível mecanismo entre desemprego e problemas de saúde. Os modelos que explicam essa desigualdade a partir de privações econômicas que geram dificuldades nos cuidados à saúde e acesso aos bens e serviços têm sido mais aceitos: de acordo com a teoria do estresse o desemprego e a incerteza sobre a própria situação de trabalho no futuro podem agir como um estressor que por sua vez pode levar a mudanças fisiológicas, alterando comportamentos de saúde e gerando doenças entre os desempregados (WHO,2007).

Estudos como o “Solids Facts” publicado pela Oficina Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde em 2003, que aponta para evidências sobre a relação entre as situações sociais e a saúde dos indivíduos, relatam que o desemprego, enquanto

situação que compromete o acesso à renda, bens e serviços, fragiliza a autoestima, a interação social e a identidade pessoal, influenciando nas condições de saúde (WHO, 2003).

Problemas de saúde como o tabagismo, desnutrição, alcoolismo, exposição a agentes infecciosos e tóxicos, violência e acidentes, ainda que tenham seus determinantes proximais nos estilos de vida e preferências individuais, têm também seus macrodeterminantes no nível de acesso a serviços básicos, educação, emprego, moradia e informação, na igualdade da distribuição de renda e no modo como a sociedade tolera e respeita a diversidade de gênero, etnia, culto e opinião (OPAS,2010).

Os trabalhadores formais estiveram associados apenas às maiores prevalências de tendinite, tenossinovite e acidente de trabalho. Os dados da PNAD 2003 revelam que todas condições crônicas estudadas foram mais prevalentes no estrato de menor nível de escolaridade, à exceção da tendinite e tenossinovite (BARROS et al., 2006). A incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais nos processos de trabalho modificou o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, como o aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as lesões por esforços repetitivos (LER), também denominadas de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) (MAENO; CARMO, 2005). Dados do Ministério da Previdência Social apontam que em 2009 a sinovite e tenossinovite foram as duas doenças mais incidentes entre os trabalhadores (17,2%) (MPS, 2011). Entretanto, esses dados referem aos casos registrados e considerados como doenças do trabalho entre trabalhadores formais, podendo estar subestimados em decorrência de subnotificação.

Importante considerar que o reconhecimento da doença pelo indivíduo depende do grau de percepção de sinais e sintomas, o que se relaciona com o uso social do corpo e depende de inúmeras características do indivíduo, além do acesso e qualidade dos serviços médico-diagnósticos (BARROS et al., 2006).

Quanto aos acidentes de trabalho, a dimensão destes agravos possui registros inadequados nos sistemas de informação do Brasil. Em 2009 foram registrados 723.500 acidentes do trabalho: 79,7% típicos, 16,9% de trajeto, e 3,3% doenças do trabalho (MPS, 2011), porém, para fins de estatística oficial apenas as informações de trabalhadores contribuintes do seguro social se configuram em registro de acidentes (RIBEIRO, 2008)

(VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004) (CORDEIRO et al.,2005) (BINDER; WLUDARSKI; ALMEIDA; 2001).

A grande subnotificação de acidentes entre trabalhadores do mercado formal é apenas um aspecto da dificuldade em obter informações válidas sobre os acidentes do trabalho no Brasil. A ele soma-se o total desconhecimento sobre o que acontece entre os trabalhadores informais pela inexistência de bases de dados que os inclua (CORDEIRO et al.,2005), mostrando a necessidade de construção de sistemas de informação que, independentemente da forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, sejam capazes de captar - em nível local, mas não só - a ocorrência de acidentes do trabalho (BINDER; WLUDARSKI; ALMEIDA, 2001).

Desde a década de 1990 inexistiam fontes de informação epidemiológica específicas, ficando os dados sobre acidentes, doenças e atenção médica diluídos em múltiplas instituições com bases de dados não interligadas (CORRÊA-FILHO,1995). Fachini et al. (2005) indicam a persistência desse problema que dificulta análises sobre desigualdades e iniquidades sociais e de saúde.

Devido ao delineamento desse estudo e à fonte de dados utilizada, algumas considerações metodológicas devem ser ponderadas. Por se tratar de análise de um estudo transversal, não é possível fazer uma relação causal entre a situação do trabalhador no mercado de trabalho e as características de saúde. Outra limitação é o viés de prevalência, pois os trabalhadores com piores condições de saúde tendem a se afastar definitivamente do trabalho mais cedo, e assim, os trabalhadores com condições mais graves de saúde não são estudados.

O uso dos informantes nos inquéritos de saúde também podem provocar vieses nos estudos devido distorções entre as respostas obtidas por outro morador e àquelas que seriam obtidas pelo próprio trabalhador, apesar de estudos mostrarem a existência de algum padrão de concordância entre as respostas (JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010). Neste estudo, apesar da maioria das respostas terem sido obtidas entre os próprios trabalhadores (50,6% dos formais, 60,8% dos informais e 62,8% dos desempregados) vieses devem ser considerados.

Pesquisas de grande extensão territorial e com múltiplos propósitos, como a PNAD, estão sujeitas a erros provenientes de diversas fontes e que podem alterar resultados

do estudo, e por isso também é algo a ser considerado na interpretação dos dados (IBGE, 2010d).

Os critérios de inclusão dos trabalhadores como formais, informais e desempregados ocorreu considerando a disponibilidade dos dados apresentados na PNAD e, portanto, representa apenas estimativa desses grupos de trabalhadores, uma vez que a realidade do mercado de trabalho brasileiro é heterogênea e ainda mais abrangente. Como exemplo, a classificação de pessoas como não economicamente ativas pode não revelar o desemprego oculto pelo desalento, ou seja, aquele que compreende pessoas sem trabalho e que não procuraram por trabalho nos últimos 30 dias por desestímulo do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas (DIEESE, 2010).

Além disso, por não estarem divididos em regiões metropolitanas os grupos ficam menos homogêneos. Dessa forma pesquisas mais detalhadas mostram-se necessárias.

CONCLUSÃO

Foram identificadas diferenças significativas entre as características sociodemográficas, econômicas e de morbidade entre trabalhadores, o que aponta para desigualdades sociais e de saúde segundo forma de inserção no mercado de trabalho.

As diferenças entre homens e mulheres formais, informais e desempregados, bem como as diferenças raciais apontaram para uma realidade antiga e já conhecida por outros estudos e ainda prevalente na sociedade.

Os piores registros de estado de saúde, bem como maiores prevalências de doenças, restrições de atividades por motivos de saúde entre os trabalhadores informais e desempregados gera uma preocupação quando se observa que estes trabalhadores possuem restrições quanto aos vínculos de proteção social, pior nível de escolaridade e rendimentos, o que os torna mais vulneráveis.

Dessa forma, verificou-se a necessidade de mais estudos, inclusive com a repetição do segmento saúde nas PNADs, sobre desigualdades em saúde entre os trabalhadores e maiores reflexões sobre os impactos gerados pela forma de inserção no mercado de trabalho na vida dos trabalhadores, a fim de que sejam elaboradas políticas públicas inclusivas e que contemplem a heterogeneidade do mercado de trabalho brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMO, L. Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro e suas implicações para a formulação de uma política de emprego. In: Seminário nacional de política geral de emprego: necessidades, opções, prioridades. Brasília: OIT, 2004. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/emprego.pdf>>. Acesso em : 01 mar. 2010.
2. ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
3. BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, out./dez. 2006, p. 911-926.
4. BERNARDO, M.H. Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores. São Paulo: Expressão Popular; 2009. 192 p.
5. BINDER, M.C.L.P.; Wludarski, S.L.; ALMEIDA, I.M. Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social no período de 1995 a 1999, em Botucatu, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, v. 17, p. 915-924, 2001.
6. BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Jan./Abr. 2007, p.77-93.
7. CAMEY, S; TORMAN, V.B.L; HIRAKATA, V; CORTES, R.X.; VIGO, A. Viés da regressão logística multinomial para estimar risco relativo ou razão de prevalência e alternativas In: 19 SINAPE, UNICAMP Campinas-SP. Disponível em:<http://www.ime.unicamp.br/sinapesitesdefaultfilescomey_sinape.pdf> Acesso em: 10 de setembro de 2010.

8.CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T.; GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J.; STEPHAN, C. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1574-1583, 2005.

9.CORRÊA-FILHO, H. R. Vigilância das doenças crônicas e ocupacionais: como passar das propostas às ações? Saúde e Sociedade, v. 4, p. 99-105, 1995.

10.CORRÊA-FILHO, H.R.; CUGLIARI, L.; GASPAR, A. A.; LOUREIRO, J.F.; SIQUEIRA, C.E. Epidemiological surveillance of informal workers' health in two cities in southeastern Brazil: the experience of the TRAPP-TRAPPURA projects. Int J Occup Environ Health. v.15, n.1, jan./mar. 2010, p.36-43.

11.DUARTE, E.C.; SCHNEIDER, M.C.; PAES-SOUSA,R.; RAMALHO, W.M.; SARDINHA, L.M.V.; SILVA JUNIOR, J.B.; CASTILHO-SALGADO, C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil um estudo exploratório. Brasília, 2002.

12.FACCHINI, L.A., NOBRE, L.C.C., FARIA, N.M.X.; FASSA, A.G; THUMÉ, S.; TOMASI, E.; SANTANA, V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

13.GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.40, n. 1. fev. 2006, p. 99-106.

14.GIATTI, L.; BARETO, S.M.; CÉSAR, C.C. Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, out. 2008, p.2396-2406.

15.HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. Cadernos Pagu , n.17, v.18. 2002, p. 139-156.

16.IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Notas Metodológicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

17._____.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: PNAD 2008: Mercado de trabalho avança, rendimento mantém-se em alta, e mais domicílios têm computador com acesso à Internet. Data:18/09/2009. Disponível em :<
[http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455
&id_pagina=1](http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1)> . Acesso em: 01 dez. 2010.

18._____.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: PNAD 2009: rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobre e desocupação aumenta. 08/09/2010. Disponível em :<
[http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708
&id_pagina=1](http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708&id_pagina=1)> Acesso em 01 dez 2010. (2010a)

19._____.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: De 2003 a 2008, foi de 42,5% para 54,8% o percentual de mulheres que já haviam feito mamografia. 31/03/2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/
/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1)> Acesso em: 01 jan. 2011. (2010b)

20._____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. V.27, (2010c).

21._____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008: Um Panorama da Saúde no Brasil (2010d).

22.ILO. International Labour Organization and World Trade Organization. Globalization and informal jobs in developing countries. Geneva: ILO e WTO; 2009.188p.

23. JAKOBSEN, K; MARTINS, R; DOMBROWSKI,O; SINGER, P; POCHMANN, M. Mapa do trabalho informal: perfil socioeconômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- 24.JARDIM, R.; BARRETO. S.M.; GIATTI, L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, 2010, p. 1537-1548.
- 25.LEONE, E.T. O perfil dos trabalhadores e trabalhadoras na economia informal. OIT: série trabalho decente no Brasil. Documento de trabalho N. 3, 2010.
26. MPS. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009. Disponível em : <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>. Acessado em: 03 Fev. 2011.
- 27.MAENO, M.; CARMO, J.C. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 28.MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.3, mai./jun. 2007, p. 667-673.
- 29.MARÍN-LEON, L.; OLIVEIRA, H.B.; BARROS, M.B.A.; DALGALARRONDO, P.;BOTEGA, N.J. Social inequality and common mental disorders. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 29, 2007, p. 250-253.
- 30.MINAYO, M.C.S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, editores. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

31. NUNES, A., SILVA, SANTOS, J.R.S.; BARATA, R.B.; VIANNA, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. OPAS: Brasília; 2001.
32. OIT. Organização Internacional do Trabalho. A OIT e a economia informal. Lisboa: OIT; 2006. 41p.
33. _____. Organização Internacional do Trabalho. Perfil do Trabalho Decente para o Brasil. Brasília/DF, 2009a.
34. _____. Organização Internacional do Trabalho e Conselho Nacional de Juventude. Trabalho decente e Juventude no Brasil. OIT, 2009b.
35. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). Módulo 1: Apresentação e marco conceitual Organização Pan Americana da Saúde. Brasília – DF 2010.
36. ORNELLAS, T. C. F. D.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 59. 2006, p. 552-555.
37. PAIM, J.S. A epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.13, Número Especial Parte I, 2000, p. 29-43.
38. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, 2010.
39. POCHMANN, M. A Década dos Mitos. São Paulo: Contexto, 2001. 182p.
40. ROSEN, G. Da policia medica à medicina social: ensaios sobre a historia da assistência médica. Tradução: Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal;1979. 402p. Título original: From Medical Police to Social Medicine.

41.RIBEIRO, F.S.N. Situação em Brasil. In: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Eds.). Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008.

42.SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, v. 136, n.2, 1997, p.155-171. Disponível em: <<http://www.cache1.kcl.ac.uk/content/1/c6/04/09/13/Senonunemployment.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2010.

43.SILVA, J.L.T.; NEVES JUNIOR, L.F.; PAIVA, L.H.; ANTUNES, M.M.; GONZALEZ, R.H. A informalidade no mercado de trabalho brasileiro e as políticas públicas do Governo Federal. Estudo elaborado pelo Observatório do Mercado de Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), à propósito da Reunião de Ministros do Trabalho do MERCOSUL, Bolívia e Chile. 2002. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/observatorio/Informalidade2.pdf>> Acesso em : 10 jan. 2010.

44.SILVA, P.L.D.N; PESSOA, D.G.C.; LILA, M.F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, 2002, p. 659-670.

45.VIDAL, R.Q.S; SILVANY-NETO, A.M. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, São Paulo, n.34, v.120, 2009, p.115-127.

46.VILELA, R. A. G. IGUTI, A.M, ALMEIDA, I.M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, 2004. p. 570-579.

47.WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

48.WHO. World Health Organization. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva, WHO, 2007, 172p.

49._____. World Health Organization. Social determinants of health: The solid facts. 2ed. Geneva, WHO, 2003, 32 p.

CAPÍTULO II: Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil*

ORIGINAL

DESIGUALDADES NO ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE TRABALHADORES INFORMAIS E DESEMPREGADOS: ANÁLISE DA PNAD 2008, BRASIL

Inequalities in access and use of health services among formal workers, informal workers and unemployed: analysis of PNAD2008, Brazil

Autores:

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: isamiqui@fcm.unicamp.br.

Letícia Marín-León

Médica de Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: letica@fcm.unicamp.br.

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Médico Sanitarista. Professor livre-docente de epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: helenocf@unicamp.br

*Financiamento de bolsa parcial recebida pelo Projeto REBRAS-2009/FIOCRUZ/ENSP/CESTEH. Financiamento final parcial por bolsa do Sistema CAPES/MEC até 2011.

RESUMO

Objetivo: Investigar se a forma de inserção no mercado de trabalho está associada a diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Método: A partir dos microdados da pesquisa básica e do suplemento de saúde da PNAD, 2008, foram estudados homens e mulheres, entre 18 a 64 anos, moradores das 26 Unidades de Federação e do Distrito Federal (n=152.233), classificados em três categorias de análise: formais (n=76.246), informais (n=62.612) e desempregados (n=13.375). A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software estatístico STATA®, versão 9.0 e considerando o desenho amostral complexo. Foram calculadas as prevalências das variáveis sociodemográficas, econômicas de acesso e uso dos serviços de saúde entre as categorias de análise estratificadas. Foram calculadas ainda as razões de prevalência, brutas e ajustadas por sexo, idade, escolaridade, região de residência, tabagismo e tipo de informante, das características de saúde dos trabalhadores por meio de regressão de Poisson e considerando os trabalhadores formais como categoria de referência.

Resultados: Além de menor escolaridade, menor renda mensal, pior estado de saúde autorreferido, maior relato de ter estado acamado nas duas últimas semanas, os trabalhadores informais e desempregados referiram maiores dificuldades de acesso e apresentaram menor procura e utilização dos serviços de saúde do que os trabalhadores formais, mesmo após ajuste das variáveis.

Conclusão: Apesar de declararem maior necessidade, trabalhadores informais e desempregados utilizaram menos os serviços de saúde, o que sugere mais investigações sobre a situação do trabalhador no mercado de trabalho em estudos sobre desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre os trabalhadores.

Palavras-Chave: Desigualdades em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Trabalhadores.

ABSTRACT

Objective: To investigate whether the insertion in the labor market is associated with differences in access and utilization of health services.

Method: From microdata of basic research and health supplement of the PNAD, 2008, were studied men and women between 18 to 64 years old, residents of 26 units of the Federation and Federal District (n = 152,233), classified into three analysis categories: formal (n = 76,246), informal (n = 62,612) and unemployed (n = 13,375). The statistical analysis was performed using the statistical software STATA ® version 9.0 and considering the complex sample design. We calculated the prevalence of sociodemographic, economic, access and use of health services variables among the stratified categories of analysis. Were also calculated gross and adjusted prevalence ratios for sex, age, education, region of residence, smoking and type of respondent for worker's health characteristics through Poisson regression and considering the formal workers as the reference category.

Results: Despite less education, lower income, worse self-reported health status, more reports have been bedridden for the last two weeks, informal workers and unemployed people reported greater difficulties of access and the lower demand and use of health services than formal workers, even after adjusting the variables.

Conclusion: Despite their greater necessity declared, informal workers and unemployed people used less health services, which suggests more research about the situation of workers in the labor market in studies about inequalities in access to and use of health services among the workers.

Keywords: Health inequalities; Health Services Accessibility, Workers.

INTRODUÇÃO

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é considerado contemporaneamente direito social por muitas sociedades (BARRETO, 1998) inclusive no Brasil, em que esses direitos foram garantidos pela Constituição Federal de 1988, após serem concebidos em um período de crises e entraves econômicos em decorrência da adoção de políticas econômicas de cunho liberal que dificultaram a consolidação de um sistema universal, redistributivo e igualitário (VIANA; ELIAS, 2007).

Os serviços de saúde visam a produção de impacto positivo na condição de saúde da população, e mesmo não sendo o determinante do estado de saúde dos indivíduos possuem papel importante na redução da dor, sofrimento e mortalidade (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2003).

Entretanto, para que uma pessoa utilize um serviço de saúde não basta que exista oferta em quantidade suficiente, é necessário que a pessoa perceba a necessidade de saúde, busque o serviço e seja atendida, transformando sua necessidade em demanda (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2003). Aspectos como disponibilidade e tipos dos serviços oferecidos, recursos disponíveis, localização geográfica bem como escolhas individuais podem influenciar tanto o acesso quanto a utilização dos serviços de saúde pela população (TRAVASSOS et al., 2000), e dessa forma, desigualdades no uso dos serviços refletem “...desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros.” (TRAVASSOS et al., 2000)

No país, análises de inquéritos sugerem que a universalização do acesso preconizada pelo SUS já está se tornando uma realidade (BARROS et al., 2006). No entanto, estudos sobre acesso e uso dos serviços de saúde têm evidenciado menor acesso entre trabalhadores informais (GIATTI; BARRETO, 2006) e desempregados (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008).

Desde a década de 1990, o aumento da informalidade e do desemprego foi resultante da adoção de políticas econômicas neoliberais que, voltadas para promoção do ajuste macroeconômico do país, proporcionaram aumento das desigualdades sociais e entraves para o avanço da construção da cidadania (POCHMANN, 2001;

CACCIAMALLI;BRITTO,2002;VIANA;ELIAS,2007). Algumas pesquisas demonstram que trabalhadores informais possuem menor escolaridade, indicadores de saúde menos favoráveis do que os trabalhadores formais (ILO, 2009), além de menor acesso aos bens e serviços (OIT, 2006). Quanto aos desempregados Sen (1997) afirma que estes estão expostos a um conjunto de circunstâncias que podem levá-los à exclusão social.

Há consenso de que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde sejam percebidas como iniquidades (BARRETO, 1998) e o conhecimento a respeito do uso de serviços de saúde permite avaliar e identificar os grupos mais vulneráveis quanto ao seu estado de saúde, seja por indisponibilidade de serviços, seja por condições de comportamentos que conduzam a não utilização dos serviços disponíveis (BARROS et al., 2008).

Para Viacava (2002) alguns dados sobre saúde e uso de serviços de saúde só podem ser gerados por inquéritos populacionais periódicos, complementando dessa forma as deficiências das informações necessárias para monitorar e avaliar as condições de saúde e o desempenho do SUS. Dessa forma, a PNAD e os suplementos de saúde têm sido utilizados para estudos sobre acesso e uso dos serviços de saúde entre os trabalhadores.

O trabalho expressa a forma de organização política e econômica de determinada sociedade e representa variável de grande importância para os estudos sobre padrões de vida, comportamento e saúde das populações. Nesse sentido, a forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho, seja como trabalhador formal, informal ou desempregado, pode produzir desigualdades socioeconômicas e de saúde.

Logo, considerando a fragmentação do mercado de trabalho e a necessidade de elaboração de estudos que identifiquem grupos de trabalhadores mais vulneráveis socialmente, o objetivo do estudo é analisar se o tipo de vínculo de trabalho, formal, informal ou desempregado está associado a diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores utilizando os dados da pesquisa básica e do suplemento de saúde da PNAD, 2008.

MÉTODO

Trata-se de um estudo realizado a partir de dados secundários extraídos da

pesquisa básica e do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008. Esta pesquisa é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e atualmente abrange toda população residente nas unidades domiciliares rurais e urbanas das capitais, regiões metropolitanas e Distrito Federal.

O tamanho da amostra da PNAD 2008 foi de 391.868 pessoas, selecionadas aleatoriamente em 150.591 unidades domiciliares com uma amostra probabilística de domicílios em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias - setores censitários e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). Foram excluídos os moradores de rua, as pessoas residentes em embaixadas, consulados, legações e pessoas institucionalizadas residentes em domicílios coletivos de estabelecimentos institucionais (IBGE, 2008).

Os dados são coletados por meio de questionário que tem por finalidade produzir informações básicas anuais sobre educação, trabalho, rendimento e habitação para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do país (IBGE, 2008). Com periodicidade variável, os suplementos de saúde levantam, dentre outras, informações sobre condições de saúde, tabagismo, acesso e utilização dos serviços de saúde dos moradores.

Sujeitos:

A partir do banco de dados foram selecionados entre as pessoas economicamente ativas homens e mulheres, com idades entre 18 a 64 anos, moradores em todas as Unidades da Federação considerados ocupados em atividades remuneradas não agrícolas ou desocupadas na semana de referência da pesquisa, totalizando 152.322 pessoas.

Consideram-se ocupadas pessoas que trabalhavam no período de referência da pesquisa entre 21 e 27 de setembro, e desocupadas as pessoas sem trabalho mas que tomaram alguma providência efetiva de procura de emprego. Foram consideradas como trabalho todas as ocupações remuneradas em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios na produção de bens e serviços, bem como as ocupações remuneradas em dinheiro ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, etc.) nos serviços domésticos (IBGE, 2008).

Para elaboração das categorias de análise foi respeitada a disponibilidade das informações obtidas a partir da PNAD. O trabalho formal compreendeu o trabalho exercido mediante contrato celetista (regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas) ou estatutário. Os trabalhadores informais foram considerados a partir do conceito de legalidade e existência de vínculos empregatícios, indiferente da contribuição previdenciária. Os desempregados foram aqueles que não exerciam qualquer atividade, mas que estavam em busca de ocupação no período de referência da pesquisa.

Não houve distinção entre trabalhadores por conta própria e profissionais liberais, ou seja, aqueles que de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego exercem atividades como autônomos sendo habilitados e registrados nos Conselhos Profissionais (BRASIL, 2006). A não distinção foi feita porque o banco de dados utilizado não permite esse grau de identificação, e por isso, alguns desses trabalhadores podem estar inclusos no grupo dos trabalhadores por conta própria.

Os empregadores e os trabalhadores não remunerados não fizeram parte das categorias de análise. Os primeiros por não haver a possibilidade de conhecer as características de seus estabelecimentos que os definiriam como informais ou formais, e, por serem gestores do capital, não estão inclusos na classificação de classe trabalhadora (ANTUNES, 1999); os segundos, porque necessitam de investigação sobre o motivo que os impede de procurar outra atividade.

Vale ressaltar que essas são tentativas de estimar a proporção de pessoas economicamente ativas que se enquadram nas categorias de análise propostas no presente trabalho, uma vez que a complexidade dos vínculos laborais e a disponibilidade dos dados impedem que definições mais precisas sejam realizadas.

Variável independente principal:

A variável independente principal foi a situação do trabalhador no mercado de trabalho, composta por três categorias de análise elaboradas a partir da classificação da população ocupada remunerada da PNAD: formais (trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada; empregados com carteira de trabalho assinada; militares e funcionários públicos estatutários); informais (trabalhadores domésticos sem carteira de

trabalho assinada; empregados sem carteira de trabalho assinada e trabalhadores por conta própria) e desempregados (pessoas classificadas como desocupadas na semana de realização da pesquisa mas que procuraram por emprego nesse período).

Variáveis independentes modificadoras:

a) Sociodemográficas e econômicas:

Sexo; faixa etária (18-24, 25-34, 35-44; 45-54; 55-64); região de residência (Norte Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); escolaridade em anos de estudo (sem instrução a 4; 5-7; 8-11; 12 ou mais) e rendimento mensal do trabalho principal. Na variável escolaridade em anos de estudo, segundo critério da PNAD, foi atribuído um ano de estudo a cada série concluída com êxito. O valor do salário mínimo que vigorava em setembro era de R\$ 415,00. Nos trabalhadores desempregados o item rendimento mensal no trabalho principal foi excluído da análise, uma vez que tal pergunta não foi formulada a estes trabalhadores no questionário da PNAD.

Variáveis dependentes:

a) Condições de saúde

- Estado de saúde autorreferido (muito bom/bom; regular; ruim/muito ruim); afastamento das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas (sim ou não); ter estado acamado nas duas últimas semanas (sim ou não).

b) Características de acesso e utilização dos serviços de saúde:

- Cobertura por plano de saúde (sim ou não), que foi obtida pela pergunta: “Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?” Foram inclusos na opção ‘sim’ pessoas que possuíam um plano de saúde ou mais.

- Procura de atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas (sim ou não), que se refere à pergunta: “Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?”

- Ter conseguido atendimento de saúde após tê-lo procurado (sim ou não), correspondeu à questão: “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?”

- Tipo de serviço em que foi atendido (particular, público ou não sabe informar) correspondeu à pergunta: “Este serviço de saúde onde foi atendido era” Essa questão não considerou pessoas que receberam atendimento apenas para marcação de consulta.

- Motivo por não ter recebido o atendimento de saúde quando o procurou (não conseguiu vaga ou senha; não havia médico atendendo; outros motivos), atende à questão: “Por que motivo não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?” Foram inclusas na categoria ‘outros motivos’ as opções: não tinha dentista atendendo; não tinha serviço ou profissional especializado; o serviço ou equipamento não estava funcionando; esperou muito e desistiu; não podia pagar e outro motivo.

- Motivo que fez o trabalhador não procurar o serviço de saúde (não tinha dinheiro – quando não possuía dinheiro para o transporte ou para o pagamento do serviço; horário incompatível – quando o horário disponível pelo trabalhador não coincidia com o horário de funcionamento do serviço; problemas de acesso (quando o trabalhador não foi ao serviço de saúde por dificuldades no transporte ou porque o local de atendimento era longe e de difícil acesso) referiu-se à pergunta: “Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?” Nesta questão, foram excluídos aqueles que informaram não ter procurado por não haver necessidade. Além disso, na categoria ‘outros motivos’ encontram-se as demais opções fornecidas pelo questionário: o atendimento é demorado, o estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades, achou que não tinha direito, não tinha quem o (a) acompanhasse, não gostava dos profissionais do estabelecimento, greve nos serviços de saúde e outro motivo.

- Número de consultas médicas nos últimos 12 meses (nenhuma, uma, duas, três ou mais do que três) referiu-se à questão: “Quantas vezes consultou médico nos 12

últimos meses?”

As questões sobre rendimento mensal do salário principal foram excluídas da análise entre os trabalhadores desempregados, uma vez que tais perguntas não foram formuladas a estes trabalhadores no questionário da PNAD.

Apesar dos microdados utilizados serem disponibilizados gratuitamente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 623/2010.

Análise estatística dos dados

Foram calculadas estatísticas descritivas, das variáveis sociodemográficas e econômicas, razões de prevalência brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% das condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores. A análise ajustada foi realizada usando regressão de Poisson robusta considerando os trabalhadores formais como categoria de referência, sendo os ajustes feitos pelas variáveis independentes modificadoras: sexo, idade, escolaridade, região de residência, além de tabagismo (considerando como tabagistas todas as pessoas que eram usuárias de produtos do tabaco que são fumados).

Em virtude das possíveis diferenças entre as respostas fornecidas pelo próprio trabalhador ou por outra pessoa no domicílio, o ajuste considerou ainda o tipo de informante, que correspondeu à seguinte variável binária: (0 = próprio trabalhador entrevistado; 1= outra pessoa moradora ou não moradora do domicílio). Dentre as variáveis independentes modificadoras o rendimento mensal do trabalho principal não foi incluso na análise das razões de prevalência ajustadas.

Considerando a possível diferença entre o padrão de procura dos serviços de saúde entre homens e mulheres foram calculadas as prevalências de procura dos serviços de saúde segundo estado de saúde autorreferido (0=muito bom e bom; 1=regular, ruim muito ruim) entre as categorias de análise estratificadas por sexo.

O número de consultas médicas foi analisado segundo variável referente ao estado de saúde autorreferido com desfecho binário (0=muito bom/bom; 1=regular/ruim/muito ruim) e situação no mercado de trabalho estratificada por sexo.

Para o cálculo das razões de prevalência das variáveis dependentes com desfechos multinomiais foram usadas regressões de Poisson robustas separadas, uma vez que neste caso não existe justificativa do uso da regressão logística multinomial para estimar o valor das razões de prevalência (CAMEY et al., 2010).

O pacote estatístico STATA® (Data Analysis and Statistical Software), versão 9.0, modo survey (svy), foi utilizado para a análise dos dados. Ponderações foram feitas utilizando variável fornecida pela PNAD (v4719) conforme recomendações para uso de amostras complexas (SILVA; PESSOA; LILA, 2002). Foi estabelecido o nível de significância de 5% para análise dos dados.

RESULTADOS

Dos 152.233 trabalhadores analisados, 76.246 eram formais (50,1%), 62.612 informais (41,1 %) e 13.375 desempregados (8,8%), com predomínio do sexo masculino entre os formais e os desempregados (56,9% e 52 % respectivamente) e do sexo feminino entre os desempregados (60%) (Tabela 1).

Em ambos os sexos trabalhadores formais e informais foram predominantes na faixa etária de entre 25 a 44 anos, e os desempregados na faixa etária mais jovem, entre 18 a 34 anos. Quanto à escolaridade, em ambos os sexos e todas as categorias de trabalho foi mais frequente 8 a 11 anos de estudo, porém a segunda maior proporção entre os formais foi de mais de 12 anos de estudo e entre informais e desempregados, menos de 5 anos de estudo. Trabalhadores formais de ambos os sexos possuíam maiores rendimentos do que os informais. Maior proporção dos trabalhadores foi encontrada na região sudeste, e informais e desempregados foram mais prevalentes na região nordeste do que os trabalhadores formais, em ambos os sexos. A região sudeste apresentou maior proporção de todos os trabalhadores, entretanto, a região nordeste teve maior proporção de informais e desempregados (Tabela 1).

Comparando as proporções entre homens e mulheres, observa-se que os homens apresentaram maiores proporções nas faixas etárias mais novas e as mulheres apresentaram maior escolaridade e menores rendimentos.

Tabela 1 Características sociodemográficas e econômicas de trabalhadores de 18 a 64 anos segundo situação no mercado de trabalho. PNAD/ Brasil, 2008.

Variáveis	Formal			Informal			Desempregado		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Sexo *									
Masculino	43.387	56,9	(56,46-57,24)	32.557	52,0	(51,60-52,47)	5.354	40,0	(39,09-40,96)
Feminino	32.859	43,2	(42,76-43,54)	30.055	48,0	(47,53-48,40)	8.021	60,0	(59,04-60,91)
HOMENS									
Faixa etária *									
18-24	8.249	19,3	(18,89-19,72)	6.312	19,1	(18,61-19,55)	2.401	44,4	(42,92-45,91)
25-34	14.426	32,9	(32,29-33,38)	8.357	25,1	(24,58-25,62)	1.459	26,8	(25,46-28,12)
35-44	10.928	25,0	(24,56-25,46)	7.828	24,0	(23,51-24,54)	758	14,1	(13,07-15,16)
45-54	7.273	17,0	(16,61-17,40)	6.430	20,1	(19,65-20,63)	521	10,3	(9,43-11,33)
55-64	2.511	5,8	(5,56-6,05)	3.630	11,7	(11,28-12,07)	215	4,4	(3,79-5,07)
Região de residência*									
Sudeste	15.808	52,5	(51,94-52,98)	8.881	40,6	(40,00-41,24)	1.541	44,6	(43,07-46,15)
Sul	7.751	16,8	(16,40-17,14)	4.302	13,0	(12,59-13,38)	565	10,3	(9,42-11,17)
Centro-Oeste	5.123	7,4	(7,16-7,57)	3.639	7,7	(7,42-7,92)	569	7,0	(6,47-7,64)
Norte	4.641	6,2	(6,04-6,43)	4.954	9,7	(9,40-9,99)	600	6,9	(6,32-7,51)
Nordeste	10.064	17,2	(16,82-17,52)	10.781	29,0	(28,51-29,56)	2.079	31,2	(29,91-32,52)
Escolaridade em anos de estudo*									
>12 anos	6.717	15,5	(15,10-15,86)	2.928	9,4	(9,07-9,80)	443	8,3	(7,53-9,21)
12 anos	1.158	2,7	(2,55-2,90)	593	1,9	(1,70-2,03)	155	2,8	(2,35-3,32)
8-11 anos	23.753	55,2	(54,67-55,72)	13.370	41,2	(40,61-41,81)	2.976	55,8	(54,30-57,29)
5-7 anos	5.270	11,8	(11,51-12,18)	5.709	17,0	(16,55-17,44)	764	14,0	(13,03-15,09)
Sem instrução-4 anos	6.258	14,8	(14,39-15,14)	9.825	30,5	(29,96-31,07)	985	19,0	(17,88-20,25)
Rendimento mensal do trabalho principal*									
0 até 1/4 do salário	4	0,0	(0,003-0,02)	997	2,9	(2,72-3,11)			
Mais de 1/4 até 1/2 salário	16	0,0	(0,01-0,05)	2.186	6,3	(5,98-6,55)			
Mais de 1/2 até 1 salário	5.494	10,9	(10,59-11,19)	8.683	25,6	(25,07-26,11)			
Mais de 1 até 2 salários	18.409	42,6	(42,04-43,08)	10.966	34,9	(34,26-35,43)			
Mais de 2 até 3 salários	8.094	20,4	(20,00-20,88)	4.003	13,5	(13,05-13,91)			
Mais de 3 até 4 salários	3.448	8,6	(8,33-8,94)	1.586	5,3	(5,03-5,60)			
Mais de 4 até 5 salários	2.304	5,7	(5,49-6,00)	1.301	4,4	(4,16-4,68)			
Mais de 5 salários	5.029	11,7	(11,36-12,05)	2.107	7,2	(6,86-7,52)			
MULHERES									
Faixa etária *									
18-24	5.605	17,8	(17,31-18,25)	5.430	17,8	(17,28-18,24)	3.101	38,5	(37,35-39,75)
25-34	10.595	31,9	(31,36-32,49)	8.267	27,1	(26,50-27,62)	2.723	33,0	(31,89-34,19)
35-44	8.974	27,0	(26,47-27,53)	7.811	25,8	(25,29-26,39)	1.356	17,4	(16,45-18,33)
45-54	5.929	18,0	(17,54-18,46)	5.794	19,7	(19,23-20,24)	653	8,5	(7,82-9,21)
55-64	1.756	5,3	(5,05-5,59)	2.753	9,6	(9,25-10,01)	188	2,6	(2,19-3,01)
Região de residência*									
Sudeste	11.812	51,6	(51,04-52,23)	8.577	42,5	(41,82-43,11)	2.450	47,4	(46,11-48,61)
Sul	6.490	18,6	(18,13-19,02)	3.959	12,8	(12,41-13,22)	846	10,1	(9,36-10,77)
Centro-Oeste	4.050	7,6	(7,33-7,81)	3.509	8,0	(7,74-8,28)	970	7,9	(7,40-8,41)
Norte	3.135	5,3	(5,13-5,53)	3.911	8,0	(7,70-8,24)	912	6,9	(6,42-7,38)
Nordeste	7.372	16,9	(16,50-17,30)	10.099	28,8	(28,22-29,30)	2.843	27,8	(26,81-28,84)
Escolaridade em anos de estudo*									
>12 anos	9.160	27,6	(27,09-28,17)	3.281	11,3	(10,88-11,69)	857	10,8	(10,08-11,63)
12 anos	1.232	3,8	(3,56-4,02)	706	2,4	(2,19-2,58)	250	3,1	(2,70-3,55)
8-11 anos	16.800	51,6	(51,01-52,22)	13.974	46,3	(45,64-46,90)	4.852	60,7	(59,46-61,88)
5-7 anos	2.473	7,3	(7,02-7,64)	4.646	15,0	(14,58-15,47)	976	12,2	(11,41-13,01)
Sem instrução-4 anos	3.033	9,7	(9,30-10,02)	7.273	25,1	(24,52-25,61)	1.019	13,2	(12,39-14,07)
Rendimento mensal do trabalho principal*									
0 até 1/4 do salário	6	0,0	(0,01-0,04)	3.664	12,1	(11,70-12,50)			
Mais de 1/4 até 1/2 salário	61	0,2	(0,15-0,25)	5.016	16,5	(16,06-16,99)			
Mais de 1/2 até 1 salário	6.975	19,4	(18,91-19,82)	10.543	34,3	(33,64-34,84)			
Mais de 1 até 2 salários	15.330	49,0	(48,40-49,62)	6.729	24,0	(23,48-24,59)			
Mais de 2 até 3 salários	4.100	13,4	(12,97-13,81)	1.723	6,3	(5,99-6,63)			
Mais de 3 até 4 salários	1.863	6,0	(5,73-6,33)	637	2,3	(2,14-2,54)			
Mais de 4 até 5 salários	1.370	4,1	(3,89-4,38)	488	1,8	(1,64-2,00)			
Mais de 5 salários	2.742	7,9	(7,57-8,22)	762	2,7	(2,46-2,89)			

*Diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados. P-valor<0,05 teste qui-quadrado de Pearson

Quanto às condições de saúde, os trabalhadores formais apresentaram maior prevalência de estado de saúde autorreferido muito bom e bom quando comparados com os informais e desempregados. Os informais e desempregados foram aqueles que proporcionalmente apresentaram maior prevalência de estado de saúde autorreferido regular, ruim e muito ruim quando comparados com os formais (Tabela 2).

Os trabalhadores informais foram os com maior prevalência de afastamento das atividades habituais por motivo de saúde, e juntamente com os desempregados apresentaram a maior prevalência de ter estado acamado nas duas últimas semanas. Os trabalhadores formais foram aqueles que mais referiram possuir plano de saúde (Tabela 2).

Quanto a ter procurado atendimento para saúde nas duas últimas semanas, observa-se pouca diferença entre os formais, informais e desempregados. Entre aqueles que procuraram, a maioria informou ter recebido atendimento, porém, os desempregados foram os que informaram ter recebido menos atendimento (Tabela 2). A maioria dos formais relatou ter sido atendida na rede particular e a maioria dos informais e desempregados foi atendida no serviço público (Tabela2).

Entre aqueles que não foram atendidos, o motivo mais prevalente que os impediu de receber atendimento foi não ter conseguido vaga ou senha, tendo praticamente a mesma prevalência entre as três categorias. Quanto àqueles que informaram não terem sido atendidos por que não havia médico atendendo foi proporcionalmente mais prevalente entre os informais e desempregados, entretanto, não se pode afirmar diferenças entre as categorias pela sobreposição de intervalos de confiança (Tabela2).

Referente aos que precisaram de atendimento relacionado à própria saúde, mas não buscaram por atendimento, desconsiderando a opção outros motivos, a maioria dos trabalhadores formais informou não ter procurado por não ter disponibilidade de horário (41,4%), e a minoria deles informou problemas de acesso (4,4%). Entre os informais os motivos foram os mesmos: a maioria, aproximadamente 21%, referiu ter problemas de horário, e a minoria, aproximadamente 7,6%, referiu problemas de acesso. Os desempregados informaram em sua maioria não ter procurado atendimento por falta de dinheiro (26%). Comparando as três categorias, incompatibilidade de horário foi a opção mais frequente entre os formais, já entre desempregados foram os problemas de acesso, bem como a ausência de dinheiro.

Quanto ao número de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses, os trabalhadores formais foram os que mais realizaram consultas (Tabela 2).

Tabela 2 Condições de saúde autorreferida e uso dos serviços de saúde segundo situação no mercado de trabalho entre trabalhadores de 18 a 64 anos. PNAD/Brasil, 2008.

Variáveis	Formal			Informal			Desempregado		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Estado de saúde autorreferido									
Muito bom/bom	63.595	84,1	(83,82-84,39)	46.628	75,0	(74,62-75,37)	10.604	79,5	(78,74-80,27)
Regular	11.468	14,4	(14,10-14,65)	13.984	21,9	(21,53-22,24)	2.420	17,7	(17,03-18,48)
Ruim/muito ruim	1.183	1,5	(1,42-1,62)	2.000	3,1	(2,97-3,27)	351	2,7	(2,45-3,08)
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas									
Sim	4.957	6,4	(6,24-6,62)	5.029	8,0	(7,74-8,21)	961	7,0	(6,56-7,53)
Não	71.289	93,6	(93,38-93,76)	57.583	92,0	(91,79-92,26)	12.414	93,0	(92,47-93,44)
Esteve acamado nas duas últimas semanas									
Sim	1.999	2,6	(2,46-2,71)	2.531	4,0	(3,78-4,12)	486	3,6	(3,22-3,92)
Não	74.247	97,4	(97,29-97,54)	60.081	96,1	(98,88-96,22)	12.889	96,5	(96,08-96,78)
Cobertura por plano de saúde									
Sim	34.006	45,7	(45,27-46,06)	10.700	17,9	(17,56-18,25)	2.324	17,6	(16,87-18,34)
Não	42.240	54,4	(53,94-54,73)	51.912	82,1	(81,75-82,44)	11.051	82,4	(81,66-83,13)
Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas									
Sim	10.871	14,4	(14,13-14,69)	8.071	13,2	(12,88-13,48)	1.783	13,4	(12,76-14,06)
Não	65.375	85,6	(85,31-85,87)	54.541	86,8	(86,52-87,12)	11.592	86,6	(85,94-87,24)
Recebeu atendimento									
Sim	10.570	97,4	(97,05-97,70)	7.585	94,4	(93,86-94,94)	1.643	92,6	(91,15-93,85)
Não	301	2,6	(2,29-2,94)	486	5,6	(5,06-6,13)	140	7,4	(6,15-8,85)
Tipo de serviço em que foi atendido									
Particular	6.546	61,1	(60,10-62,15)	2.949	39,1	(37,84-40,28)	574	33,4	(30,92-36,00)
Público	4.064	38,7	(37,65-39,70)	4.726	60,8	(59,59-62,03)	1.084	66,3	(63,68-68,78)
Não sabe	27	0,2	(0,13-0,30)	10	0,1	(0,07-0,26)	4	0,3	(0,11-0,88)
Motivo pelo qual não foi atendido no serviço de saúde que procurou *									
Outro motivo	82	26,0	(20,89-31,80)	129	26,1	(21,99-30,60)	28	21,1	(14,34-29,85)
Não conseguiu vaga ou senha	130	44,5	(38,32-50,83)	209	42,2	(37,36-47,10)	60	44,8	(35,66-54,33)
Não havia médico atendendo	89	29,5	(24,09-35,64)	148	31,8	(27,31-36,61)	52	34,1	(25,87-43,45)
Por que não buscou atendimento?									
Outro motivo	576	40,3	(37,46-43,10)	1.458	53,7	(51,59-55,79)	294	53,9	(49,19-58,51)
Não tinha dinheiro	193	13,9	(12,05-16,05)	440	17,8	(16,17-19,47)	137	26,0	(22,04-30,33)
Problemas de acesso	71	4,4	(3,43-5,73)	241	7,6	(6,54-8,72)	65	12,0	(9,16-15,44)
Não tinha horário	617	41,4	(38,59-44,22)	589	21,0	(19,33-22,72)	56	8,2	(6,17-10,78)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses									
Nenhuma	21.920	28,9	(28,54-29,25)	23.199	36,8	(36,37-37,21)	4.679	35,2	(34,29-36,11)
Uma	13.944	18,4	(18,1-18,71)	10.674	17,0	(16,64-17,29)	2.168	16,0	(15,32-16,7)
Duas	13.923	18,3	(17,97-18,58)	9.779	15,6	(15,32-15,96)	2.173	16,2	(15,55-16,96)
Três	8.579	11,2	(10,96-11,46)	6.149	9,9	(9,653-10,18)	1.431	10,7	(10,12-11,13)
Mais de 3 vezes	17.880	23,2	(22,89-23,56)	12.811	20,7	(20,34-21,05)	2.924	21,9	(21,08-22,67)

*Sem diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados. P-valor>0,05 teste qui-quadrado de Pearson
Demais variáveis P-valor<0,05.

A procura por serviços de saúde segundo sexo, situação de trabalho e autoavaliação de saúde mostrou maior proporção de procura entre os trabalhadores que

referiram pior estado de saúde de ambos os sexos e categorias de análise. Os trabalhadores formais, de ambos os sexos procuraram proporcionalmente mais os serviços de saúde do que os trabalhadores informais e desempregados, indiferente do estado de saúde autorreferido (Tabela3).

Tabela 3 Proporção de procura por serviços de saúde segundo sexo, situação no mercado de trabalho e estado de saúde autorreferido.PNAD/2008, Brasil*

Procura por serviços de saúde	Homem/Formal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	3.258	9,0	1.637	25,7	4.895	11,5
Não	33.430	91,0	5.062	74,3	38.492	88,5
Total	36.688	100	6.699	100	43.387	100
Procura por serviços de saúde	Homem/Informal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	1.578	6,4	1.348	18,8	2.926	9,2
Não	23.450	93,6	6.181	81,2	29.631	90,8
Total	25.028	100	7.529	100	32.557	100
Procura por serviços de saúde	Homem/Desempregado				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	274	6,2	190	22,4	464	9,1
Não	4.144	93,8	746	77,6	4.890	90,9
Total	4.418	100	936	100	5.354	100
Procura por serviços de saúde	Mulher/Formal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	4.050	15,1	1.926	33,5	5.976	18,3
Não	22.857	84,9	4.026	66,5	26.883	81,7
Total	26.907	100	5.952	100	32.859	100
Procura por serviços de saúde	Mulher/Informal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	2.752	13,1	2.393	28,9	5.145	17,5
Não	18.848	86,9	6.062	71,1	24.910	82,6
Total	21.600	100	8.455	100	30.055	100
Procura por serviços de saúde	Mulher/Desempregada				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
n	%	n	%			
Sim	793	12,6	526	29,1	1.319	16,3
Não	5.393	87,4	1.308	70,9	6.702	83,7
Total	6.186	100	1.835	100	8.021	100

*P-valor <0.05 Teste Qui-quadrado de Pearson.

Neste estudo, a análise da proporção de consultas médicas entre os trabalhadores segundo sexo e estado de saúde autorreferido evidenciou mais consultas entre mulheres e trabalhadores com pior estado de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 Porcentagem de consultas médicas segundo sexo, situação no mercado de trabalho e estado de saúde autorreferido. PNAD/2008, Brasil*

Número de Consultas	Homem/Formal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	15.121	41,3	1.337	19,0	16.458	38,0
Uma	7.594	20,9	988	14,8	8.582	20,0
Duas	6.176	16,8	1.093	15,8	7.269	16,6
Três	3.170	8,5	834	12,8	4.004	9,1
> Três	4.627	12,5	2.447	37,6	7.074	16,2
Total	36.688	100	6.699	100	43.387	100
Número de Consultas	Homem/Informal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	14.112	56,2	2.515	32,2	16.627	50,8
Uma	4.438	17,5	1.074	14,3	5.512	16,8
Duas	3.026	12,2	1.181	15,9	4.207	13,0
Três	1.503	6,1	770	10,1	2.273	7,0
> Três	1.949	8,0	1.989	27,4	3.938	12,4
Total	25.028	100	7.529	100	32.557	100
Número de Consultas	Homem/Desempregado				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	2.402	55,0	287	30,2	2.689	50,6
Uma	736	16,7	114	11,7	850	15,8
Duas	549	12,0	125	13,6	674	12,3
Três	315	7,1	97	10,1	412	7,6
> Três	416	9,3	313	34,4	729	13,7
Total	4.418	100	936	100	5.354	100
Número de Consultas	Mulher/Formal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	4.881	18,5	581	9,3	5.462	16,9
Uma	4.741	17,6	621	10,2	5.362	16,3
Duas	5.747	21,6	907	15,0	6.654	20,4
Três	3.747	14,0	828	13,6	4.575	13,9
> Três	7.791	28,3	3.015	51,9	10.806	32,4
Total	26.907	100	5.952	100	32.859	100
Número de Consultas	Mulher/Informal				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	5.399	24,7	1.173	13,6	6.572	21,6
Uma	4.071	19,0	1.091	12,5	5.162	17,2
Duas	4.244	19,6	1.328	15,7	5.572	18,5
Três	2.728	12,8	1.148	13,6	3.876	13,1
> Três	5.158	24,0	3.715	44,7	8.873	29,7
Total	21.600	100	8.455	100	30.055	100
Número de Consultas	Mulher/Desempregada				TOTAL	
	Estado de saúde autorreferido					
	Muito Bom/Bom		Regular/Ruim/Muito Ruim		n	%
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	1.666	27,1	324	17,3	1.990	24,9
Uma	1.099	17,6	219	11,1	1.318	16,1
Duas	1.212	19,7	287	16,1	1.499	18,9
Três	771	12,6	248	13,4	1.019	12,8
> Três	1.438	23,0	757	42,1	2.195	27,3
Total	6.186	100	1.835	100	8.021	100

* P-valor <0,05 no teste Qui-quadrado de Pearson.

Entretanto, comparativamente, informais e desempregados, mesmo referindo pior estado de saúde, consultaram menos do que os formais de ambos os sexos. Nota-se que entre os trabalhadores que autorreferiram melhor estado de saúde a proporção de consultas médicas foi maior entre os trabalhadores formais do que informais e desempregados (Tabela 4).

Na análise das razões de prevalência, os trabalhadores informais apresentaram maior risco de saúde percebida como regular, ruim e muito ruim, ter estado acamado nas duas últimas semanas, ausência de cobertura de plano de saúde, falta de procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas, menos atendimentos de saúde quando procuraram, maior atendimento na rede pública e menor número de consultas nos últimos 12 meses quando comparados aos trabalhadores formais, havendo significância estatística nas análises brutas e ajustadas das razões de prevalência. A ausência de procura por atendimento de saúde devido falta de dinheiro e problemas de acesso não apresentaram significância estatística na análise das razões de prevalência brutas e ajustadas entre os informais e os formais, e o afastamento das atividades habituais por motivo de saúde foi significativo apenas na análise ajustada (Tabela 5).

Os desempregados em comparação aos trabalhadores formais apresentaram maior risco de saúde percebida como regular/ruim/muito ruim, ter estado acamado, ausência de plano de saúde, menor procura de atendimento por motivo de saúde, menos atendimento de saúde, ser atendido na rede pública e menor número de consultas médicas nos últimos 12 meses. Não ter procurado atendimento de saúde devido à falta de dinheiro e por problemas de acesso apresentou maior prevalência entre os trabalhadores desempregados, entretanto perdeu significância estatística após a inclusão das variáveis de ajuste (Tabela 5).

Não foram obtidas significâncias estatísticas nas análises brutas e ajustadas entre os informais e desempregados referente aos trabalhadores que não souberam informar o tipo de serviço de saúde em que foram atendidos e entre os motivos pelos quais não foram atendidos nos serviços de saúde.

Verificou-se que o trabalho formal esteve associado à maior prevalência de ausência de horário como impedimento de busca de atendimento por motivo de saúde do que os trabalhadores informais e desempregados nas análises brutas e ajustadas.

Tabela 5 Razões de prevalência brutas e ajustadas entre as características de saúde dos trabalhadores e a situação do trabalhador no mercado de trabalho, tendo os trabalhadores formais como categoria de referência. PNAD/Brasil, 2008.

Variáveis	Informal		Desempregado	
	RP bruta	RP ajustada	RP bruta	RP ajustada
Estado de saúde autorreferido**				
Muito bom/bom	1	1	1	1
Regular	1,5 (1,50-1,58)	1,2 (1,13-1,18)	1,2 (1,19-1,30)	1,2 (1,17-1,28)
Ruim/muito ruim	2,2 (2,07-2,43)	1,3 (1,23-1,45)	1,9 (1,64-2,14)	1,8 (1,54-2,05)
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas**				
Não	1	1	1	1
Sim	1,24 (1,19-1,29)	***1,02 (0,98-1,07)	1,09 (1,01-1,17)	***1,00 (0,92-1,08)
Cobertura por plano de saúde*				
Sim	1		1	
Não	1,5 (1,49-1,52)	1,3 (1,32-1,35)	1,5 (1,49-1,53)	1,4 (1,33-1,36)
Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas**				
Não	1	1	1	1
Sim	0,9 (0,88-0,94)	0,9 (0,84-0,89)	0,9 (0,88-0,98)	0,9 (0,87-0,97)
Recebeu atendimento?*				
Sim	1	1	1	1
Não	2,1 (1,83-2,50)	1,7 (1,39-1,95)	2,8 (2,27-3,54)	2,2 (1,73-2,72)
Tipo de serviço em que foi atendido*				
Particular	1	1	1	1
Público	1,6 (1,52-1,62)	1,3 (1,23-1,32)	1,7 (1,63-1,79)	1,5 (1,38-1,52)
Não sabe	***1,0 (0,46-2,25)	***0,8 (0,32-1,97)	***2,8 (0,90-8,60)	***3,2 (0,96-10,39)
Motivo pelo qual não foi atendido no serviço de saúde que procurou*				
Outro motivo	1	1	1	1
Não conseguiu vaga ou senha	***1,0 (0,84-1,13)	***0,9 (0,79-1,08)	***1,1 (0,88-1,31)	***1,0 (0,82-1,24)
Não havia médico atendendo	***1,0 (0,84-1,25)	***0,9 (0,76-1,16)	***1,2 (0,90-1,49)	***1,1 (0,86-1,45)
Por que não buscou atendimento?*				
Outro motivo	1	1	1	1
Não tinha dinheiro	***1,0 (0,82-1,13)	***0,9 (0,75-1,05)	1,3 (1,03-1,55)	***1,2 (0,92-1,43)
Problemas de acesso	***1,2 (0,93-1,65)	***1,1 (0,78-1,41)	1,8 (1,28-2,60)	***1,4 (0,96-2,10)
Não tinha horário	0,6 (0,50-0,61)	0,6 (0,53-0,66)	0,3 (0,19-0,34)	0,3 (0,19-0,35)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses**				
Nenhuma	1	1	1	1
Uma	0,8 (0,79-0,82)	0,8 (0,79-0,83)	0,8 (0,77-0,83)	0,8 (0,76-0,83)
Duas	0,8 (0,75-0,78)	0,8 (0,76-0,80)	0,8 (0,78-0,84)	0,8 (0,77-0,84)
Três	0,8 (0,73-0,78)	0,8 (0,73-0,78)	0,8 (0,78-0,88)	0,8 (0,78-0,87)
Mais de 3 vezes	0,8 (0,79-0,82)	0,8 (0,78-0,81)	0,9 (0,83-0,89)	0,9 (0,84-0,90)

*Ajustado por sexo, faixa etária, escolaridade, região de residência e informante próximo

**Ajustado por todas as variáveis citadas além de tabagismo

*** P-valor > 0,05 no teste de qui-quadrado de Pearson

Demais variáveis apresentaram p-valor <0,05

Observa-se que as variáveis modificadoras (sexo, escolaridade, faixa etária, região de residência tabagismo e informante próximo) quando empregadas nas análises ajustadas reduziram praticamente todos os valores das razões de prevalência bruta encontradas.

Eram fumantes 24% dos trabalhadores formais, 31,6% dos informais e 23,6% dos desempregados.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, foram evidenciadas diferenças significativas entre características de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores, além de diferenças sociodemográficas e econômicas.

Trabalhadores informais e desempregados estiveram associados a menores salários e menor escolaridade, conforme visto em outros estudos (WHO, 2007; GIATTI; BARRETO, 2006; ILO, 2009). Desigualdades sociais entre os sexos também ficaram evidentes: as mulheres apresentaram maior escolaridade, porém menores salários, corroborando com estatísticas nacionais (IBGE, 2010a). No Brasil, apesar do aumento da participação feminina no mercado de trabalho (VIDAL; SILVANY-NETO, 2009), as mulheres estão se vinculando ao universo do trabalho desregulamentado, precarizado e principalmente no *part time* (ANTUNES, 1999) e isso provoca insegurança no emprego, na carreira, na renda e nas perspectivas de formação e de representação sindical (HIRATA, 2009).

Apesar dos trabalhadores informais e desempregados terem apresentado pior percepção da própria saúde e piores indicadores de saúde, a procura por atendimento de saúde, acesso aos serviços procurados e número de consultas médicas foi menor entre os trabalhadores informais e desempregados do que entre os trabalhadores formais, conforme encontrado em outros estudos (GIATTI; BARRETO, 2006).

A minoria dos trabalhadores informou ter procurado por atendimento de saúde nas duas últimas semanas. Este fato também deve ser analisado à luz de um fenômeno recentemente estudado: o presenteísmo. Trata-se de uma situação na qual o trabalhador comparece ao local de trabalho ainda que esteja doente, comprometendo a execução de suas atividades e podendo ter repercussões na qualidade de vida do trabalhador (HEMP, 2004).

Já é conhecido na literatura e evidenciado em outros estudos que as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde e realizam mais consultas médicas do que os homens (TRAVASSOS et al., 2002) (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006) (BARROS et al., 2008)

(BOING et al., 2010). Em consonância, o presente estudo também evidenciou maior prevalência de procura por serviços de saúde e consultas médicas entre as mulheres, indiferente do estado de saúde autorreferido.

Trabalhadores que autorreferiram pior estado de saúde apresentaram maior proporção de procura por serviços de saúde e de consultas médicas, corroborando com outros estudos (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006) (BOING et al., 2010).

No entanto, trabalhadores formais, de ambos os sexos apresentaram maior proporção de procura aos serviços de saúde e consultas médicas do que informais e desempregados, indiferente do estado de saúde autorreferido. No país, alguns estudos têm identificado a existência de iniquidades no acesso e uso dos serviços de saúde mediante avaliação de variáveis sociodemográficas, econômicas e morbidade. Szwarcwald, Souza-Júnior e Damacena, (2010) analisando dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizada no Brasil em 2003 evidenciaram maior uso de serviços ambulatoriais entre pessoas de maior escolaridade e com melhor estado de saúde autorreferido. Outros estudos também têm encontrado um gradiente positivo para procura e uso dos serviços de saúde entre pessoas com melhor percepção da própria saúde, escolaridade e renda (NERI; SOARES, 2002) (BOING et al., 2010) (CAPILHIERA; SANTOS, 2010).

Segundo dados da PNAD de 2008 entre as 27,5 milhões de pessoas que buscaram atendimento nas duas semanas anteriores à data da entrevista, 26,5 milhões (96,3%) foram atendidas logo na primeira vez que procuraram atendimento (IBGE, 2010b). Considerando-se o rendimento mensal domiciliar *per capita*, a diferença nos percentuais de atendimento foi pequena: 95,4%, para aqueles com rendimento de até ¼ do salário mínimo e 99,4%, na faixa acima de cinco salários mínimos (IBGE, 2010b). No entanto, entre os trabalhadores, verificou-se neste estudo significativa desigualdade de acordo com a forma de inserção no mercado de trabalho: informais e desempregados foram menos atendidos nos serviços de saúde quando comparados aos trabalhadores formais como visto em outros estudos (TRAVASSOS et al., 2002).

O trabalho formal esteve associado à maior adesão a plano de saúde do que o trabalho informal e desemprego, bem como maior procura e atendimento nos serviços de saúde, maior uso da rede particular, problemas de incompatibilidade de horário para atendimento de saúde e maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses. A

adesão a planos ou convênios privados é uma das formas de distinguir a parcela da população dependente exclusivamente dos serviços públicos de saúde da que dispõe de outras opções de acesso a tais serviços. Estudos evidenciam que a natureza do serviço de saúde utilizado está associada ao nível de renda do indivíduo: conforme aumenta a renda, aumenta a utilização dos serviços privados de saúde e a proporção de planos de saúde (BOING et al., 2010).

Em 2008, 25,9% da população brasileira (49,2 milhões de pessoas) dispunha de pelo menos um plano de saúde (IBGE, 2010b). Estudo de dados nacionais de 2003 e 2005 observa que o acesso a planos privados é maior entre os residentes das áreas urbanas e dos Estados com maior renda e oferta de emprego formal e de serviços de saúde, como os das regiões Sudeste e Sul, sendo expressivo o maior percentual de adesões a plano de saúde das pessoas de maior renda, status ocupacional e número de anos de estudo (ALBUQUERQUE et al., 2008). Embora o SUS seja a principal fonte pagadora dos serviços utilizados em comparação com as alternativas, como convênio empresa, plano privado de saúde, serviços próprios de empresas e serviços de associações de categorias profissionais, (BARROS et al., 2008) inquérito populacional realizado na cidade de Campinas-SP evidenciou significativa participação do setor privado de saúde no município e que os segmentos de menor escolaridade do chefe da família (4 anos de estudo ou menos) dependiam fundamentalmente de atendimento da rede pública de saúde (BARROS et al., 2008).

As formas em que se organizam a atenção à saúde em uma população são determinantes do seu estado de saúde. Particularmente, o acesso econômico, geográfico e cultural aos serviços de saúde, a cobertura, qualidade e oportunidade de atenção à saúde e o alcance das atividades de projeção comunitária, são exemplos de determinantes da saúde (OPAS, 2010). Nesse sentido, é importante que o acesso aos cuidados de saúde assegurem a prestação de serviços adequados, com prestação de cuidados de saúde universais a fim de eliminar as lacunas que existem entre pessoas de diferentes níveis de renda (PNUD, 2010).

Para que essas lacunas sejam eliminadas é necessário que se reconheça o que as provoca e quais medidas são necessárias para sua redução. Nesse sentido, informações suficientes sobre características de saúde dos trabalhadores e da demanda atendida pelos serviços de saúde podem ser úteis na identificação dos grupos mais vulneráveis e na

tentativa de elaboração de políticas públicas que reduzam as desigualdades entre os trabalhadores, o que pode ser auxiliado pela implantação de um sistema de informação, ainda inexistente, que contenha dados que correspondam a todos trabalhadores independente do seu vínculo empregatício (CORRÊA-FILHO, 1995) (FACCHINI et al.,2005).

A população mais vulnerável possui menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, não tem a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade (KAZTMAN et al.,1999), fato que se assemelha às condições de vida e saúde dos trabalhadores informais e desempregados, conforme visto nesse e em outros estudos.

Conforme refletem Monteiro, Corrêa-Filho e Siqueira (2010, p.176) “...o avanço em novas tecnologias – produto e conhecimento - , assim como mudanças no modo de produção deveria resultar em acesso a direitos universais, satisfação das necessidades básicas das pessoas e coletividades.” No entanto, crescimento econômico e desenvolvimento não estão sendo associados à melhoria da qualidade de vida, que só pode ocorrer com desenvolvimento sustentável e garantia de trabalho decente (MONTEIRO;CORRÊA-FILHO;SIQUEIRA, 2010).

Os inquéritos de saúde de base populacional são instrumentos importantes tanto para se conhecer as necessidades entre os grupos populacionais, especialmente os com maiores necessidades, expostos a maiores riscos de adoecimento e com menor acesso ao atendimento, como também para auxiliar a formulação e avaliação de políticas públicas de saúde (BARROS et al., 2006).

Cabe destacar as limitações inerentes ao estudo realizado. Por ter utilizado fontes de dados secundários proveniente de um estudo transversal (inquérito de base populacional), não é possível estabelecer relação de causalidade, uma vez que exposição e desfecho são simultaneamente investigados. Em decorrência do viés de prevalência, muitos trabalhadores adoecidos mais gravemente podem estar fora do mercado de trabalho subestimando a proporção de trabalhadores adoecidos na amostra.

Outra questão a ser considerada refere-se às respostas fornecidas por um informante próximo. No presente estudo o informante correspondeu ao próprio trabalhador em 50,64% dos formais, 60,84% dos informais e 62,86% dos desempregados, devendo ser

um dado a ser considerado nas análises, pois apesar de existir padrões de concordância e confiabilidade entre as informações fornecidas pelo informante com as informações fornecidas pelo indivíduo ao qual ele se refere, viés de informação pode ocorrer de acordo com a escolaridade, idade do informante e o tipo de pergunta realizada (JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010).

Por último, devem ser ponderados os erros que influenciam nos resultados finais em estudos com múltiplos propósitos e de grande abrangência territorial como a PNAD, tais como os erros alheios à amostragem, que podem ser introduzidos em qualquer fase do estudo e exigem mensuração complexa e de alto custo, e os erros de amostragem (IBGE, 2010c).

CONCLUSÃO

Observou-se nesse estudo desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores, evidenciando que trabalhadores informais e desempregados, apesar de apresentarem pior condição de saúde percebida, maior frequência de restrição das atividades habituais por motivo de saúde e maior frequência de estar acamado nas duas últimas semanas, procuraram menos os serviços de saúde e receberam menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais. Importantes diferenças sociais como menor renda e menor escolaridade entre os informais e desempregados também foram observadas entre esses trabalhadores, indicando também desigualdades sociais já evidenciadas em outros estudos.

São necessárias maiores investigações para se conseguir entender as causas ou os macrodeterminantes que acabam por contribuir com que os trabalhadores informais e desempregados, apesar de apresentarem maior necessidade de uso dos serviços de saúde, apresentaram maior dificuldade de atendimento, identificando o tipo de serviço no qual o trabalhador não conseguiu atendimento, além da necessidade de desagregação dos dados para níveis mais locais. Vale ressaltar que estudos importantes utilizaram dados provenientes da pesquisa básica e dos suplementos de saúde da PNAD de anos anteriores e encontraram padrões epidemiológicos semelhantes aos encontrados neste estudo, levando a

conclusão de que poucas mudanças ocorreram no sentido de redução das desigualdades em saúde entre os trabalhadores.

Sugere-se que para diminuir as iniquidades em saúde o SUS priorize o acesso ao atendimento de todos os trabalhadores de forma igualitária e zele pela resolutividade das ações. Além disso, para identificação dos padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores, mais pesquisas devem ser realizadas utilizando o desemprego e as formas diferenciadas de inserção no mercado de trabalho como variáveis de investigação para que possam subsidiar políticas intersetoriais de redução das desigualdades sociais e de saúde entre os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
2. ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M.F; MARTINS, A.C.M.; FONSECA, A.L.; SASSON, D.; SIMÕES, K.A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, set./out. 2008, p.1421-1430.
3. BARRETO, M.C.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n.2, p. 123-125, 1998.
4. BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, out./dez. 2006, p. 911-926
5. BARROS M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M (org.) *As dimensões da saúde: Inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

6. BOING, A. F.; MATOS, I.B.; ARRUDA, M.P.; OLIVEIRA, M.C; NJAINE, K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, p. 41-46.

7. CACCIAMALI, M. C.; BRITTO, A. A flexibilização restrita e descentralizada das relações de trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos do Trabalho*, v.2, n.2, 2002, p.91-120.

8. CAMEY, S; TORMAN, V.B.L; HIRAKATA, V; CORTES, R.X.; VIGO, A. Viés da regressão logística multinomial para estimar risco relativo ou razão de prevalência e alternativas In: 19 SINAPE, UNICAMP Campinas-SP Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/sinapesites/defaultfilescamey_sinape.pdf> Acesso em: 10 set. 2010.

9. CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. D. S. D. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 436-443, 2006.

10. CORRÊA-FILHO, H. R. Vigilância das doenças crônicas e ocupacionais: como passar das propostas às ações? *Saúde e Sociedade*, 1995, v. 4, p. 99-105.

11. FACCHINI, L.A., NOBRE, L.C.C., FARIA, N.M.X.; FASSA, A.G; THUMÉ, S.; TOMASI, E.; SANTANA, V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005, v.10, n.4.

12. GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n. 1. fev. 2006, p. 99-106.

13. GIATTI, L.; BARETO, S.M.; CÉSAR, C.C. Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, out. 2008, p.2396-2406.

14. GIATTI, L.; BARETO, S.M.; CÉSAR, C.C. Unemployment and self-rated health: Neighborhood influence. *Social Science & Medicine*, 2010, v. 71, p. 815-823.
15. HEMP, P.; Presenteeism: At Work - But Out Of It . *Harv Bus Pub*, 2004 oct 82 (10): 49-58, 155.
16. HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*, 2009, p. 24-41.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Notas Metodológicas, 2008.
18. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. V.27, 2010a.
19. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: De 2003 a 2008, foi de 42,5% para 54,8% o percentual de mulheres que já haviam feito mamografia. 31/03/2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1 > Acesso em : 01 de jan. 2011. (2010,b)
20. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008: Um Panorama da Saúde no Brasil , 2010c.
- ILO. International Labour Organization and World Trade Organization. Globalization and informal jobs in developing countries. Geneva: ILO e WTO; 2009.188p.
21. JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010, v. 26, p. 1537-1548.

22. KAZTMAN, R.; BECCARIA, L.; FILGUEIRA, F. GOLBERT, L. KESSLER, G. Vulnerabilidad, activos, y exclusión social en Argentina y Uruguay. Organização Internacional do Trabalho, 1999.
23. MONTEIRO, M.I.; CORRÊA-FILHO, H.R.; SIQUEIRA, C.E. Green Jobs, Green Economy – Ampliando as Possibilidades de Desenvolvimento Sustentável. In: VILARTA, R.; GUTIEREZ, G.L.; MONTEIRO, M.I. (org.) Qualidade de Vida: Evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Ipes. Campinas, 2010.
24. NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2002, v. 18, p. S77-S87.
25. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). Módulo 1: Apresentação e marco conceitual Organização Pan Americana da Saúde. Brasília – DF 2010.
26. OIT. Organização Internacional do Trabalho. A OIT e a economia informal. Lisboa: OIT; 2006. 41p.
27. PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: ATHENEU (Ed.). Epidemiologia e Saúde. São Paulo: Roberto A. Medronho et al., 2003. Cap.24. p. 361-369.
28. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, 2010.
29. POCHMANN, M. A Década dos Mitos. São Paulo: Contexto, 2001

- 30.SILVA, P.L.D.N; PESSOA, D.G.C.; LILA, M.F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002, v. 7, p. 659-670.
- 31.SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, v. 136, n.2, 1997, p.155-171.
- 32.SZWARCWALD,C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; DAMACENA, G.N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 217, 2010.
- 33.TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. FERNANDES, C. ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*,2000, v. 5, p. 133-149.
- 34.TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Ver. Panam. Salud Publica*, Washington, v.11, n. 5-6, may./jun. 2002, p. 365-373.
- 35.VIACAVAL ,F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.4, out./dez. 2002, p.607-621.
- 36.VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12 (Sup), 2007, p. 1765-1777.
- 37.VIDAL, R.Q.S; SILVANY-NETO, A.M. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, São Paulo, n.34, v.120, 2009, p.115-127.

38.WHO. World Health Organization. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva, WHO, 2007, 172p.

CAPÍTULO III: Inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir de propostas das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (Submetido)*

ORIGINAL

INCLUSÃO DOS TRABALHADORES INFORMAIS E DESEMPREGADOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS: BREVE ANÁLISE A PARTIR DE PROPOSTAS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Inclusion of informal workers and unemployed in Brazilian public policy: a brief analysis from proposals of the National Conferences on Occupational Health

AUTORES:

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail: isamiqui@fcm.unicamp.br.

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Médico Sanitarista. Professor livre-docente de Epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. E-mail:helenocf@unicamp.br.

* Artigo submetido, aguardando parecer.

RESUMO

Este artigo teve por objetivo identificar as propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas mediante análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Após coleta e organização do material, analisamos as resoluções identificando aquelas que apresentam palavras ou termos que remetem a esses trabalhadores. Das 807 resoluções encontradas, 24 versavam sobre a garantia de acesso aos serviços de saúde, controle social, direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores informais e desempregados. Apesar de conquistas alcançadas, esforços ainda são necessários para efetivação das propostas e resoluções apresentadas.

Palavras-Chave: Saúde do trabalhador; Políticas públicas; Congressos como assunto; Trabalhadores

ABSTRACT

This article aims to identify the proposals for inclusion of informal workers and unemployed people in public policy through examination of the final reports of the National Conferences on Occupational Health. After collecting and organizing the documents, we analyzed the resolutions identifying those that have words or terms that refer to these workers. From 807 resolutions found, 24 were about ensuring access to health services, social control, rights and social security to informal workers and unemployed. Despite its achievements, efforts are still needed for execution of the proposals and resolutions presented.

Keywords: Occupational Health; Public policy; Congresses as topic, Workers

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, teve suas diretrizes e princípios incorporados na Constituição Federal graças às conquistas obtidas pela reforma sanitária brasileira durante a década de 1980. Ao se estabelecer a saúde como direito de cidadania e dever do Estado houve ruptura com o padrão anterior de política social marcado pela exclusão de milhões de brasileiros (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A criação do SUS proporcionou outra etapa no processo de construção da cidadania e passou a expressar uma nova relação do Estado com a população. Os princípios da universalidade, equidade e integralidade, aliados ao controle social colocaram os sujeitos como agentes ativos na sua conformação em caráter permanente (MAENO; CARMO, 2005).

Neste processo, mediante esforços de atores sociais envolvidos, a Saúde do Trabalhador passou a ser de responsabilidade do SUS, sendo regulamentada e considerada pela lei complementar nº 8080/90, artigo 6º, como sendo: “... um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990).

A implementação de políticas públicas de saúde do trabalhador e sua sustentabilidade dependem de articulações e de movimentos sociais organizados conhecedores de seus próprios direitos. Nesse sentido, as três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST) foram espaços democráticos privilegiados para a discussão do modelo de atenção à saúde do trabalhador no Brasil no âmbito do SUS, representando momentos históricos para a democracia brasileira e máxima organização dos movimentos sociais na luta do direito pela saúde e segurança dos trabalhadores. As resoluções apresentadas em seus relatórios finais pretendem subsidiar políticas nacionais de saúde que garantam o acesso universal e igualitário, incluindo todos os trabalhadores nas ações de promoção da saúde e segurança nos ambientes de trabalho, além de propor outras políticas sociais.

Entretanto, para construção de um contexto da Saúde do Trabalhador que reflita

os ideais de cidadania, justiça e universalidade dois importantes segmentos também devem ser considerados pelo movimento dos trabalhadores organizados e pelo Estado: os trabalhadores informais e os desempregados.

Em 2008, segundo dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 42% dos trabalhadores ocupados em centros urbanos no Brasil eram informais (PNUD, 2010). Para Alves e Tavares (2006) o trabalho informal corresponde tanto às formas consideradas tradicionais, como o trabalho por conta própria, quanto formas recentes, em que os trabalhadores são submetidos a sucessivos contratos temporários sem estabilidade e registro na carteira de trabalho. Cacciamali (2000) utiliza o termo processo de informalidade para indicar as alterações estruturais econômicas e sociais capazes de redefinir as relações de produção e as formas de inserção de trabalho. Para a autora, esse processo pode ser estudado e representado por duas categorias: os trabalhadores assalariados sem registro, ou seja, contratados às margens da legislação trabalhista, e os trabalhadores conta própria, que se auto empregam seja por dificuldades de reemprego e ingresso no mercado de trabalho, ou por opção (CACCIAMALI, 2000). Segundo Malaguti (2001) a informalidade é uma dimensão atemporal da sociedade do capital, universal e impossível de ser compreendida mediante conceitos fechados e setoriais, como “setor informal” ou “relações não-salariais” e, portanto, torna-se difícil encontrar terminologias e definições que expressem a complexidade desse fenômeno na sociedade.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho informal caracteriza-se por “...fracos níveis de qualificação e de produtividade, falta de acesso à informação, aos mercados, ao financiamento, à formação e à tecnologia” (OIT, 2006 p.8). Além de serem menos incentivados à sindicalização (IRIART et al., 2008), os trabalhadores informais apresentam remunerações inferiores aos formais, possuem maiores jornadas de trabalho e não possuem relações de trabalho que ofereçam proteções trabalhistas e previdenciárias (CACCIAMALI, 2000), estando vulneráveis a riscos no ambiente laboral como acidentes de trabalho e adoecimentos provenientes de piores condições laborais. Relatório realizado pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) apresentado à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007 apontou que trabalhadores com empregos informais estão em desvantagem em relação aos trabalhadores

com carteira assinada em vários aspectos que, separadamente ou de forma interativa, podem afetar sua saúde e segurança (WHO, 2007).

Estudos nacionais apontam relevantes achados sobre a saúde desses trabalhadores: Santana e Oliveira (2004) em inquérito populacional realizado na região metropolitana de Salvador entre trabalhadores da construção civil identificaram que os informais tiveram maior taxa de incidência de acidentes não fatais quando comparados aos demais trabalhadores que participaram do inquérito. Corrêa-Filho et al., (2010) em projeto-piloto realizado em duas áreas de abrangência de agentes comunitários de saúde nas cidades de Campinas-SP e Uberaba-MG identificaram que 24,3% dos trabalhadores informais entrevistados em Campinas estavam expostos a condições de trabalho perigosas, tais como riscos de lesões e intoxicações por contaminantes ambientais, e 72,3% dos trabalhadores informais em Uberaba expostos a violências (assalto ou roubo) e agressões.

Quanto ao desemprego, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram para um percentual de 5,7% em novembro de 2010 (IBGE, 2010). Segundo Sen (1997) a situação de desemprego pode ser considerada como principal fator que leva à exclusão social. Para Pochmann (2009) a degradação dos postos de trabalho, associada à ausência de um sistema universal de garantia de rendimentos aos desempregados, faz com que se submetam a atividades ainda que precárias e sem vínculos laborais estabelecidos pelas leis trabalhistas vigentes. Essa situação pode durar por longo período de tempo ou se tornar permanente, obrigando o trabalhador a continuar na informalidade de maneira praticamente definitiva (OLIVEIRA, 2005), apontando para um sintoma derivado de uma deficiência que reflete a incapacidade da sociedade de ocupar produtivamente a sua força de trabalho (NERI, 2002).

Estudos como o “Solids Facts”, publicado pela Oficina Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde em 2003, apontam para evidências sobre a relação entre as situações sociais e a saúde dos indivíduos e relatam que o desemprego, enquanto situação que compromete o acesso à renda, bens e serviços, fragiliza a [auto-estima](#), a interação social e a identidade pessoal, influenciando nas condições de saúde (WHO, 2003).

Apesar das flutuações nos percentuais de informalidade e desemprego decorrentes da crise global econômica ocorrida em 2008, é importante ressaltar que esses

valorem têm demonstrado tendência de queda nos últimos anos (POCHMANN, 2009). Verifica-se a redução da taxa de desemprego metropolitana de 19,5%, em 2002, para 14,2%, em 2009, além da queda da informalidade no conjunto dos ocupados, que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, caiu de 46,5%, em 2002, para 42,7% em 2008 (DIEESE, 2010). Além disso, com base nos registros da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) estima-se que entre 2003 e 2009 tenham sido criados mais de 12 milhões de empregos formais no país (DIEESE, 2010).

Os esforços da sociedade para promover o acesso dos trabalhadores informais aos benefícios de proteção social culminaram com a Lei Complementar nº 128, de 19/12/2008, que estabelece condições especiais para que o trabalhador informal, possa se tornar um empreendedor individual legalizado, passando a ter, dentre outros, direito à aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez, salário-maternidade, pensão por morte e auxílio-reclusão (MPS, 2010).

No que se refere à elaboração de estratégias para promover o acesso dos trabalhadores informais e desempregados aos programas e serviços de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, verifica-se a implementação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) que vem se consolidando mediante a expansão de uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests) quem têm a função de fornecer suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, 2006). Experiências exitosas podem ser encontradas durante essa fase de consolidação dos Cerests, como a implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho (SIVAT) implantado pelo Cerest de Piracicaba/SP, que também abrange os trabalhadores informais (CORDEIRO et al., 2005a).

Outra iniciativa foi a criação do Observatório de Saúde do Trabalhador (OST) em 2010. Trata-se de uma iniciativa do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro (CESTEH / ENSP) que tem por objetivo manter articulações entre o movimento dos trabalhadores organizados, instituições públicas e privadas e profissionais de diversas áreas do conhecimento funcionando como facilitador no processo de planejamento das ações interinstitucionais em Saúde do Trabalhador.

No entanto, apesar de esforços empreendidos para garantir políticas de assistência social e de saúde a esses trabalhadores medidas de vigilância e controle dos agravos a saúde continuam fugazes e pouco consistentes.

Ante ao exposto, este artigo teve por objetivo examinar os relatórios finais das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador analisando as resoluções que apresentaram propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas abrangidas nessas Conferências.

MÉTODOS

Analisamos os relatórios finais das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, ocorridas em 1986, 1994 e 2005. Os relatórios são documentos oficiais que podem ser obtidos em formato eletrônico por diversas fontes e apresentam registros das propostas discutidas e resoluções apresentadas pelos participantes das Conferências. Para garantir a credibilidade das informações, os documentos utilizados foram obtidos nos sites do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

No primeiro momento, procedemos com a organização das fontes analisadas: de posse do material impresso, foram identificadas nos relatórios as seções contendo todas as resoluções aprovadas nas plenárias finais, separando-as das demais partes dos documentos, tais como apresentação, textos complementares, palestras e painéis. No total, foram encontradas 807 resoluções, 178 na primeira Conferência, 258 na segunda e 344 na terceira, extraindo-se dessa contagem as resoluções que foram suprimidas.

No segundo momento, após leitura de todo material coletado realizamos breve revisão dos contextos socioeconômicos e da saúde do trabalhador no período correspondente a cada Conferência. Para tanto utilizamos de referencial teórico obtido a partir de fontes de informação impressa, como livros sobre saúde do trabalhador e os relatórios finais das Conferências, além da base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (Scielo) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e do site de pesquisa Google (<http://www.google.com.br>), utilizando busca integrada dos termos mercado de trabalho, contexto socioeconômico, trabalho informal, desemprego, Sistema Único de Saúde, saúde do trabalhador, Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, reforma sanitária e

palavras correlatas, tendo como período de referência 1980 a 2011.

No terceiro momento, nas sessões correspondentes às propostas e resoluções das Conferências, procedemos com busca das palavras ‘informal’ e ‘desemprego’, considerando ainda outros termos que remetessem a esses trabalhadores. Dessa forma, foram selecionadas apenas as resoluções que apresentaram propostas de políticas públicas contendo as palavras ou termos investigados, não incluindo aquelas que remetiam a ações ou políticas públicas universais, ou seja, que não especificavam a participação desses trabalhadores mediante citação das palavras ou termos usados na busca.

Ao final desse processo, a própria leitura do material pesquisado conduziu à elaboração de três categorias de análise as quais refletem os propósitos da pesquisa:

Quadro 1: Categorias de análise e suas respectivas descrições:

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DESCRIÇÃO
Resoluções abrangendo os trabalhadores informais e desempregados.	Esta categoria refere-se às resoluções que apresentam propostas de políticas públicas que abrangem tanto os trabalhadores informais quanto os desempregados, tendo em seus textos palavras ou termos que remetem a esses trabalhadores.
Resoluções abrangendo os trabalhadores informais.	Categoria que apresenta resoluções contendo propostas de políticas públicas que incluem os trabalhadores informais, citando-os diretamente ou por meio de expressões que remetem a esses trabalhadores, tais como: trabalhador autônomo, trabalhador sem carteira de trabalho e conta-própria.
Resoluções abrangendo os trabalhadores desempregados.	Categoria que apresenta resoluções contendo propostas de políticas públicas que incluem os trabalhadores desempregados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A I CNST, ocorrida em dezembro de 1986, teve origem a partir das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março desse mesmo ano (BRASIL, 1986) e da mobilização de técnicos da área da saúde e sindicalistas influenciados pelo movimento italiano. As propostas redigidas neste evento foram levadas para constituinte em 1988 e incorporadas na Constituição Federal em seu capítulo da saúde, ficando sob responsabilidade do SUS as ações em saúde do trabalhador (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2000). Os temas centrais que nortearam as discussões nesta Conferência foram: diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

Esse período foi marcado por lutas dos trabalhadores e da sociedade brasileira pela democracia, momento em que a sociedade civil se organizou para promover a reforma sanitária (STOTZ, 2003). A economia do país que se apresentava em expansão sofreu uma inflexão a partir dos primeiros anos da década 1980, e os níveis de desemprego e informalidade passaram a aumentar principalmente a partir de 1986 (AMADEU et al., 1994) além disso, destacavam-se as precárias condições de trabalho, expressas na subnotificação das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho, extensas jornada de trabalho; falta de estabilidade no emprego; inexistência de liberdade e autonomia sindicais; ausência do cumprimento dos mais elementares direitos dos trabalhadores e baixos salários (BRASIL, 1986).

Na análise das resoluções apresentadas nessa Conferência foram encontradas duas (2) propostas direcionadas aos trabalhadores informais que, mesmo não os citando diretamente em seus textos, remetiam a situações de trabalho com ausência de vínculo empregatício formal: garantia de aposentadoria com remuneração mínima aos trabalhadores rurais, independente de terem contribuído ou não para o sistema previdenciário; reconhecimento da profissão de empregada doméstica e que esta usufrua de todos os direitos trabalhistas.

Apesar dessas propostas não serem especificamente voltadas para saúde dos trabalhadores, representam ações que podem influenciar em suas condições de vida. Análise realizada a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) identificou que na década de 1990, a concessão de aposentadorias aos trabalhadores rurais aumentou a renda *per capita* no campo (KRETER;BACHA, 2006).

O reconhecimento da profissão de empregada doméstica e o direito a proteções trabalhistas e previdenciárias é um dos grandes pontos a serem discutidos entre os movimentos sociais. Inquérito conduzido na cidade de Salvador-BA com 1.650 mulheres encontrou percentual de acidentes de trabalho não fatais maior entre as trabalhadoras domésticas do que as demais participantes da pesquisa (SANTANA et al., 2003), mostrando a importância de cobertura das leis trabalhistas e previdenciárias a essas trabalhadoras.

Os eixos temáticos propostos para discussão nesta Conferência foram de relevância ímpar para o debate sobre o direito ao trabalho digno e ao atendimento de saúde público, universal, integral e igualitário, porém não foram observadas citações diretas sobre a inclusão dos trabalhadores informais e dos desempregados em políticas públicas específicas, de forma que estes ficaram subentendidos nos textos em propostas amplas que inferiam a inclusão de todos os trabalhadores sem distinção.

II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A II CNST realizada em Brasília, em 1994, teve como tema central: ‘Construindo uma política de saúde do trabalhador’. Considerando a saúde como sendo “...um estado de bem-estar decorrente de um conjunto de determinantes políticos, socioeconômicos, ambientais, além dos biopsíquicos, que agem direta ou indiretamente sobre o indivíduo e/ou a coletividade” (BRASIL, 1994 p.20), destaca-se como proposta principal dessa Conferência a unificação de todas as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, o que levaria a ações conjuntas do Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social na elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador que integrasse ações entre os três Ministérios. Para auxiliar na formulação de propostas para esta política, o tema central foi desdobrado em três temas complementares:

‘desenvolvimento, meio ambiente e saúde’; ‘cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993’ e ‘perspectivas e estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador’(BRASIL, 1994).

No país, políticas econômicas neoliberais adotadas pelo governo brasileiro a partir da década de 1990 geraram, além das privatizações, rompimento com as políticas de desenvolvimento regional e outras medidas nacionais de ordem econômica, impulsionando um processo de reestruturação produtiva que resultou em no aumento dos níveis de informalidade e desemprego (POCHMANN, 2001). Dias e Hoefel (2005) descrevem que nos anos 90, enquanto ainda se comemoravam as conquistas do movimento da saúde do trabalhador, mudanças na forma de organizar e gerenciar o trabalho estavam se estruturando e direcionando ações para efetivação de um Estado mínimo, destacando-se a precarização do trabalho, perdas de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados.

No relatório final da II CNST encontramos quatro (4) resoluções que apresentaram propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados em políticas públicas.

Duas dessas resoluções citaram a participação dos dois segmentos de trabalhadores, informais e desempregados nas seguintes propostas: garantir acesso universal aos serviços de saúde; atenção integral dos trabalhadores em todos os níveis de assistência, de acordo com as necessidades de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

Outras duas resoluções abrangeram os trabalhadores informais nas seguintes propostas: participar e ocupar lugar destinado aos usuários nos fóruns relacionados à saúde do trabalhador; participação e abrangência dos trabalhadores nos sistema de informação em saúde do trabalhador.

Ainda que pequeno, nota-se o aumento das resoluções que propõem a participação dos trabalhadores nas ações e serviços de saúde. As propostas apresentadas representam o esforço em se fazer cumprir o que foi determinado em lei no que tange a saúde do trabalhador: acesso universal e igualitário, garantia do controle social e ações de serviço de vigilância em saúde do trabalhador.

Na década de 1990, novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de

trabalho modificaram o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores (MAENO;CARMO,2005;ABRAMIDES;CABRAL,2003),configurando um perfil de morbidade em que doenças profissionais clássicas, como silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos conviviam com formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental (MAENO;CARMO, 2005). A análise da saúde do trabalhador passou a exigir estudos sobre impactos do regime de acumulação flexível sobre as relações de trabalho configuradas a partir desse período. (ABRAMIDES;CABRAL, 2003).

Lacaz e Florio (2009) apontam para as barreiras impostas pela globalização e reestruturação produtiva ao controle social no campo da saúde do trabalhador, em decorrência do enfraquecimento das representações sindicais e ausência de participação dos trabalhadores informais, inclusive daqueles que são precarizados. Dessa forma, é pertinente a reivindicação dos movimentos sociais para inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas uma vez que é vasta a literatura que aponta para a vulnerabilidade desses trabalhadores quanto a aspectos de saúde, segurança, ausência de proteção trabalhista e previdenciária (CORRÊA-FILHO et al., 2010; GIATTI; BARRETO; CESAR, 2008; IRIART et al., 2008; WHO, 2007)

No que tange a questão da vigilância, verifica-se problemas como a disponibilidade limitada de acesso e a não inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas estatísticas. Facchini et al. (2005) apontam que o sistema de informações em saúde do trabalhador deva ser articulado com os vários níveis de atenção, inclusive na atenção básica, como nos Programas de Saúde da Família que podem ser mais eficientes em captar agravos decorrentes do trabalho informal.

Notamos que as propostas referentes ao controle social e participação no sistema de vigilância em saúde do trabalhador não citaram a participação dos desempregados. Vale ressaltar que o desemprego é um problema social que causa um sentimento de insegurança generalizado em trabalhadores de todos os ramos e setores de atividade (SANTOS, 2008) e, além disso, pode estar relacionado ao pior estado de saúde autorreferido e menor acesso a serviços de saúde (GIATTI; BARRETO, 2006; GIATTI; BARRETO; CESAR, 2008).

III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A III CNST ocorreu em 2005 sob o lema: ‘Trabalhar sim, adoecer não’ que evidenciava a ainda insustentável condição dos trabalhadores observada nas elevadas taxas de adoecimento e acidentes de trabalho, tendo como eixos temáticos: como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras? Como incorporar a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras? (BRASIL, 2005)

Nesse período a estratégia da RENAST, instituída a partir da Portaria MS/GM nº 1.679/02, já estava em vigor (DIAS; HOEFEL, 2005). Sua implantação representou uma nova etapa na evolução do sistema de saúde no país, e foi vista como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (MAENO ; CARMO, 2005). A atuação e o aprimoramento das ações dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) estaduais e regionais vêm atuando na consolidação da RENAST.

Quanto à situação do mercado de trabalho, segundo estimativas da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) realizada pelo IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) em 2005 correspondia a 22,2 milhões de pessoas, sendo 20,1 milhões trabalhadores ocupados e 2,1 milhões desocupados (IBGE, 2005). Entre os ocupados, 35,2% eram trabalhadores por conta própria e empregados sem carteira no setor privado (IBGE, 2005).

As condições de trabalho na época foram consideradas pelos membros participantes da Conferência como sendo resultado do processo de globalização excludente e de reestruturação produtiva geradora de subempregos, precarização do trabalho, informalidade e outras modalidades de trabalho que não respeitavam as leis trabalhistas vigentes (BRASIL, 2005).

Analisando os relatórios finais da III CNST verificamos que das 18 resoluções encontradas, três (3) foram referentes aos trabalhadores informais e desempregados, três (3) aos desempregados e doze (12) aos informais.

As resoluções que abrangeram a inclusão dos informais e desempregados versaram sobre as seguintes propostas:

- Garantia irrestrita da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos

serviços de saúde a todos os trabalhadores, com ou sem vínculo empregatício, sendo informal ou não; ampliação de políticas de emprego, com inclusão dos trabalhadores informais; ampliação do controle social das instituições públicas e privadas nas áreas da Saúde, Previdência, Meio Ambiente, Recursos Hídricos, Ministério Público e Ministério do Trabalho promovendo mecanismos de participação dos trabalhadores informais e desempregados.

As seguintes resoluções apresentaram propostas que contemplaram os trabalhadores desempregados: Incorporar nas políticas públicas das três esferas de Governo a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde dos trabalhadores, como o desemprego; mobilizar todos os segmentos da sociedade para o enfrentamento das questões que envolvam incorporações de novas tecnologias que impliquem em desemprego, prejuízos a saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente; criar e implementar mecanismos que ampliem o controle social em segurança e saúde do trabalhador, evitando a utilização de tecnologias que causem desemprego, danos à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores.

Por último, apresentamos as propostas que incluam os trabalhadores informais: Garantir a inclusão dos trabalhadores informais em políticas universais, intersetoriais e integradas entre os Ministérios do Trabalho, Previdência e Saúde que garantam ações preventivas, de promoção da saúde, de vigilância (epidemiologia sanitária e ambiental), reabilitação e atendimento humanizado nas três esferas de governo; garantir políticas de erradicação do trabalho precário e de diminuição da informalidade; ampliar ações em saúde do trabalhador que envolvam prioritariamente políticas de saúde, previdência social e de assistência social que incluam os trabalhadores informais; impedir, mediante leis específicas, transferência de atividades perigosas aos trabalhadores informais; garantir direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores domésticos e autônomos; elaborar sistema de notificação que seja instrumento de controle epidemiológico, auxiliando na fiscalização e prevenção de doenças e acidentes entre os trabalhadores não abrangidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); compilar nos sistemas de informação em saúde do SUS dados dos atendimentos prestados aos trabalhadores acidentados e portadores de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive dos trabalhadores informais; promover a discussão de ações integradas entre ambiente de trabalho, processo

produtivo e meio ambiente nas três esferas de governo que também abrangem os trabalhadores informais; estabelecer políticas para o desenvolvimento sustentável considerando o direito universal à vida e à saúde, com propostas de políticas de emprego que incluam os trabalhadores informais; fortalecer a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) em todos os níveis do SUS e que esta garanta os direitos dos trabalhadores, inclusive dos informais; implantar e estabelecer o controle social em saúde do trabalhador, incluindo o conselho gestor dos Cerests garantindo a participação da sociedade civil organizada, inclusive dos informais.

Observamos que nessa Conferência houve propostas mais inclusivas sobre a participação dos trabalhadores informais e dos desempregados nas políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil. Além disso, versou sobre propostas já apresentadas em Conferências anteriores, como a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores. Novamente observa-se a preocupação com controle social, que representa condição necessária para que os trabalhadores informais e desempregados sejam os atores sociais capazes de intervir nas políticas públicas sociais e de saúde no país.

Notamos a preocupação na elaboração de propostas de políticas intersetórias integradas entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social. Isso resulta do entendimento de que as condições de trabalho não podem apenas ser observadas sob uma única ótica, uma vez que as repercussões geradas pelo trabalho informal e desemprego comprometem não apenas o indivíduo, como também toda sociedade.

A erradicação dos contratos precários e as políticas de desenvolvimento do trabalho formal foram preocupações reivindicadas pelos participantes dessa Conferência. A atenção à Saúde dos Trabalhadores informais não envolve apenas medidas de promoção à saúde ou curativas, mas também devem envolver ações que garantam trabalho digno a partir de ações integradas entre os Ministérios da Previdência Social e demais Ministérios, englobando políticas econômicas, desenvolvimento industrial, comércio e outros. São necessários esforços para que esses trabalhadores passem a usufruir de direitos previdenciários, a exemplo do projeto do microempreendedor individual.

Verifica-se a proposta de criação de grupo interministerial de estudos envolvendo os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência

Social para elaborar, juntamente com o Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) e com os trabalhadores, um sistema de notificação de acidentes e doenças que envolva os trabalhadores não abrangidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

De acordo com dados do Ministério da Previdência Social (MPS), em 2007 foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Comparado com 2006, o número de acidentes de trabalho aumentou 27,5% (MPS,2010). Em 2009 foram registrados 723.500 acidentes do trabalho (MPS, 2011), mostrando ainda ser uma realidade a ser enfrentada no país.

Por isso, a criação e expansão do sistema de notificação de acidentes e de informações contidas nos relatórios de atendimentos tornam-se especialmente relevante, uma vez que existem poucos registros sobre acidentes e adoecimento entre os trabalhadores sem vínculo formal de trabalho. Analisando acidentes de trabalho na cidade de Botucatu, Cordeiro et al. (2005b) estimaram um percentual de 79,5% de subnotificação de acidentes entre trabalhadores formais, sendo que se acrescidos os acidentes entre os trabalhadores informais esse percentual corresponderia a 91,7% (CORDEIRO et al., 2005b).

Medidas de inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas de saúde do trabalhador foram voltadas para a garantia do direito desses trabalhadores na participação da formulação dessas políticas e no direito ao trabalho decente, o que só pode acontecer caso sejam implantadas e implementadas as propostas de participação de todos os trabalhadores no conselho gestor dos Cerests e realização de políticas de emprego articulados com a União, Estados e Municípios.

Quanto ao desemprego, este foi considerado como uma situação de risco à saúde. As propostas apresentadas para o combate ao desemprego foram voltadas para a incorporação de políticas capazes de intervir nas próprias situações geradoras de desemprego, que envolvessem o controle social na participação de políticas de geração de empregos e no debate da segurança e saúde do trabalhador. Apesar da III Conferência ter dado pouca ênfase aos desempregados, apresentou resoluções mais elaboradas do que aquelas apresentadas na II CNST. Algumas medidas relacionadas aos trabalhadores fora do mercado de trabalho foram consideradas intersetoriais, não dependendo somente de ações do Ministério da Saúde, mas também de outros ministérios para combater situações que geram o desemprego.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas apresentaram avanço no decorrer das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, sendo encontradas mais propostas voltadas aos trabalhadores informais do que aos desempregados.

Por ser uma classe fragmentada por diversas categorias, inclusive aquelas em que os trabalhadores se encontram expostos a condições precárias de trabalho e expostas a riscos de acidentes, os trabalhadores informais apresentam demandas que precisam ser traduzidas na área da saúde em forma de políticas públicas que garantam sua assistência integral e o acesso aos serviços de saúde, o que foi proposto nas resoluções. O desemprego, situação que compromete a renda e leva à exclusão social, também recebeu propostas que buscaram incluir os desempregados em contextos mais favoráveis. As propostas observadas nas Conferências não tratavam apenas de integrar esses trabalhadores em sistemas de vigilância e ações de promoção da saúde, mas em combater qualquer tipo de trabalho precário e perigoso e promover políticas de incentivo à formalização e geração de empregos, mostrando a necessidade de articulação intersetorial.

Este estudo não teve por pretensão esgotar as possibilidades de analisar esses documentos, entendendo ainda que o material obtido pode não representar a totalidade das discussões ocorridas nos eventos. No entanto, sugerimos que diante da vasta literatura que mostra a vulnerabilidade desses trabalhadores, os movimentos sociais reivindiquem a execução das resoluções propostas, pois, ainda que pequenos ganhos já tenham sido alcançados, muito mais pode ser feito a fim de melhorar as condições de vida e saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMIDES M.B.C.; CABRAL, M.S.R.. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.17, n.1, jan./mar. 2003, p. 3-10.

2. ALVES, M.A. ; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: “autonomia” ou precarização. In: ANTUNES, Ricardo(org). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2006.

3. AMADEO, E.; CAMARGO, J.M.; GONZAGA, G.; BARROS, R.; MENDOÇA, R. A natureza e o funcionamento do mercado de trabalho brasileiro desde 1980. IPEA – Textos para discussão, 1994.

4. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

5. _____. Ministério da Saúde. Resoluções da 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

6. _____. Ministério da Saúde. Resoluções da 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 1994. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala203.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

7. _____. Ministério da Saúde. Resoluções da 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/relatorio_final_3con.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

8. _____. Ministério da Saúde. Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. 2006.

9.CORRÊA-FILHO, H.R.; CUGLIARI, L.; GASPAR, A. A.; LOUREIRO, J.F.;SIQUEIRA, C.E. Epidemiological surveillance of informal workers' health in two cities in southeastern Brazil: the experience of the TRAPP-TRAPPURA projects. Int J Occup Environ Health. v.15, n.1, jan./mar. 2010, p.36-43.

10.CACCIAMALI, M.C., Processo de Informalidade, flexibilização das relações de trabalho e proteção social na América Latina. Economia e Sociedade, Campinas, n.14, jun. 2000, p. 153-174.

11.CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T.; CLÁUDIA GIGLIO DE OLIVEIRA GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J.; STEPHAN, C. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.1, n.21, set./out. 2005a.

12.CORDEIRO, R.; SAKATEB,M.; CLEMENTEA,A.P.G.; DINIZB, C.S.; DONALISIO, M.R. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. Rev.Saude Publica, São Paulo, v.39, n.2, abr. 2005b.

13.DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005, p.817-828.

14.DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Mercado de trabalho brasileiro: evolução recente e desafios. 2010. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/ped/mercadoTrabalhoEvolucaoDesafioTexto2010.pdf>> Acesso em 10 Fev. 2011.

15.FACCHINI, L.A., NOBRE, L.C.C., FARIA, N.M.X.; FASSA, A.G; THUMÉ, S.; TOMASI, E.; SANTANA, V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. Ciênc. Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

16.GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.40, n. 1. fev. 2006, p. 99-106.

17.GIATTI, L.; BARETO, S.M.; CÉSAR, C.C. Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, out. 2008, p.2396-2406.

18.IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: Pesquisa Mensal de Emprego. 2005 <Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=485> Acesso em: 01 Fev.2010.

19.____Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: Em novembro, taxa de desocupação foi de 5,7 % (17 de dezembro de 2010). Disponível em :<http://www.ibge.gov.br/home//presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1790&id_pagina=1>. Acesso em 10 Jan. 2011.

20.IRIART,J.A.B.; OLIVEIRA,R.P.; XAVIER,S.S.; COSTA,A.M.S.; ARAÚJO,G.R.; SANTANA, V.S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, jan./fev. 2008, p. 165-174.

21.SANTANA, V.S. AMORIM, A.M, OLIVEIRA, R. XAVIER, S.; IRIART, J.;BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. Rev. Saúde Pública, São Paul, n.37, v.1. 2003, p.65-74.

22.LACAZ, F.A.C.; FLÓRIO, M.R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v.14, n.6, dez, 2009

- 23.KRETER, A. C.; BACHA, C. J. C. A avaliação da equidade da Previdência no meio rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural, Brasília: v. 44, n. 3, p. 467-502, jul/set. 2006.
- 24.MALAGUTI, M. L. Crítica à Razão Informal: a imaterialidade do salariado. São Paulo; Vitória: Boitempo; EDUFES, 2001.
- 25.MAENO, M.; CARMO, J.C. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 26.MPS. Ministério da Previdência Social. Notícias – Empreendedor Individual: Semana de Semana de mobilização eleva número de formalizados no país. 2010. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=40667>>. Acesso em: 12 Jan.2011.
- 27._____. Ministério da Previdência Social. Informações Estatísticas Relativas à Segurança e Saúde Ocupacional. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=500>> Acessado em: 08 Ago.2010.
- 28._____. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009. Disponível em : <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>. Acessado em: 03 Fev. 2011.
- 29.NERI, M. O desemprego no censo: a febre e o termômetro. Rev. FGV. Conjuntura Econômica, v.56, n.6, jun. 2002, p-54-55.
- 30.OIT. Organização Internacional do Trabalho. A OIT e a economia informal. Lisboa, 2006, 41p.
- 31.OLIVEIRA, L. P. J. A condição "provisória-permanente" dos trabalhadores informais: o caso dos trabalhadores de rua na cidade de Salvador. 2005. 236 f. Dissertação (Mestrado

em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

32.OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, maio/ago. 2000, p.92-103.

33.POCHMANN, M. A década dos mitos. São Paulo: Contexto, 2001.

34.POCHMANN, M. A .O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. Estud. av. São Paulo, v.23, n.66, 2009.

35.PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, 2010.

36.SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. International Labour Review, v. 136, n.2, 1997, p.155-171.

37.STOTZ, E.N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003, p. 25-33.

38.SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n.3. mai./jun. 2004, p. 797-811.

39.SANTOS, G.P.G. Desemprego, informalidade e precariedade: a situação do mercado de trabalho no Brasil pós-1990. Pro-Posições, v. 19, n. 2 (56) – maio.ago, 2008.

40.VASCONCELOS, C.M.D.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

41.WHO. World Health Organization. Social determinants of health: The solid facts. 2ed. Geneva, 2003, 32 p.

42._____. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva, 2007, 172p.

DISCUSSÃO GERAL

As desigualdades representam uma realidade inquestionável para qualquer cidadão além de serem obstáculos para o avanço social (PNUD, 2010). O Brasil situa-se entre um dos países mais desiguais da América Latina: segundo dados do IBGE, os 10% mais ricos da população detinham 50% do total da renda nacional, enquanto os 10% mais pobres ficaram com apenas 1%, além disso, negros são 47,3% da população brasileira mas correspondiam a 66% do total de pobres (RIBEIRO, 2008).

O processo de globalização, crise da condição salarial e erosão da cidadania nas últimas décadas têm sido responsáveis por mudanças sociais e institucionais que repercutiram nos perfis de morbidade e mortalidade da população evidenciando os limites do cuidado à saúde e das práticas assistenciais, além de apontar para necessidade de identificação dos determinantes da saúde e reorganização das políticas públicas, suscitando os estudos sobre desigualdades em saúde (MAGALHÃES, 2007).

Neste estudo, as desigualdades sociodemográficas, econômicas e das condições de morbidade, acesso e uso dos serviços de saúde evidenciadas entre os trabalhadores corroboram com pesquisas nacionais e internacionais que também encontraram associação de algumas dessas variáveis entre os trabalhadores inseridos nas mais diversas formas no mercado de trabalho (TRAVASSOS et al., 2002) (SANTANA ; OLIVEIRA 2004) (GIATTI; BARRETO, 2006) (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008) (VIDAL; SILVANY-NETO, 2009) (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2010) (CORRÊA-FILHO et.al, 2010) (NAGATOMI et. al, 2010).

Apesar do debate sobre desigualdades em saúde não ser recente (MAGALHÃES, 2007) e existir crescente número de pesquisas sobre a influência dos determinantes sociais na saúde da população (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA-FILHO, 2009), estudos que relacionam essas desigualdades com a forma de inserção no mercado de trabalho no país ainda são escassos (GIATTI; BARRETO, 2006). Uma quantidade significativa de pesquisas publicadas em diversos países mostra que alterações comportamentais, psicossociais e fisiológicas decorrentes de trabalhos precários, informais ou da situação de desemprego são vias que levam aos problemas de saúde física e mental

(MUNTANER et al., 2010).

O trabalho, dentro de uma perspectiva capitalista, é “...alienado e implica o uso deformado e deformante tanto do corpo como das potencialidades psíquicas, converte-se numa atividade cujo componente desgastante é muito maior que o da reposição e desenvolvimento das capacidades” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.116). Assim, a lógica global do processo de trabalho pode desencadear o desgaste, definido como “...perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.115), e apesar do desgaste se expressar por meio do indivíduo, é apenas na coletividade que adquire significado e visibilidade, de forma que o arcabouço teórico metodológico da epidemiologia torna-se um importante instrumento para evidenciar perfis epidemiológicos resultantes dessa interação (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A análise das prevalências das características sociodemográficas e econômicas identificou que trabalhadores informais possuíam menor escolaridade e menores rendimentos mensais no trabalho principal do que trabalhadores formais. Mesmos achados foram vistos em análise da PNAD de 2003 (GIATTI; BARRETO, 2006), evidenciando uma realidade já conhecida em outros estudos e também presente em muitos países (OIT, 2006). Além disso, corroborando com os achados desse estudo, outras pesquisas também identificaram que os trabalhadores informais fazem maiores jornadas de trabalho, estão envolvidos em atividades laborais que necessitam de maior esforço físico e possuem piores condições de saúde (WHO, 2007).

Comparados aos trabalhadores formais nas análises das razões de prevalência ajustadas, o trabalho informal esteve associado ao pior estado de saúde autorreferido; maior afastamento por motivo de problemas respiratórios; a ter estado acamado; à maior prevalência de hipertensão, bronquite ou asma, depressão, diabetes, doença do coração, insuficiência renal crônica (IRC) e cirrose. Estudos demonstram que grande parte dos trabalhadores informais estão expostos aos perigos recorrentes das más condições de trabalho que impõem riscos à sua saúde (CORRÊA-FILHO et al., 2003) (CORRÊA-FILHO et al., 2010).

Pesquisa realizada entre trabalhadores informais que se dedicam à pesca e à caça de caranguejos na cidade do Rio de Janeiro mostrou que estes trabalhadores possuíam longas horas de jornada de trabalho, baixos rendimentos, realizavam tarefas que exigiam

maior esforço físico e relataram piores condições de saúde (ROSA; MATTOS, 2010). László et al. (2010) com base nos resultados de três inquéritos populacionais realizados em 16 países do Leste Europeu investigaram a associação entre a insegurança no trabalho e saúde autorreferida de trabalhadores de 45-70 anos, concluindo que pessoas com emprego precário tinham risco aumentado de problemas de saúde na maioria dos países. Alguns estudos têm demonstrado a prevalência de transtornos mentais comuns entre pessoas em pior condição socioeconômica e em trabalhos precários (MARÍN-LEON, 2007). Análise comparativa das doenças crônicas entre os trabalhadores com ou sem cobertura previdenciária mostrou que depressão, cirrose e doença do coração estiveram associadas ao trabalho sem proteção social em ao menos um dos anos investigados (1998 e 2003) (GIATTI; BARRETO; CESAR, 2008).

Entre os desempregados foram encontradas maiores proporções de jovens, negros e mulheres, além de menor escolaridade do que os formais. No país, um dos principais traços estruturais do mercado de trabalho é o desemprego entre os jovens, que também é evidenciado em outros estudos. Giatti, Barreto e César (2008) em análise comparativa entre as PNADs de 1998 e 2003 encontraram maior proporção de desemprego entre jovens em ambos os períodos pesquisados, especialmente o desemprego de longa duração. A taxa de desemprego entre os jovens elevou-se de 11,9% para 17,0% entre 1992 e 2007 (OIT, 2009a), mostrando ainda a dificuldade de inserção do jovem ao mercado de trabalho.

Na análise das razões de prevalência, comparativamente ao trabalho formal, o desemprego esteve associado ao pior relato de estado de saúde autorreferido; maior afastamento das atividades habituais por problemas respiratórios; a estar acamado; ao relato de doença crônica; hipertensão; depressão; bronquite; insuficiência renal crônica e tuberculose nas análises ajustadas. Estudos mostraram que os desempregados, em relação aos trabalhadores formais, relataram mais doenças crônicas e depressão (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008) além de piores condições de saúde (MARÍN-LEÓN, 2007) (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2010). Pesquisa realizada com trabalhadores japoneses encontrou que a taxa de prevalência de sintomas depressivos em trabalhadores desempregados por longa duração foi maior do que entre trabalhadores empregados, e a

taxa de sintomas depressivos em trabalhadores que deixaram o desemprego para trabalhar em tempo parcial foi semelhante a dos desempregados (NAGATOMI et al, 2010).

Resultados semelhantes nas análises das razões de prevalência sobre acesso e uso dos serviços de saúde foram encontrados entre os trabalhadores informais e desempregados: Comparados aos trabalhadores formais, informais e desempregados associaram-se positivamente ao maior atendimento de saúde pela rede pública. Associação negativa foi encontrada quanto à posse de plano privado de saúde; procura por serviço de saúde; atendimento de saúde quando procurado e realização de consultas médicas. Embora seja significativo o número de pessoas no país que recebem atendimento de saúde (IBGE, 2010) outros estudos têm mostrado as desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre informais e desempregados (GIATTI; BARRETO, 2006).

Ainda que existam contextos sociais distintos ente os diferentes países, um modelo conceitual sugere que o trabalho precário, informal e o desemprego expõem os trabalhadores a comportamentos psicossociais e fisiopatológicos que podem comprometer a saúde física e mental (MUNTANER et al, 2010) tornando esse fato preocupante, na medida em que também se observam desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre os trabalhadores informais e desempregados.

Os trabalhadores formais, além de apresentarem melhores indicadores socioeconômicos do que os informais e desempregados, foram aqueles que relataram melhor estado de saúde autorreferido e melhores indicadores de saúde do que os demais trabalhadores. Comparativamente aos informais e desempregados, estes trabalhadores estiveram associados à maior prevalência de acidentes no local de trabalho, tendinite e tenossinovite à maior cobertura de plano de saúde, maior procura de atendimento relacionado à própria saúde, maior atendimento na rede particular; ausência de horário para buscar atendimento de saúde e maior número de consultas médicas.

A flexibilização do mercado de trabalho e das atividades laborais provenientes do sistema neoliberal, além de perpetuarem a situação de informalidade e desemprego podem estar associadas ao maior número de exigências no trabalho propiciando acidentes e doenças que são frequentemente associadas às atividades laborais (ABRAMIDES; CABRAL, 2003) (MAENO;CARMO, 2005), como a tendinite e tenossinovite. Os dados da PNAD 2003 identificaram que tendinite e tenossinovite foram mais prevalentes nos estratos

de maior escolaridade (BARROS et al., 2006), e , embora a análise não tenha utilizado a variável ocupação , pressupõe que entre os trabalhadores mais escolarizados estejam os formais. Dados do Ministério da Previdência Social de 2009 apontam que 723.500 acidentes de trabalho foram registrados e as tenossinovites representaram 17% do total dos adoecimentos (MPS, 2011). Exceto quando se realizam inquéritos populacionais contendo essas informações, dados sobre acidentes e adoecimentos de trabalho ficam restritos aos trabalhadores formais, e mesmo assim existe subnotificação dos casos, o que faz supor que esses dados sejam ainda maiores (VILELA; IGUTI; ALMEIDA, 2004; BINDER; WLUDARSKI; ALMEIDA; 2001) uma vez que a eles somam-se os acidentes entre os trabalhadores informais que não são registrados pelo sistema da Previdência Social.

Quanto aos planos de saúde, observa-se crescente aumento do número de conveniados ao longo do tempo e em 2008, 25,9% da população brasileira (49,2 milhões de pessoas) dispunha de pelo menos um plano de saúde (IBGE, 2010). Muitos trabalhadores têm acesso a esses planos devido a convênios da própria empresa. Para BAHIA (2009) a emissão de políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde e incentivos à oferta privada de serviços de saúde representa um esforço contrário à implementação do SUS.

Com relação à busca dos serviços de saúde, conforme verificado em outros estudos (TRAVASSOS, et al, 2002), observa-se que as mulheres referiram procurar mais os serviços de saúde do que os homens além de terem tido mais consultas médicas nos últimos 12 meses. Ainda analisando o número de consultas, foi observado no presente estudo que e as pessoas que mais necessitaram de atendimento, ou seja, aquelas que relataram pior estado de saúde, apresentaram maiores proporções de consultas médicas.

No entanto homens e mulheres informais e desempregados relataram menos consultas médicas do que homens e mulheres formais em qualquer um dos estados de saúde autorreferidos. Szwarcwald, Souza- Júnior e Damaceno (2010), analisando dados da Pesquisa Mundial de Saúde de 2003 encontraram que pessoas com maior escolaridade e melhor relato de estado de saúde procuraram mais por serviços ambulatoriais do que aquelas com pior relato de saúde e menor escolaridade. Caso semelhante foi evidenciado nesse estudo. Giatti, Barreto e César (2008) em análise comparativa das PNADs de 1998 e 2003 também encontraram que trabalhadores sem vínculo de proteção social e os

desempregados apresentaram menor probabilidade de relatar consulta médica nos últimos 12 meses e menor uso dos serviços de saúde.

Referente à sindicalização, segundo dados da PNAD 2008, 18,2% da PEA ocupada acima de 10 anos de idade possuía associação sindical, segundo Comunicação Social do IBGE (IBGE, 2009). Neste estudo, além da baixa sindicalização encontrada (16% entre os trabalhadores ocupados), os trabalhadores informais são os que possuem menor proporção de sindicalização quando comparados aos trabalhadores formais, fato prejudicial, uma vez que a sindicalização pode ser considerada como fator de apoio social aos trabalhadores.

Iriart et al. (2008) afirmam que trabalhadores informais são menos incentivados à sindicalização. Outros estudos têm mostrado que a ausência de sindicalização e de regimes de proteção previdenciária nos países pode estar relacionada ao risco de acidentes, mortalidade e morbidade entre os trabalhadores (MUNTANER et al.,2010). Esse fato, atrelado à baixa contribuição previdenciária dos trabalhadores informais deixa-os ainda mais vulneráveis, uma vez que o trabalho sem proteção social tende a indicar circunstâncias mais precárias e perigosas de condições de trabalho, o que poderia explicar a associação dessa forma de inserção no mercado de trabalho com piores indicadores de saúde (CORRÊA-FILHO, 2003).

Diferenças entre mulheres e negros também foram observadas nesse estudo. As mulheres apesar de possuírem maior escolaridade apresentaram menor renda do que os homens, e os negros e pardos foram mais prevalentes entre os informais e desempregados. Indicadores nacionais apontam para os mesmos dados encontrados na pesquisa. No Brasil, a informalidade é ainda mais acentuada entre mulheres e negros, o que leva a discussões sobre a questão das desigualdades de gênero e raça no país (OIT, 2009). Diferenças de taxas de desemprego entre homens, mulheres, brancos e negros aumentaram ao longo do tempo: entre 1992 e 2007 a taxa de desemprego masculina cresceu 0,7 ponto percentual (p.p), a feminina 3,0 p.p, entre os trabalhadores brancos a taxa aumentou 1,5 p.p e entre os negros 2,1 p.p (OIT, 2009).

Para Hirata (2009), o modelo de trabalho vulnerável e flexível assumiu nos países do Norte a figura do trabalho em tempo parcial e nos países do Sul a do trabalho informal, desprovido de *status* e sem nenhuma proteção social. Esse trabalho precário, que

atinge hoje em dia majoritariamente o trabalho feminino, prefigura o que poderia atingir no futuro a totalidade dos trabalhadores assalariados. Paire ainda a idéia de que o pleno emprego chegou ao fim e que a flexibilidade/mobilidade deve ser aceita como modalidade paradigmática do emprego no "novo capitalismo" ou na "nova economia": um discurso ideológico pretende levar à valorização do mutável, considerando a estabilidade como sinônimo de inação, o que já pode ser visto não apenas nas relações de emprego, como em outras relações sociais (HIRATA, 2009).

Esse fato reflete diretamente a influência do capital na organização social. Práticas organizacionais baseadas em teorias tradicionais de culpa do indivíduo acabam por influenciar técnicas de administração que sustentam práticas ou intervenções baseadas na mudança individual do trabalhador, promovendo a manutenção de um sistema que sustenta o modelo de trabalho flexível.

A análise dos relatórios finais das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador evidenciou que apenas 24 das 807 resoluções contidas nos relatórios apresentaram propostas de políticas públicas que citavam diretamente a participação dos trabalhadores informais e desempregados. Vale destacar que propostas de políticas públicas para o trabalho informal não foram eixos temáticos nas conferências nacionais de saúde ou de saúde do trabalhador.

Apesar desses trabalhadores corresponderem à uma parcela expressiva da população economicamente ativa no período de realização das Conferências o maior número dessas propostas apenas ocorreu durante a III CNST, realizada em 2005, mostrando que se trata de uma reivindicação recente dos movimentos sociais durante as Conferências.

As propostas apresentadas versavam sobre temas relevantes para a saúde do trabalhador e para redução das desigualdades em saúde entre os trabalhadores, tais como: políticas de geração de empregos, combate ao trabalho precário, participação e controle social desses trabalhadores nas instâncias de decisões em saúde, ampliação das proteções e dos direitos trabalhistas e previdenciários aos informais e ampliação dos dados do sistema de vigilância em saúde do trabalhador aos trabalhadores sem vínculo de proteção social e desempregados, sendo essa última importante instrumento de reconhecimento dos

problemas de saúde entre os trabalhadores e de elaboração de políticas públicas voltadas para redução das desigualdades em saúde do trabalhador.

No entanto os sistemas de informação sobre a saúde dos trabalhadores são pouco estruturados. Corrêa-Filho (1995) discutiu a questão da ausência de sistemas de informação em saúde do trabalhador apontando que este fato, atrelado a exclusão social dos trabalhadores engendrado pelo sistema neoliberal, dificulta em um nível individual a reconstrução da trajetória do trabalhador portador de agravos ou deficiências, aumentando o desafio da epidemiologia em identificar a origem e causas dos problemas. Uma década depois, Facchini et al. (2005) afirmaram que a ausência dessas informações ainda é uma realidade verificada em nível nacional, e isso provoca dificuldades em se identificar e entender problemas e aspectos que possam interferir na saúde dos grupos de trabalhadores, além de não permitir maiores detalhamentos quanto ao tipo de ocupação e atividade econômica envolvida, o que desfavorece o trabalho da epidemiologia e a elaboração de políticas públicas eficazes.

O SUS apresenta vários sistemas de informação em saúde de base individual e de abrangência nacional, e a própria natureza do sistema permite abrangência de boa parte da população trabalhadora do país, no entanto, em muitos municípios e Estados os sistemas de informação em saúde do trabalhador são precários, não são analisados adequadamente e as informações coletadas não são transmitidas aos gestores e nem aos próprios trabalhadores, mostrando que o SUS ainda não valoriza o trabalho como categoria central para o entendimento do processo de saúde e doença na população e assim, permanecem escassas e inconsistentes as informações sobre a real situação dos trabalhadores no país (FACCHINI et al., 2005).

Logo, diante das desigualdades encontradas neste estudo e em outras pesquisas realizadas, torna-se preocupante que no país os trabalhadores informais e desempregados ainda não possuam de forma eficiente políticas públicas e ações ou serviços de saúde que procurem reduzir as desigualdades em saúde entre esses trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Considerando a abordagem estatística empregada e as limitações frente às possibilidades de explorar as variáveis do banco de dados utilizado, diferenças sociais e de morbidade foram observadas entre os trabalhadores nas análises realizadas, além de desigualdades quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Com isso, verificou-se relação positiva entre a inserção sem proteção social no mercado de trabalho e a própria ausência de inserção com piores indicadores socioeconômicos, de morbidade e de acesso aos serviços de saúde.

As diferenças entre homens, mulheres, trabalhadores formais, informais e desempregados, bem como as diferenças raciais apontaram para uma realidade antiga e já conhecida por outros estudos e ainda prevalente na sociedade. Os piores registros de estado de saúde e as maiores prevalências de doenças e restrições de atividades entre os trabalhadores informais e desempregados geram preocupação ainda maior quando se observa que estes trabalhadores possuem restrições quanto aos vínculos de proteção social e pior nível de escolaridade e rendimentos, o que os torna mais vulneráveis.

Observou-se nesse estudo desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores evidenciando que trabalhadores informais e desempregados, apesar de apresentarem pior condição de saúde percebida, maior frequência de restrição das atividades habituais por motivo de saúde e maior frequência de estar acamado nas duas últimas semanas, procuraram menos os serviços de saúde e receberam menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais, evidenciando discrepâncias entre necessidade e dificuldade de atendimento.

O terceiro capítulo, realizado com o intuito de complementar as análises estatísticas, verificou que no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador pouco foi debatido acerca da inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas. Das 807 propostas apresentadas durante as três Conferências, apenas 24 foram referentes aos trabalhadores informais e desempregados, no entanto, apesar dos relatórios finais apresentarem discussões sobre os problemas sociais enfrentados pelos trabalhadores informais e desempregados foi apenas na IIICNST que mais propostas foram sugeridas, ainda que tais propostas referissem majoritariamente aos trabalhadores

informais.

Destaca-se, entretanto, que reivindicações como controle social destes trabalhadores e sua inclusão nos sistemas de informação em saúde do trabalhador foram apresentadas no decorrer das Conferências e ainda não foram efetivadas. Apesar de alguns avanços como a tentativa de formalização dos trabalhadores autônomos mediante a lei do microempreendedor individual, aspectos como proteções trabalhistas, avaliação das condições de trabalho e os riscos para saúde desses trabalhadores e para o meio ambiente representam questões a serem discutidas e contornadas.

A exclusão social vivida pelos trabalhadores informais e desempregados, além das desigualdades nos aspectos de morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde, retratam um problema que ainda não possui uma forma estruturada de enfrentamento. Esse fato amplia horizontes para algumas possibilidades que poderiam ser caminho para redução dessas iniquidades.

Tais possibilidades vão além da regulamentação do mercado de trabalho e da adoção políticas construtivas de proteção trabalhista e previdenciária que não impliquem em prejuízo aos trabalhadores. Elas envolvem o uso do poder de negociação coletiva dos movimentos dos trabalhadores organizados que podem ser voz dos milhares de trabalhadores informais e desempregados, recorrendo também a recursos do recém criado Observatório de Saúde do Trabalhador (OST), que, como instrumento de controle social, pode estimular estudos em saúde coletiva integrados entre instituições e demais profissionais voltados para elaboração de políticas públicas a fim de favorecer e valorizar medidas que otimizem e melhorem as condições de saúde e trabalho no país, além de fazer cumprir as reivindicações apresentadas desde a Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e que ainda não foram efetivadas.

Nesse ponto, o OST, fazendo jus ao seu papel integrativo e de informação-ação, poderia aliar-se junto a instancias governamentais e representantes políticos promovendo esse encontro e sendo o facilitador desse processo. Facilitar a comunicação e medidas de ação, mostrando experiências exitosas nacionais e internacionais, propondo uma agenda em que esteja estabelecido um pacto de atenção para que as propostas elaboradas sejam também associadas aos demais programas governamentais, como a estratégia da saúde da família.

Outro aspecto que poderia auxiliar na redução das desigualdades entre os trabalhadores seria a ampliação dos sistemas de informação e a inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas bases de dados nacionais, o que poderia ser possível se os sistemas de informação disponibilizassem além da morbidade, informações quanto a ocupação, tipo de vínculo empregatício e ramo de atividade econômica do trabalhador, seja ele atendido na rede pública ou particular em todos os níveis hierárquicos. Esse fato deveria estar associado também à melhoria da formação dos profissionais de saúde, para que estes estejam mais capacitados na identificação dos problemas referentes à saúde do trabalhador e compreendam a importância da realização e divulgação dos registros.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e os demais centros municipais de vigilância em saúde do trabalhador podem também representar espaços integrados com programas de saúde da família, ambulatórios, emergências e outros setores públicos ou privados de atendimento auxiliando na padronização e sistematização de informações necessárias a serem coletadas, abrindo para pontos de discussão.

Tendo em vista que a PNAD representa um importante inquérito nacional de base populacional, alguns acréscimos ou modificações poderiam ser feitos a fim de que este inquérito pudesse ser usado para pesquisas sobre a situação de vida e saúde dos trabalhadores, tais como: inclusão de questões específicas para identificação do desemprego oculto; acrescentar uma questão sobre o número de horas estabelecidas no contrato de trabalho e permitir o cálculo das horas trabalhadas no trabalho principal, facilitando a identificação de horas extras; incluir questões que possibilitem identificar o motivo que levou o trabalhador ao desemprego ou ao trabalho informal; considerar o tipo de veículo usado pelos trabalhadores para exercício de seu trabalho e verificar nessa questão a ocorrência de acidentes de trânsito, considerando o tipo de atividade exercida; incluir questões referentes ao presenteísmo, ficando possível a sua identificação por setores ou ramos de atividade econômica; especificar o tipo de serviço no qual a pessoa não foi atendida quando procurou por atendimento de saúde além de acrescentar informações sobre situação vacinal dos trabalhadores.

Outra sugestão refere-se aos demais estudos que podem ser realizados para investigações das condições de vida e saúde dos trabalhadores: além da realização de inquéritos nacionais periódicos e específicos sobre o tema, outros estudos como os de caso-

controle e de coorte podem favorecer o entendimento dos fatores que influenciam nesse processo de saúde adoecimento. Tais estudos podem auxiliar na elaboração de matrizes (não estáticas) de acompanhamento do impacto de novas formas de exploração do espaço ou novas tecnologias nas condições sociais, econômicas e de saúde mediante formulação de indicadores específicos de impacto que contemplem principalmente as particularidades do trabalho informal, rural, da mulher e do adolescente.

Parcerias entre instituições universitárias públicas e privadas poderiam favorecer a elaboração de um inquérito multicêntrico coordenado por pesquisadores e representantes dos trabalhadores a fim de produzir um perfil do trabalho no país e possibilitar a elaboração de tais indicadores mediante a atuação conjunta dos sindicatos, academia e a população. Além da divulgação dos dados por meio de imprensa sindical e outros meios de divulgação, poderia ser aberto um espaço para discussão das questões sobre saúde e trabalho à luz do projeto desenvolvimentista, discutindo sobre princípios de precaução, qualidade dos postos de trabalho criados e as consequências do projeto neoliberal de incentivo à terceirização. A questão passa para a escolha de um modelo de desenvolvimento que priorize a participação popular e não se resvale nas questões trabalhistas.

É necessário ainda pensar nas questões de desigualdades entre homens, mulheres e as raciais, incluindo questões nos inquéritos que possibilitem investigações periódicas afim de que esses assuntos também sejam discutidos de forma pactuada entre movimento sindical e demais responsáveis.

Quanto às propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregadas nas políticas públicas de saúde do trabalhador cabe sugerir novos estudos que identifiquem e discutam o teor dessas propostas nas versões da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Tais estudos poderiam ser análises documentais associadas a entrevistas com os principais representantes ou responsáveis pela elaboração das políticas, identificando quais os embasamentos teóricos e conceituais que utilizaram tanto para conceituar informalidade e desemprego quanto para propor as políticas.

Por se tratar de uma análise de dados secundários provenientes de um estudo transversal algumas considerações a respeito das limitações metodológicas deste estudo devem ser ponderadas.

A primeira delas refere-se às próprias limitações presentes nos estudos transversais. Tais estudos não possibilitam a imediata relação de causalidade, uma vez que se restringem a mostrar padrões epidemiológicos de prevalências. Dessa forma, o viés de prevalência deve ser considerado: pessoas com pior nível de saúde podem já estar afastadas do mercado de trabalho, além disso, pessoas que possuíam empregos formais podem ter adoecido e agora são trabalhadores informais ou desempregados, fato que pode ter ocorrido entre os oito trabalhadores que na semana de referência da pesquisa eram desocupados mas referiram restrição das atividades por acidente de trabalho nas duas últimas semanas anteriores.

A segunda questão foi a disponibilidade das informações encontradas no questionário da PNAD, o que faz com que os conceitos de trabalho formal, informal e desemprego fiquem mais restritos do que os conceitos utilizados por sociólogos do trabalho e autores que procuram expandir essas denominações para além de uma simples delimitação de presença ou ausência de vínculo empregatício com carteira de trabalho assinada ou procura de emprego por um período determinado sem realizar qualquer atividade remunerada para sobrevivência.

Assim, embora seja reconhecido que os trabalhadores informais não compreendam uma categoria homogênea e que existem aspectos da informalidade no interior dos próprios contratos de trabalho considerados formais, a inclusão dos trabalhadores por conta própria, assalariados e trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada na mesma categoria procurou direcionar a atenção a um grupo de trabalhadores que estão alheios às proteções trabalhistas e não usufruem das conquistas adquiridas pelos movimentos sindicais.

Quanto ao desemprego, este foi caracterizado, conforme metodologia empregada pela PNAD, como ausência e procura de trabalho durante o período de referência da pesquisa. Observa-se nessa definição limitações que obscurecem uma realidade: muitos trabalhadores deixam de procurar por emprego por inúmeras circunstâncias, ainda que o desejo de possuir algum trabalho permaneça. Além disso, caso os desempregados estejam exercendo algum tipo de atividade, “bico”, não são considerados como desocupados segundo metodologia da PNAD. Neste estudo, verificou-se que todos os trabalhadores pesquisados classificados como desocupados na semana de referência da

pesquisa empreenderam busca por trabalho apenas no período de referência de 7 dias.

A metodologia utilizada pelo IBGE para realização da PNAD também considera como trabalho as ocupações econômicas sem remuneração, desenvolvidas durante pelo menos uma hora na semana, voltadas para a produção de bens e serviços em ajuda a membro da unidade domiciliar ou em ajuda a instituição religiosa ou beneficente, bem como aquelas voltadas para a produção de bens primários destinados à própria alimentação ou destinadas à construção para o próprio uso. Mesmo que essas pessoas estejam procurando por emprego, elas não entram como desempregados, pois a classificação em trabalhadores não remunerados impede que os mesmos sejam também classificados como população desocupada.

No entanto, as categorias de análise que foram delineadas neste estudo corresponderam à mesma classificação utilizada por outras pesquisas que se dispuseram a explorar a problemática das desigualdades em saúde sob o enfoque da situação do trabalhador no mercado de trabalho, o que favoreceu a análise comparativa entre os resultados.

A terceira limitação encontrada envolve a possibilidade de respostas das questões por outras pessoas que não o trabalhador. Ainda que tenham sido feitos ajustes pelo tipo de informante nas análises, sabe-se que informações mais confiáveis teriam sido fornecidas pelo próprio trabalhador.

A quarta questão refere-se a abrangência da população estudada, que não envolveu a população institucionalizada e os moradores de rua, o que pode influenciar no total de desempregados ou trabalhadores informais na pesquisa.

Finalmente, por se tratar de uma pesquisa de múltiplos propósitos e de grande abrangência territorial, a PNAD fica sujeita aos os erros provenientes das diversas fontes que influem nos resultados finais, como erro de amostragem ou da coleta dos dados.

No entanto, ainda que limitações tenham sido encontradas, deve-se considerar que este inquérito apresenta uma variedade de informações úteis disponíveis para o estudo das desigualdades em saúde mas ainda apresenta-se subutilizado para a elaboração de políticas públicas e monitoramento das desigualdades em saúde entre os trabalhadores. Além disso, os estudos transversais, mesmo diante da incapacidade de relação de causa e efeito e o uso de dados secundários, são mais econômicos e podem mostrar padrões

epidemiológicos que fomentem a elaboração de novas pesquisas capazes de aprofundar sobre a questão.

Essa dissertação não teve o propósito ou a pretensão de esgotar as possibilidades de análise do objeto de estudo, mas buscou restringir-se às suas próprias possibilidades e capacidades, considerando as limitações encontradas. Não se deve esperar mais do que foi pretendido mostrar, uma vez que relações de causa e efeito, bem como determinantes dos problemas de saúde e doença encontram em demais desenhos de estudo e em outros campos do conhecimento mais subsídios para procurar responder a essas questões, no entanto, os padrões epidemiológicos encontrados, associados à revisão de literatura realizada, sugerem que as desigualdades encontradas realmente não tenham ocorrido ao acaso.

Dessa forma, a análise dessa dissertação poderá ser mais bem aproveitada considerando as limitações apresentadas e fugindo de uma restrição formalista, que reduza os elementos estudados a um conjunto estático de variáveis sem relação com o contexto social e sem considerar a heterogeneidade de fatores que influenciam na dinâmica das desigualdades em saúde dos trabalhadores. Maiores reflexões podem e devem ser feitas, com vistas a melhor compreender esse fenômeno e os mecanismos pelos quais o sistema capitalista, com a nova roupagem neoliberal, tem influenciado a situação de vida e saúde dos trabalhadores no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M.F; MARTINS, A.C.M. ;FONSECA, A.L.; SASSON, D.;SIMÕES, K.A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n. 5, set./out. 2008, p.1421-1430.

AMADEO, E.; CAMARGO, J.M.; GONZAGA, G.; BARROS, R.; MENDOÇA, R. A natureza e o funcionamento do mercado de trabalho brasileiro desde 1980. IPEA – Textos para discussão, 1994.

ABRAMO, L. Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro e suas implicações para a formulação de uma política de emprego. In: Seminário nacional de política geral de emprego: necessidades, opções, prioridades. Brasília: OIT, 2004. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/emprego.pdf>>. Acesso em : 01 mar. 2010.

AGUAS, M.F.F.; PERO, V.; RIBEIRO, E.P. Heterogeneidade no mercado de trabalho: desemprego e inatividade no Brasil. In: IPEA. Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Fev.2009.

ABRAMIDES M.B.C.; CABRAL, M.S.R.. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.17, n.1, jan./mar. 2003, p. 3-10.

ALVES, M.A. ; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: “autonomia” ou precarização. In: ANTUNES, Ricardo(org). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2006.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

BARATA, R.B. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, G.W.S (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

BARRETO, M. C. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. Revista Brasileira de Epidemiologia , v. 1, n.2, p. 123-125, 1998.

BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, out./dez. 2006, p. 911-926.

BARROS M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M (org.) As dimensões da saúde: Inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

BERNARDO, M.H. Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores. São Paulo: Expressão Popular ; 2009. 192 p.

BINDER, M.C.L.P.; WLUDARSKI, S.L.; ALMEIDA, I.M. Estudo da evolução dos acidentes do trabalho registrados pela Previdência Social no período de 1995 a 1999, em Botucatu, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública , v. 17, p. 915-924, 2001.

BOURDIEU, P. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Tradução: Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1998. 152p. Título original: Contre-feux:propos pour servir á la résistance contre l'invasion néo-libérale.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Informe Ensp: ENSP e Centrais sindicais discutem melhorias para saúde do trabalhador. Publicado em: 23/06/2009. Disponível em:< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=17045>>.

Acesso em: 30 jun. 2010.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Nota Técnica n.11/2006. Enquadramento de profissionais liberais e de categorias diferenciadas. Ministério Do Trabalho e Emprego. Secretaria de Relações do Trabalho. Coordenação-Geral de relações do trabalho.

_____. Portaria Interministerial Nº 800, de 03 de Maio de 2005. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções da 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 15 fev.2010.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções da 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 1994. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/cnts2.pdf>>. Acesso em: 15 mar.2010.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções da 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Brasília. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf>. Acesso em: 25 jan.2010.

BREILH, J. Epidemiologia. Economia e política. São Paulo: Hucitec, 1991.

CIG. Confederação Intersindical Galega. Trabalho informal no Brasil. 2001. Disponível em: <http://www.galizacig.com/actualidade/actualidade_indice200112.htm> Acesso em 10/01/2009.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, p. 753-762, 2009.

BOING, A. F.; MATOS, I.B.; ARRUDA, M.P.; OLIVEIRA, M.C; NJAINE, K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2010, v. 56, p. 41-46.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Jan./Abr. 2007, p.77-93

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. D. S. D. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, p. 436-443, 2006.

CACCIAMALI, M.C., Processo de Informalidade, flexibilização das relações de trabalho e proteção social na América Latina. *Economia e Sociedade*, Campinas, n.14, jun. 2000, p. 153-174.

CACCIAMALI, M. C.; BRITTO, A. A flexibilização restrita e descentralizada das relações de trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos do Trabalho*, v.2, n.2, 2002, p.91-120.

CAMEY, S; TORMAN, V.B.L; HIRAKATA, V; CORTES, R.X.; VIGO, A. Viés da regressão logística multinomial para estimar risco relativo ou razão de prevalência e alternativas In: 19 SINAPE, UNICAMP Campinas SP Disponível em:<http://www.ime.unicamp.br/sinapesites/defaultfilescomey_sinape.pdf> Acessado em 10 de setembro de 2010.

COHN, A.; MARSIGLIA, R.G. Processo e organização do trabalho. In: Rocha, L.R. et al. (Orgs.). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993, vol. 1, p. 58-71

CORRÊA FILHO, H.R.; GOMES, C.E.S; MAGALHÃES, L.V. LOUREIRO, J.F; SANTANA, J.L. A importância do trabalho informal, precário e perigoso: abordagem de ação coletiva em serviços de saúde no SUS. (Nota prévia de pesquisa e linha de prioridades para saúde dos trabalhadores no SUS). v. 2010. n. 04/04/2010, p.3. Disponível em:<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/Arquivos/Sala263.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2010.

CORRÊA-FILHO, H.R.; CUGLIARI, L.; GASPAR, A. A.; LOUREIRO, J.F.;SIQUEIRA, C.E. Epidemiological surveillance of informal workers' health in two cities in southeastern Brazil: the experience of the TRAPP-TRAPPURA projects. Int J Occup Environ Health. v.15, n.1, jan./mar. 2010, p.36-43.

CORRÊA-FILHO, H. R. Vigilância das doenças crônicas e ocupacionais: como passar das propostas às ações? Saúde e Sociedade, 1995, v. 4, p. 99-105.

CORDEIRO, R.; VILELA, R.A.G.; MEDEIROS, M.A.T.; GONÇALVES, C.G.O.; BRAGANTINI, C.A.; VAROLLA, A.J.; STEPHAN, C. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1574-1583, 2005a.

CORDEIRO, R.; SAKATEB,M.; CLEMENTEA,A.P.G.; DINIZB, C.S.; DONALISIO, M.R. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. Rev.Saude Publica, São Paulo, v.39, n.2, abr. 2005b.

CHOMSKY, N. O lucro ou as pessoas? Neoliberalismo e ordem global. Tradução: Pedro Jorgensen Jr. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002. 192 p. título original: Profit over the people.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005, p.817-828.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Metodologia Básica: Principais conceitos da pesquisa de Emprego e Desemprego. Disponível em <http://www.dieese.org.br/ped/pedmet.xml>> Acessado em : 03/05/2010.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Mercado de trabalho brasileiro: evolução recente e desafios. 2010. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/ped/mercadoTrabalhoEvolucaoDesafiostexto2010.pdf>> Acesso em 10 Fev. 2011.

_____. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos: Aspectos conceituais da vulnerabilidade social. Projeto de Qualificação Social para Atuação de Sujeitos ou Grupos Sociais na Negociação Coletiva e na Gestão de Políticas Públicas, 2007.

DUARTE, E.C.; SCHNEIDER, M.C.; PAES-SOUSA,R.; RAMALHO, W.M.; SARDINHA, L.M.V.; SILVA JUNIOR, J.B.; CASTILHO-SALGADO, C. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil um estudo exploratório. Brasília, 2002.

ENGELS, F. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. 1845.

FACCHINI, L.A., NOBRE, L.C.C., FARIA, N.M.X.; FASSA, A.G; THUMÉ, S.; TOMASI, E.; SANTANA, V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva* , Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n. 1. fev. 2006, p. 99-106.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M.; CÉSAR, C.C. Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.10, out. 2008, p.2396-2406.

HIRATA, H. globalização e divisão sexual do trabalho. Cadernos Pagu, 2002, p. 139-156.

HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. Sociologias, 2009, p. 24-41.

HYPÓLITO, E.B. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Principais mudanças conceituais referentes ao tema trabalho. In: Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise N.43. IPEA, 2010.

HEMP, P.; Presenteeism: At Work - But Out Of It . Harv Bus Pub, 2004 oct 82 (10): 49-58, 155.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Notas Metodológicas. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: Pesquisa Mensal de Emprego. 2005 <Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=485> Acesso em: 01 Fev.2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ECINF - Economia Informal Urbana. Rio de Janeiro, 2006.

_____.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: PNAD 2008: Mercado de trabalho avança, rendimento mantém-se em alta, e mais domicílios têm computador com acesso à Internet. Data:18/09/2009. Disponível em :<

http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1> Acessado em 01/12/2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: PNAD 2009: Rendimento e número de trabalhadores com carteira assinada sobrem e desocupação aumenta. Data: 08/09/2010. Disponível em :<
http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708&id_pagina=1> Acesso em 01 dez. 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2010. Disponível em
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf> Acessado em : 10 de dezembro de 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social: De 2003 a 2008, foi de 42,5% para 54,8% o percentual de mulheres que já haviam feito mamografia. Data: 31/03/2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1>. Acesso em: 01 jan. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. V.27, 2010

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008: Um Panorama da Saúde no Brasil , 2010.

IRIART, J.A.B; OLIVEIRA, R.P.; XAVIER, S.S; COSTA, A.M.S; ARAÚJO, G.R; SANTANA, V.S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, jan./fev. 2008, p. 165-174.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mercado de trabalho: conjuntura e análise N.42. 2010.

ILO. International Labour Organization and World Trade Organization. Globalization and informal jobs in developing countries. Geneva: ILO e WTO; 2009.188p.

JAKOBSEN, K; MARTINS, R; DOMBROWSKI,O; SINGER, P; POCHMANN, M. Mapa do trabalho informal: perfil socioeconômico dos trabalhadores informais na cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

JARDIM, R.; BARRETO. S.M.; GIATTI, L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. Cadernos de Saúde Pública [S.I.], v. 26, p. 1537-1548.

KRETER, A. C.; BACHA, C. J. C. A avaliação da equidade da Previdência no meio rural do Brasil. Revista de Economia e Sociologia Rural, Brasília: v. 44, n. 3, p. 467-502, jul/set. 2006.

KAZTMAN, R.; BECCARIA, L.; FILGUEIRA, F. GOLBERT, L. KESSLER, G. Vulnerabilidad, activos, y exclusión social en Argentina y Uruguay. Organización Internacional do Trabalho, 1999.

LEONE, E.T. O perfil dos trabalhadores e trabalhadoras na economia informal. OIT: série trabalho decente no Brasil. Documento de trabalho N. 3, 2010.

LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em :<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf> Acesso em : 10 Jul. 2009.

LACAZ, F.A.C.; FLÓRIO, M.R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v.14, n.6, dez, 2009

LÁSZLÓ, K.D.; HYNEK, P.; KOPP,M.S.; BOBAK,M.,PAJAK, A.; SOFIA MALYUTINA,S.; SALAVECZ,G.; MARMOT, M. Job insecurity and health: A study of 16 European countries Soc Sci Med. 2010 March; 70(6-3): 867–874.

LAURELL, A.C; NORIEGA, M. Processo de produção em saúde: trabalho de desgaste operário. São Paulo(SP): Hucitec; 1989.

MONTEIRO,M.I;CORRÊA-FILHO, H.R.;SIQUEIRA,C.E.Green Jobs, Green Economy – Ampliando as Possibilidades de Desenvolvimento Sustentável. In: VILARTA, R.; GUTIEREZ, G.L.; MONTEIRO, M.I. (org.) Qualidade de Vida: Evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Ipes. Campinas, 2010.

MACHADO, J. M. H.; MINAYO, C. G. Acidentes de trabalho: concepções e dados In: HUCITEC (Ed.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo, 1995. p. 117-42.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.3, mai./jun. 2007, p. 667-673.

MAENO, M.; CARMO, J.C. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARÍN-LEON, L.; OLIVEIRA, H.B.; BARROS, M.B.A.; DALGALARRONDO, P.;BOTEGA, N.J. Social inequality and common mental disorders. Revista Brasileira de Psiquiatria [S.I.], v. 29, p. 250-253, 2007.

MALAGUTI, M. L. Crítica à Razão Informal: a imaterialidade do salarizado. São Paulo; Vitória: Boitempo; EDUFES, 2001.

MARX, K.; ENGELS, F. Ideologia Alemã. p.26 1846.

MPS. Ministério da Previdência Social. Informações Estatísticas Relativas à Segurança e Saúde Ocupacional. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=559>> Acessado em: 08 Ago.2010.

_____. Ministério da Previdência Social. Notícias – Empreendedor Individual: Semana de Semana de mobilização eleva número de formalizados no país. 2010. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=40667>>. Acesso em: 12 Jan.2011.

_____. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009. Disponível em : <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>. Acessado em: 03 Fev. 2011.

MINAYO, M.C.S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO-LEÓN, R; MINAYO, M.C.S; COIMBRA-JUNIOR, C.E.A, editores. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MITCHELL, P.V. (In) Segurança alimentar e necessidades humanas básicas: uma análise dos resultados da PNAD 2004. 2007. 468f. Dissertação (Mestrado em Estudos populacionais e pesquisas sociais). Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2007.

MORAES, R. Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai? São Paulo: Senac, 2001.

MOSS, N. Socioeconomic disparities in health in the US: an agenda for action social. Science & Medicine, v.51, n.11, dec. 2000, p.1627-1638.

MUNTANER, C.; SOLAR, O.; VANROELEN, C.; MARTÍNEZ, J.M.; VERGARA, M.; SANTANA, V.; CASTEDO, A.; KIM, I.H.; BENACH, J. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *Int J Health Serv.* 2010;40(2):281-95.

NAGATOMI, K.; ISHITAKE, T.; HARA, K.; SHIGEMOTO, A.; HOSHIKO, M.; TSUJI, Y.; YAMAGUCHI, Y.; TAMAKI, H.; FURUMURA, M.; MURAMOTO J. Association between the transition from unemployment to re-employment after abrupt bankruptcy and the depressive symptoms. *Kurume Med J.* 2010;57(3):59-66.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. S77-S87, 2002.

NERI, M. O desemprego no censo: a febre e o termômetro. *Rev. FGV. Conjuntura Econômica*, v.56, n.6, jun. 2002, p-54-55.

NUNES, A., SILVA, SANTOS,J.R.S.; BARATA, R.B.; VIANNA, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. OPAS: Brasília; 2001.

ORNELLAS, T. C. F. D.; MONTEIRO, M. I. S. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem [S.I.]*, v. 59, p. 552-555, 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE). Módulo 1: Apresentação e marco conceitual Organização Pan Americana da Saúde. Brasília – DF 2010.

OIT. Organizacion Internacional del Trabajo. Decimoséptima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Informe General. Ginebra:OIT; 24 de noviembre a 3 de diciembre, 2003.

_____. Organização Internacional do Trabalho. A OIT e a economia informal. Lisboa: OIT; 2006. 41p.

_____. Organização Internacional do Trabalho e Conselho Nacional de Juventude. Trabalho decente e Juventude no Brasil. OIT, 2009.

_____. Organização Internacional do Trabalho. Perfil do Trabalho Decente para o Brasil. Brasília/DF, 2009.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Histórico. Disponível em <<http://www.observatorios.com.br/home.php>>> Acessado em 19/04/2010.

OLIVEIRA, L. P. J. A condição "provisória-permanente" dos trabalhadores informais: o caso dos trabalhadores de rua na cidade de Salvador. 2005. 236 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, maio/ago. 2000, p.92-103.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: ATHENEU (Ed.). Epidemiologia e Saúde. São Paulo: Roberto A. Medronho et al, 2003. Cap.24. p. 361-369.

PAIM JS. A epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.13, Número Especial Parte I, 2000, p. 29-43.

PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, 2010.

POSSAS, C. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC , 1989.

POCHMANN, M. A Década dos Mitos. São Paulo: Contexto, 2001.

POCHMANN, M. A .O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. Estud. av. São Paulo, v.23, n.66, 2009.

PEREIRA, W. E. N. Do estado liberal ao neoliberal. Interface, São Paulo, v. 1, n. 1, p.11-24, 2004. Disponível:<http://www.ccsa.ufrn.br/interface>. Acessado em 10 jan. 2010.

RIBEIRO, F.S.N. Situación em Brasil. In: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Eds.). Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, 2008

REIS, M. C.; CAMARGO, J. M. R. Desemprego dos jovens no Brasil: os efeitos da estabilização da inflação em um mercado de trabalho com escassez de informação. Revista Brasileira de Economia, v.61, n.4, out./dez, 2007, p. 493-518.

ROSEN, G. Da policia medica a medicina social : ensaios sobre a historia da assistencia medica. Tradução: Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal;1979. 402p. título original: From Medical Police to Social Medicine.

ROSA, M.F.M.; MATTOS,U.A.O. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. Ciência e Saúde Coletiva , v. 15, p. 1543-1552, 2010.

SILVA, P. L. D. N; PESSOA, D.G.C. LILA, M.F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. Ciência e Saúde Coletiva , v. 7, p. 659-670, 2002.

SIQUEIRA, E; ARAÚJO, T; CASTRO, H; FASSA, A.C.G. EDITORIAL. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n.4, out./dez. 2003, p. 842-845.

SIQUEIRA, C.E; CARVALHO, F. The Observatory of the Américas as a network in environmental and worker health in the Americas. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n.4, out./dec. 2003, p. 897-902.

SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.3. mai./jun. 2004, p. 797-811.

SNOW, J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999. Título original: *On the Mode of Transmission of Cholera*. Churchill, London, 1849.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007, p. 29-41.

SANTOS, M. S. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra, 2008.

SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, v. 136, n.2, 1997, p.155-171. Disponível em: <<http://wwwcache1.kcl.ac.uk/content/1/c6/04/09/13/Senonunemployment.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2010.

SILVA, J.L.T.; NEVES JUNIOR, L.F.; PAIVA, L.H.; ANTUNES, M.M.; GONZALEZ, R.H. A informalidade no mercado de trabalho brasileiro e as políticas públicas do Governo Federal. Estudo elaborado pelo Observatório do Mercado de Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), à propósito da Reunião de Ministros do Trabalho do MERCOSUL, Bolívia e Chile. 2002. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/observatorio/Informalidade2.pdf>> . Acesso em : 10 jan. 2010.

STOTZ, E.N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003, p. 25-33.

SZWARCWALD, C. L. ; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; DAMACENA, G.N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. BMC Health Services Research, v. 10, n. 217, 2010.

SANTANA, V.S. AMORIM, A.M, OLIVEIRA, R. XAVIER, S.; IRIART, J.;BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. Rev. Saúde Pública, São Paul, n.37, v.1. 2003, p.65-74.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. FERNANDES, C. ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva,2000, v. 5, p. 133-149.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Ver. Panam. Salud Pública, Washington, v.11, n. 5-6, may./jun. 2002, p. 365-373.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. D. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública , v. 25, p. s217-s226, 2009

VASCONCELOS, C.M.D.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 12 (Sup), 2007, p. 1765-1777.

VILELA, R. A. G. IGUTI, A.M, ALMEIDA, I.M. Culpa da vítima: um modelo para perpetuar a impunidade nos acidentes do trabalho. Cadernos de Saúde Pública [S.I.], v. 20, p. 570-579, 2004.

VIDAL, R.Q.S; SILVANY-NETO, A.M. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. Rev. Bras. Saúde Ocup, São Paulo, n.34, v.120, 2009, p.115-127.

VIACAVA ,F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.4, out./dez. 2002, p.607-621.

World Health Organization. Social determinants of health: The solid facts. 2ed. Geneva, WHO, 2003, 32 p.

_____. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva, WHO, 2007, 172p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FCM/UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/07/10
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 623/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0473.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "DESIGUALDADES EM SAÚDE ENTRE OS TRABALHADORES BRASILEIROS: UMA ANÁLISE DA PNAD/2008".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Isabella de Oliveira Campos Miquilin

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/07/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/07/11 (O formulário encontra-se no site acima).

II - OBJETIVOS

Analisar desigualdades em saúde entre pessoas economicamente ativas segmentadas em trabalhadores formais, informais e desempregados.

III - SUMÁRIO

O projeto consiste no levantamento retrospectivo de dados sociodemográficos, socioeconômicos e de saúde a partir do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2008. Deve-se destacar que dados obtidos em PNADs são de domínio público e que a identidade dos sujeitos entrevistados não é revelada. Assim sendo, os autores solicitam a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de trabalho pertinente à literatura e à sociedade que não incorre em problemas do ponto de vista ético.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887, Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

~~O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.~~

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de julho de 2010.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP

Declaração

As cópias de artigos de minha autoria ou de minha co-autoria, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas ou anais de congressos sujeitos a arbitragem, que constam da minha Dissertação/Tese de Mestrado/Doutorado, intitulada "Desigualdades em saúde entre trabalhadores brasileiros: Análise da PNAD/2008", não infringem os dispositivos da Lei n.º 9.610/98, nem o direito autoral de qualquer editora.

Campinas, 11 de março de 2011



Autor

RG n.º 53.222.725-6 SSP-SP

Isabella de Oliveira Campos Miquilin



Orientador

RG n.º 9.302.146 SSP/SP

Heleno R Corrêa Filho

DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS DA PNAD 2008 UTILIZADAS NO ESTUDO

Posição Inicial	Tamanho	Código de variável	Quesito		Categorias	
			Nº	Descrição	Tipo	Descrição
PESQUISA BÁSICA						
PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE						
1	4	V0101		Ano de referência		
					11	Rondônia
					12	Acre
					13	Amazonas
					14	Roraima
					15	Pará
					16	Amapá
					17	Tocantins
					21	Maranhão
					22	Piauí
					23	Ceará
					24	Rio Grande do Norte
					25	Paraíba
					26	Pernambuco
					27	Alagoas
					28	Sergipe
					29	Bahia
					31	Minas Gerais
					32	Espírito Santo
					33	Rio de Janeiro
					35	São Paulo
					41	Paraná
					42	Santa Catarina
					43	Rio Grande do Sul
					50	Mato Grosso do Sul
					51	Mato Grosso
					52	Goiás
					53	Distrito Federal
5	2	UF	2	Unidade da Federação		
5	8	V0102	2	Número de controle	As 2 primeiras posições são o código da Unidade da Federação	
PARTE 3 – IDENTIFICAÇÃO DOS MORADORES						
18	1	V0302	2	Sexo	2	Masculino
					4	Feminino
					2	Branca
					4	Preta
					6	Amarela
					8	Parda
					0	Indígena
					9	Sem declaração
27	3	V8005		Idade do morador na data de referência	000 a 120	Idade em anos
PARTE 9 – CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO E RENDIMENTO DOS MORADORES DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE						
Os quesitos 54 a 57 (V9054 a V9057) referem-se ao trabalho único ou principal da pessoa ocupada na semana de referência, exclusive o trabalhador na produção para o próprio consumo ou na construção para o próprio uso						
344	1	V9057	57	Tempo de percurso diário de ida da residência para o local de trabalho	1	Até 30 minutos
					3	Mais de 30 até 1 hora
					5	Mais de 1 até 2 horas
					7	Mais de 2 horas
						Não aplicável
Os quesitos 58 a 61 (V9058 a V9612) referem-se ao trabalho único ou principal da pessoa ocupada na semana de referência						
345	2	V9058	58	Número de horas habitualmente trabalhadas por semana no trabalho principal da semana de referência	01a 98	Hora(s)
						Não aplicável
347	1	V9059	59	Era contribuinte para instituto de previdência no trabalho principal da semana de referência	1	Sim
					3	Não
						Não aplicável
Os quesitos 87 a 89 (V9087 a V9892) referem-se à pessoa ocupada no período de referência de 365 dias (tinha trabalho na semana de referência ou no período de captação de 358 dias)						
390	1	V9087	87	Era associado a algum sindicato no mês de referência	1	Sim
					3	Não
						Não aplicável

VARIÁVEIS DERIVADAS

654	2	V4803	Anos de estudo (todas as pessoas)	01	Sem instrução e menos de 1ano
				02	1 ano
				03	2 anos
				04	3 anos
				05	4 anos
				06	5 anos
				07	6 anos
				08	7 anos
				09	8 anos
				10	9 anos
				11	10 anos
				12	11 anos
				13	12 anos
				14	13 anos
				15	14 anos
				16	15 anos ou mais
				17	Não determinados
656	1	V4704	Condição de atividade na semana de referência para pessoas de 10 anos ou mais de idade	1	Economicamente ativas
				2	Não economicamente ativas
					Não aplicável
657	1	V4805	Condição de ocupação na semana de referência para pessoas de 10 anos ou mais de idade	1	Ocupadas
				2	Desocupadas
					Não aplicável
658	2	V4706	Posição na ocupação no trabalho principal da semana de referência para pessoas de 10 anos ou mais de idade	01	Empregado com carteira de trabalho assinada
				02	Militar
				03	Funcionário público estatutário
				04	Outro empregado sem carteira de trabalho assinada
				06	Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada
				07	Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada
				09	Conta própria
				10	Empregador
				11	Trabalhador na produção para o próprio consumo
				12	Trabalhador na construção para o próprio uso
				13	Não remunerado
					Não aplicável
				660	1
2	15 a 39 horas				
3	40 a 44 horas				
4	45 a 48 horas				
5	49 horas ou mais				
	Não aplicável				
661	1	V4808	Atividade principal do empreendimento do trabalho principal da semana de referência para pessoas de 5 anos ou mais de idade	1	Agrícola
				2	Não agrícola
					Não aplicável
676	12	V4718	Rendimento mensal do trabalho principal para pessoas de 10 anos ou mais de idade	Valor	R\$
				999 999 999 999	Sem declaração
					Não aplicável
741	1	V4728	Código de situação censitária	1	Urbana - Cidade ou vila, área urbanizada
				2	Urbana - Cidade ou vila, área não-urbanizada
				3	Urbana - Área urbana isolada
				4	Rural - Aglomerado rural de extensão urbana
				5	Rural - Aglomerado rural, isolado, povoado
				6	Rural - Aglomerado rural, isolado, núcleo
				7	Rural - Aglomerado rural, isolado, outros aglomerados
				8	Rural - Zona rural exclusive aglomerado rural
742	5	V4729	Peso da pessoa		

PARTE 13 - CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS MORADORES

1209	1	V1301	1	O informante desta parte foi	1	A própria pessoa
					3	Pessoa não moradora do domicílio
					5	Outra pessoa moradora do domicílio
					9	Sem declaração
1212	1	V1303	3	De um modo geral, considera seu próprio estado de saúde como	1	Muito bom
					2	Bom
					3	Regular
					4	Ruim
					5	Muito ruim
1213	1	V3304	4a	Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde	2	Sim
					4	Não
1216	2	V1306	6	Qual foi o principal motivo que impediu re realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas	01	Diarreia ou vômito
					02	Problema respiratório
					03	Problema de coração ou pressão
					04	Dor nos braços ou nas mãos
					05	Problema mental ou emocional
					06	Outra doença
					07	Problema odontológico
					08	Acidente no local de trabalho
					09	Acidente no trânsito
					10	Outro acidente
					11	Agressão
					12	Outro motivo
						Não aplicável
1218	1	V1307	7	Nas duas últimas semanas, esteve acamado	1	Sim
					3	Não
						Não aplicável
1221	1	V1309	9	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem doença de coluna ou costas	1	Sim
					3	Não
1222	1	V1310	10	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem artrite ou reumatismo	2	Sim
					4	Não
1223	1	V1311	11	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem câncer	1	Sim
					3	Não
1224	1	V1312	12	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem diabetes	2	Sim
					4	Não
1225	1	V1313	13	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem bronquite ou asma	1	Sim
					3	Não
1226	1	V1314	14	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem hipertensão	2	Sim
					4	Não
1227	1	V1315	15	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem doença do coração	1	Sim
					3	Não
1228	1	V1316	16	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem insuficiência renal crônica	2	Sim
					4	Não
1229	1	V1317	17	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem depressão	1	Sim
					3	Não
1230	1	V1318	18	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem tuberculose	2	Sim
					4	Não
1231	1	V1319	19	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem tendinite ou tenossinovite	1	Sim
					3	Não
1232	1	V1320	20	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem cirrose	1	Sim
					3	Não
1233	1	V1321	21	Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público	1	Sim, apenas um
					3	Sim, mais de um
					5	Não

Os quesitos 27 a 43 (V1327 a V1343) referem-se ao plano de saúde único ou principal do titular						
1269	2	V1348	48	Quantas vezes consultou médico nos 12 últimos meses	01a 98	Ve(z)es
						Não aplicável
1278	1	V1350	50	Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde	2	Sim
					4	Não
1285	1	V1354	54	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido	2	Sim
					4	Não
						Não aplicável
1286	1	V3355	55a	Por que motivo não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	1	Não conseguiu vaga ou senha
					2	Não tinha médico atendendo
					3	Não tinha dentista atendendo
					4	Não tinha serviço ou profissional especializado
					5	O serviço ou equipamento não estava
					6	Não podia pagar
					7	Esperou muito e desistiu
					8	Outro motivo
						Não aplicável
1294	1	V1361	49d	Este serviço de saúde onde foi atendido era	1	Público
					3	Particular
					5	Não sabe
						Não aplicável
1304	2	V3368	68a	Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde	01	Não houve necessidade
					02	Não tinha dinheiro
					03	O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
					04	Dificuldade de transporte
					05	Horário incompatível
					06	O atendimento é muito demorado
					07	O estabelecimento não possuía especialista compatível
					08	Achou que não tinha direito
					09	Não tinha quem o acompanhasse
					10	Não gostava dos profissionais do
					11	Greve nos serviços de saúde
					12	Outro motivo
						Não aplicável
Os quesitos 10 a 17 (V1410 a V1417) referem-se à pessoa que não tem dificuldade ou tem somente pequena dificuldade de						
1350	1	V1410	10	Costuma ir a pé ou de bicicleta de casa para o trabalho	2	Sim
					4	Não
						Não aplicável
1352	1	V1412	12	No seu trabalho, anda a maior parte do tempo, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso	2	Sim
					4	Não
					6	Não sabe
						Não aplicável
PARTE 28 - CARACTERÍSTICAS DE TABAGISMO DOS MORADORES DE 15 ANOS OU MAIS DE IDADE						
1358	1	V2801	1	Atualmente, fuma algum produto do tabaco	1	Diariamente
					3	Menos que diariamente
					5	Não fuma
					7	Não sabe
						Não aplicável
1361	1	V2804	4	Somando todos os cigarros que fumou na vida inteira, o total chega a, pelo menos, 5 maços ou 100 cigarros	2	Sim
					4	Não
					6	Não fuma/nunca fumou cigarros
					8	Não sabe
						Não aplicável

APÊNDICES

VARIÁVEIS ELABORADAS

VARIÁVEL	OPÇÕES	OBS	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Sexo	Homem Mulher			
Faixa etária	18-24 25-34 35-44 45-54 55-64			
Região de residência	Sudeste Sul Centro-Oeste Norte Nordeste			
Situação do domicílio	Urbano Rural			
Cor ou raça autorreferida	Branca Negra Amarela Indígena	União de pretos e pardos	0,1	Sem declaração

VARIÁVEL	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Escolaridade em anos de estudo		Sem Instrução-4 5-7 8-11 12 >12	0,5	Não determinada
Renda mensal do trabalho principal	Semana de referência da pesquisa (21-27/09/08) R\$ 415,00 Não incluiu os desempregados	0 até 1/4 do salário Mais de 1/4 até 1/2 salário Mais de 1/2 até 1 salário Mais de 1 até 2 salários Mais de 2 até 3 salários Mais de 3 até 4 salários Mais de 4 até 5 salários Mais de 5 salários	10,2	Sem declaração Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNA	METODOLOGIA PNA	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Tempo de ida ao trabalho	Tempo de percurso diário de ida da residência para o local do trabalho principal	Não considerou: - Local de trabalho igual ao de residência; - Não ia direto de casa ao trabalho; -Desempregados	Até 30 minutos Mais de 30 minutos a 1 hora Mais de 1 hora a 2 horas Mais de 2 horas	25,4	Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNA	METODOLOGIA PNA	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Costuma ir ao trabalho a pé ou de bicicleta	Se a pessoa tem como rotina o costume de ir a pé ou de bicicleta do domicílio até o trabalho principal	Não incluiu os desempregados e as pessoas com restrição de atividades como: alimentar-se; tomar banho; ir ao banheiro; fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos	Sim Não	9,4	Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Faz esforço físico intenso no trabalho	No seu trabalho, anda a maior parte do tempo, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso	Não incluiu os desempregados e as pessoas com restrição de atividades como: alimentar-se; tomar banho; ir ao banheiro; fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos	Sim Não	10,1	Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Contribuição previdenciária no trabalho principal	Era contribuinte para instituto de previdência no trabalho principal da semana de referência	Para instituto de previdência, federal, estadual ou municipal, no trabalho principal, na semana de referência (Não incluiu os desempregados)	Sim Não	8,8	Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %	MOTIVO
Horas habitualmente trabalhadas por semana	Horas habitualmente trabalhadas por semana em todos os trabalhos da semana de referência		Até 14 horas 15 a 39 horas 40 a 44 horas 45 a 48 horas 49 horas ou mais	8,8	Não aplicável
Possui associação sindical		Para as pessoas ocupadas no mês de referência	Sim Não	4,9	Não aplicável

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Estado de saúde autorreferido	De um modo geral considera seu próprio estado de saúde como		União das categorias	Muito bom/bom Regular Ruim/muito ruim	
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas	Nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?			Sim Não	

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Motivo que impediu de realizar as atividades habituais nas duas últimas semanas	Qual foi o principal motivo que impediu de realizar as suas atividades habituais nas duas últimas semanas?	(Outras opções) Diarréia ou vômito, outras doenças, outros acidentes, problema odontológico, agressão , outro motivo; Não Aplicável=Não tiveram restrição	Os Não Aplicáveis e as Outras Opções foram incluídos na análise	Problema de coração ou pressão Problema respiratório Dor nos braços ou nas mãos Problema mental ou emocional Acidente no local de trabalho Acidente no trânsito	
Esteve acamado nas duas últimas semanas	Nas duas últimas semanas esteve acamado	Não Aplicável: Sem restrição das atividades	Os Não Aplicáveis foram incluídos da análise	Sim Não	

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Relato de Doença Crônica	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem		Pessoas que disseram ter ao menos uma doença	Sim Não	
Doença Crônica Informada	Algum médico ou profissional de saúde disse que tem			Doença de coluna ou costas Artrite ou reumatismo Câncer Diabetes Bronquite ou asma Hipertensão Doença do coração Insuficiência renal crônica Depressão Tuberculose Tendinite ou tenossinovite Cirrose	

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Cobertura por plano de saúde	“Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?”		Sim (Apenas um plano + Mais de 1 plano)	Sim Não	
Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	“Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?”			Sim Não	

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Tipo de serviço em que foi atendido	Este serviço de saúde onde foi atendido era	Inclui quem foi atendido na primeira ou segunda vez em que procurou o serviço	Particular Público Não sabe	86,9 Não Aplicáveis: Não procuraram serviço de saúde Não foram atendidas quando procuraram o serviço de saúde Procurou apenas para marcação de consulta

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Não recebeu atendimento	Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas, foi atendido?		Sim Não	
Motivo pelo qual não foi atendido no serviço de saúde que procurou	Por qual motivo não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	Outras razões : não tinha dentista atendendo; não tinha serviço ou profissional especializado; o serviço ou equipamento não estava funcionando; não podia pagar; esperou muito e desistiu; outro motivo	Outras razões Não conseguiu vaga ou senha Não havia médico atendendo	99,4 Não Aplicáveis: - Não procuraram atendimento - Atendidos na primeira vez que procuraram atendimento

VARIÁVEL	PERGUNTA PNAD	METODOLOGIA PNAD	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Por que não buscou atendimento?	Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?	Outras razões: não houve necessidade , o atendimento é demorado, o estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades, achou que não tinha direito, não tinha quem o(a) acompanhasse, não gostava dos profissionais do estabelecimento, greve nos serviços de saúde, outro motivo	Problemas de acesso: O local era longe ou de difícil acesso + dificuldade de transporte	Outras razões Não tinha dinheiro Problemas de acesso Não tinha horário	96,9 Não aplicável (PNAD): - Pessoas que procuraram o serviço de saúde Não aplicável (retirado): - As pessoas que não procuraram porque não tiveram necessidade

VARIÁVEL	PERGUNTA PNA	METODOLOGIA PNA	OBS	OPÇÕES	EXCLUSÃO %
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses	Quantas vezes consultou médico nos 12 últimos meses?			Nenhuma Uma Duas Três Mais de 3 vezes	

VARIÁVEL	ELABORAÇÃO DA VARIÁVEL	OPÇÕES	TOTAL
Tabagismo	Variável elaborada a partir de duas variáveis: V2801: "Atualmente fuma algum produto do tabaco?" V2804: "Somando todos os Cigarros que fumou na vida, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?"	Foram considerados FUMANTES Pessoas que responderam as opções: 1) "Diariamente" na variável v2801 e "sim; não e não fuma/nunca fumou cigarros" na variável 2804 2) "Menos que diariamente" na variável v2801 e "sim; não e não fuma/nunca fumou cigarros" na variável 2804 3) "Não Fuma " na variável v2801 e Sim na variável 2805 4) "Não sabe" na variável 2801 e Sim na variável 2804 Foram considerados NÃO FUMANTES Pessoas que responderam as opções: 1) "Não fuma" na variável v2801 e "não" na variável 2804 2) "Não fuma" na variável v2801 e "não fuma /nunca fumou cigarros" na variável 2804 3) "Não sabe" na variável v2801 e "não" na variável 2804 4) "Não sabe" na variável v2801 e "não fuma /nunca fumou cigarros" na variável 2804	152.233

VARIÁVEL	ELABORAÇÃO DA VARIÁVEL	OPÇÕES	TOTAL
Informante	Variável elaborada a partir da variável V1301: "O informante desta parte é:"	A própria pessoa Outra pessoa moradora do domicílio e Pessoa não moradora do domicílio	152.027 Perdas - 206 pessoas


```

if (UFV0102 >"17601649" & UFV0102<"31000010") regioa=4.
if (UFV0102 >"29605253" & UFV0102<"41000013") regioa=0.
if (UFV0102 >"35620110" & UFV0102<"50000012") regioa=1.
if (UFV0102 >"43605451") regioa=2.
EXECUTE.
###SETOR (VARIÁVEL CRIADA A PARTIR DA VARIÁVEL V4728 - CÓDIGO DE SITUAÇÃO CENSITÁRIA.
0=URBANO 1 = RURAL.
*(4728 p. 43).
if(V4728="1")setor=0.
if(V4728="2")setor=0.
if(V4728="3")setor=0.
if(V4728="4")setor=1.
if(V4728="5")setor=1.
if(V4728="6")setor=1.
if(V4728="7")setor=1.
if(V4728="8")setor=1.
EXECUTE.
###COR1 (COR OU RAÇA) - VALORES: 0=Branco; 1=Negra(Pretos e Pardos); 2=Amarela; 3=Indígena.
*(0404 p.3) A opção de reposta 9 correspondeu aos sem declaração e foram incluídos como SYSMIS = 143 = 0,1%.
RECODE
  V0404
  ('0'=3) ('2'=0) ('4'=1) ('8'=1) ('6'=2) ('9'=SYSMIS) INTO Cor1.
EXECUTE.
###ESCOL1 (ESCOLARIDADE EM ANOS DE ESTUDO) - VALORES: Sem instrução- 4=4 ; 5-7=3; 8-11=2; 12=1;
>12=0.
*(V4803 p. 39) Pela PNAD, as pessoas com informações que não permitissem a sua classificação foram incluídas na
opção 17 = não determinado. Incluídos como SYSMIS = 794 = 0,5%.
if (V4803="01") escol1=4.
if (V4803="02") escol1=4.
if (V4803="03") escol1=4.
if (V4803="04") escol1=4.
if (V4803="05") escol1=4.
if (V4803="06") escol1=3.
if (V4803="07") escol1=3.
if (V4803="08") escol1=3.
if (V4803="09") escol1=2.
if (V4803="10") escol1=2.
if (V4803="11") escol1=2.
if (V4803="12") escol1=2.
if (V4803="13") escol1=1.
if (V4803="14") escol1=0.
if (V4803="15") escol1=0.
if (V4803="16") escol1=0.
if (V4803="17") escol1=SYSMIS.
EXECUTE.
###RENDTP (RENDA MENSAL NO TRABALHO PRINCIPAL) - VALORES: >5=0; >4-5=1; >3-4=2; >2-3=3; >1-
2=4; >1/2 - 1=5; >1/4-1/2=6; 0-1/4=7.
*4718 p. 43. Sem declaração = 2.222 = 1,5%. Não foi perguntado aos desempregados e eles foram considerados pela
PNAD na opção "não aplicável" = 13.375=8,8% a soma do sysmis=15.597=10,2%.
RECODE
  V4718
  (99999999999=SYSMIS) (0 thru 103.75=7) (103.76 thru 207.50=6) (207.51
  thru 415.00=5) (415.01 thru 830.00=4) (830.01 thru 1245.00=3) (1245.01
  thru 1660.00=2) (1660.01 thru 2075.00=1) (2075.01 thru 100000.00=0) INTO
  Rendtp.
EXECUTE.
###TEMP (TEMPO DE PERCURSO DIÁRIO DE IDA DO DOMICÍLIO AO TRABALHO) 0=ATÉ 30 MINUTOS; 1=
>30 A 1 HORA; 2= >1 HORA A 2 HORAS;3= >2 HORAS.
*9057 p.23. Não foi aplicada aos desempregados. Não foi perguntada para quem morava no próprio local em que
trabalhava. Não foi perguntada aos que trabalhavam na própria residência Só foi perguntada para quem ia diretamente de
casa para o trabalho. Os não aplicáveis foram incluídos como SYSMIS= 38.634=25,4%.
if (V9057="1") temp = 0.

```

```

if (V9057="3") temp = 1.
if (V9057 ="5") temp = 2.
if (V9057 ="7") temp =3.
if (V9057 <"1") temp =SYSMIS.
EXECUTE.
###TRANS ( Se a pessoa costuma ir a pé ou de bicicleta para o trabalho) 0=sim; 1=não.
*1410 p. 93. Os não aplicáveis foram considerados pela PNAD como Sysmis = 14.298 = 9,4%. Não foi perguntado aos
desempregados.
if (V1410="2") Trans=0.
if (V1410="4") Trans=1.
EXECUTE.
###FORÇA (VARIÁVEL CRIADA A PARTIR DA VARIÁVEL 1412- SE NO TRABALHO ANDA A > PARTE DO
TEMPO, CARREGA PESO OU FAZ ATIVIDADE COM ESFORÇO) VARIÁVEIS 0=NÃO; 1=SIM; 2=NÃO SABE;
<2=SYSMIS. Não sabe (1.077=0,7%); não aplicável (14.298=9,4%) Soma=15375(10,1%).
*1412 p. 94.
if (V1412 <"2") = SYSMIS.
if(V1412 ="6")=SYSMIS.
if(V1412 ="2") força=1.
if(V1412 ="4") força=0.
EXECUTE.
###PREV (CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA NO TRABALHO PRINCIPAL DA SEMANA DE REFERÊNCIA.
Computou apenas os ocupados ) - VALORES: Sim=0; Não=1.
*9059 p. 23.
RECODE
  V9059
  ('1=0) ('3=1) INTO Prev.
EXECUTE.
###HORAS (HORAS HABITUALMENTE TRABALHADAS POR SEMANA EM TODOS OS TRABALHOS) -
VALORES: 40-44=0; até 14=1; 15-39=2; 45-48=3; 49 ou mais=4.
*4707 p. 23. Não foi perguntada aos desempregados.
RECODE
  V4707
  ('3=0) ('1=1) ('2=2) ('4=3) ('5=4) INTO Horas .
EXECUTE .
###SINDIC (ASSOCIAÇÃO SINDICAL NO MÊS DE REFERÊNCIA) - VALORES: 0=Sim; 1=Não.
*9087 p. 27. Para pessoas que foram ou estavam ocupadas no período de referência de 365 dias, foi perguntado se no mês
de referência eram associadas, indiferente das características do trabalho e condição de ocupação. Não aplicável = 7478=
4,9%.
RECODE
  V9087
  ('1=0) ('3=1) INTO Sindic.
EXECUTE.
### SAUDE1 (ESTADO DE SAÚDE AUTO REFERIDO DEFINIDO A PARTIR DA VARIÁVEL 1303, UNINDO
MUITO BOM E BOM; RUIM E MUITO RUIM) - VALORES: muito bom e bom = 0; regular=1; ruim e muito ruim=2.
*1303 p. 77.
RECODE
  V1303
  ('1=0) ('2=0) ('3=1) ('4=2) ('5=2) INTO Saude1 . EXECUTE .
###RESTAT (SE HOUVE RESTRIÇÃO NAS ATIVIDADES POR MOTIVO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS SEMANAS)
- VALORES: 0=Não; 1=Sim.
*3304 p. 78.
RECODE
  V3304
  ('4=0) ('2=1) INTO RestAt .
EXECUTE .
###MOT1 (V1303 - MOTIVO DA RESTRIÇÃO DAS ATIVIDADES NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, TENDO
TODOS OS OUTROS COMO CAT.BASE E O ACIDENTE DE TRABALHO, P CORAÇÃO OU PRESSÃO. P
RESPIRATORIO, P MENTAL , ACIDENTE TRANS, DOR NA MÃO OU BRAÇO COMO COMPARAÇÃO).
VALORES: 0=outros motivos + pessoas que não se afastaram; 1= Ac. no local de trabalho; 2=P. resp; 3= p cora 4= dor
mão 5= mental; 6= trânsito.
*1306 p. 79. As restrições foram computadas comparando com a população total. Foi perguntado apenas aos que tiveram
restrição das atividades.

```

```

if (V1306 <"01") mot1 = 0.
if (V1306 ="01") mot1 = 0.
if (V1306 ="02") mot1 = 2.
if (V1306 ="03") mot1 = 3.
if (V1306 ="04") mot1 = 4.
if (V1306 ="05") mot1 = 5.
if (V1306 ="06") mot1 = 0.
if (V1306 ="07") mot1 = 0.
if (V1306 ="08") mot1 = 1.
if (V1306 ="09") mot1 = 6.
if (V1306 ="10") mot1 = 0.
if (V1306 ="11") mot1 = 0.
if (V1306 ="12") mot1 = 0.
EXECUTE.
### ACAMAD (V1307-SE ESTEVE ACAMADO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, comparado com a população)-
VALORES: 0=Não + Não aplicável; 1=Sim. (Não=5931=3,9%; Não aplicável=141.286=92,8%) A soma do Sim+Não
=Pessoas que tiveram restrição. Os não aplicáveis foram aqueles que não tiveram restrição.
*1307 p. 79.
if (V1307="1") Acamad=1.
if (V1307="3") Acamad=0.
if (V1307<"1") Acamad=0.
EXECUTE.
### DC (RELATO DE DOENÇA CRÔNICA) 1=Ao menos uma resposta Sim; 0=Não.
DO IF (V1309="1" OR V1310="1" OR V1311="1" OR V1312="1" OR V1313="1" OR V1314="1" OR V1315="1" OR
V1316="1" OR V1317="1" OR V1318="1" OR V1319="1" OR V1320="1").
COMPUTE dc=1.
ELSE.
COMPUTE dc=0.
END IF.
EXECUTE.
### COLUNA (ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE DISSE QUE TEM DOENÇA DA COLUNA OU
COSTAS)-VALORES: 0=Não; 1=Sim.
*1309 p. 79.
RECODE
  V1309
  ('3'=0) ('1'=1) INTO Coluna .
EXECUTE .
### ARTRIT (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA ARTRITE)-VALORES: 0=Não; 1=Sim.
RECODE
  V1310
  ('2'=1) ('4'=0) INTO Artrit .
EXECUTE .
### CANCER (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA CANCER)-VALORES: 0=Não; 1=Sim.
RECODE
  V1311
  ('1'=1) ('3'=0) INTO Cancer . EXECUTE .
### DIABET (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA DIABETES)-VALORES: 0=Não;
1=Sim.
RECODE
  V1312
  ('2'=1) ('4'=0) INTO Diabet .
EXECUTE .
### BRONAS (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA BRONQUITE OU ASMA)-VALORES:
0=Não; 1=Sim.
RECODE
  V1313
  ('1'=1) ('3'=0) INTO BronAs . EXECUTE .
### HIPERT (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA HIPERTENSÃO)-VALORES: 0=Não;
1=Sim.
RECODE
  V1314
  ('2'=1) ('4'=0) INTO Hipert .

```

EXECUTE .
 ### DCORAÇ (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA DOENÇA DO CORAÇÃO)-
 VALORES: 0=Não; 1=Sim.
 RECODE
 V1315
 ('1'=1) ('3'=0) INTO Dcoraç .
 EXECUTE .
 ### INSFRE (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA INSUFICIÊNCIA RENAL CRONICA)-
 VALORES: 0=Não; 1=Sim.
 RECODE
 V1316
 ('2'=1) ('4'=0) INTO InsfRe .
 EXECUTE .
 ### DEPRES (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA DEPRESSÃO)-VALORES: 0=Não;
 1=Sim.
 RECODE
 V1317
 ('1'=1) ('3'=0) INTO Depres .
 EXECUTE .
 ### TUBERC (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA TUBERCULOSE)-VALORES: 0=Não;
 1=Sim.
 RECODE
 V1318
 ('2'=1) ('4'=0) INTO Tuberc .
 EXECUTE .
 ### TEND (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA TENDINITE OU TENOSSINOVITE)-
 VALORES: 0=Não; 1=Sim.
 RECODE
 V1319
 ('1'=1) ('3'=0) INTO Tend .
 EXECUTE .
 ### CIRROS (ALGUM MÉDICO OU PROF DE SAÚDE DISSE QUE TINHA CIRROSE)-VALORES: 0=Não; 1=Sim.
 RECODE
 V1320
 ('2'=1) ('4'=0) INTO Cirros .
 EXECUTE .
 ### PLANO1 (TEM DIREITO A ALGUM PLANO DE SAÚDE MÉDICO OU ODONTOLÓGICO, PART. DE
 EMPRESA OU ÓRGÃO PÚBLICO - unindo 1 ou apenas um em uma categoria)-VALORES: 0= Sim; 1=NÃO.(p.79)
 RECODE
 V1321
 ('3'=0) ('1'=0) ('5'=1) INTO Plano1 .
 EXECUTE .
 ###PROCUR (PROCUROU NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS ATENDIMENTO RELACIONADO À PRÓPRIA
 SAÚDE)- VALORES: 0=NÃO; 1=SIM.
 * 1350 p.83.
 RECODE
 V1350
 ('2'=1) ('4'=0) INTO Procur .
 EXECUTE .
 ###ATEND (CASO TENHA PROCURADO ATENDIMENTO, FOI ATENDIDO?)- VALORES 0=SIM; 1=NÃO.
 *1354 p. 85.
 RECODE
 V1354
 ('2'=0) ('4'=1) INTO Atend .
 EXECUTE .
 ###SERVIÇ (CASO TENHA SIDO ATENDIDO, QUAL ERA O TIPO DE SERVIÇO) VALORES: 0=PARTICULAR;
 1=PÚBLICO; 2=NÃO SABE.
 *1361 p. 87. Não foi perguntado a quem teve atendimento somente para marcação de consulta (v3602 item 12=137)
 Contemplou as pessoas que foram atendidas na primeira ou segunda vez que procuraram atendimento.
 RECODE
 V1361
 ('1'=1) ('3'=0) ('5'=2) INTO Serviç .

EXECUTE .

###MNATEN (v3355 p.85 NÃO FOI ATENDIDO PORQUE NÃO TINHA VAGA E NÃO TINHA MÉDICO- do total que não foi atendido) VALORES: 2= sem médico 1= não conseguiu vaga ou senha; 0=outros motivos.

if (V3355 <"1") mnaten = SYSMIS.

if (V3355 ="2") mnaten = 2.

if (V3355 ="3") mnaten = 0.

if (V3355 ="4") mnaten = 0.

if (V3355 ="5") mnaten = 0.

if (V3355 ="6") mnaten = 0.

if (V3355 ="7") mnaten = 0.

if (V3355 ="8") mnaten = 0.

if (V3355 ="1") mnaten = 1.

EXECUTE.

NP1 (NÃO PROCUROU O SERVIÇO DE SAÚDE PORQUE NÃO TINHA DINHEIRO, LOCAL DIFÍCIL E SEM TRANSPORTE; SEM HORARIO - VARIÁVEL CRIADA A PARTIR DA V3368 p. 88 - (0= Outros motivos; 1=Dinheiro; 2=P. acesso 3= horario) A comparação foi feita apenas com os que não procuraram o serviço de saúde(131923=soma de 415 da variável V1356 com 131508 da variável (1350)), excluindo aqueles que disseram não haver necessidade e os não aplicáveis.

if (V3368 < "01") np1 = SYSMIS.

if (V3368 = "01") np1 = SYSMIS.

if (V3368 = "02") np1 = 1.

if (V3368 = "03") np1 = 2.

if (V3368 = "04") np1 = 2.

if (V3368 = "05") np1 = 3.

if (V3368 = "06") np1 = 0.

if (V3368 = "07") np1 = 0.

if (V3368 = "08") np1 = 0.

if (V3368 = "09") np1 = 0.

if (V3368 = "10") np1 = 0.

if (V3368 = "11") np1 = 0.

if (V3368 = "12") np1 = 0.

EXECUTE.

NCONS (NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES)-VALORES : 0= NENHUMA; 1= UMA; 2=DUAS; 3=TRÊS; 4= MAIS DO QUE TRÊS.

*1348 p.89.

if (V1348 <"01") ncons = 0.

if (V1348 ="01") ncons = 1.

if (V1348 ="02") ncons = 2.

if (V1348 ="03") ncons = 3.

if (V1348 >"03") ncons = 4.

EXECUTE.

#####VARIÁVEIS AUXILIARES#####

***INF4 (INFORMANTE DAS VARIÁVEIS DE MORBIDADE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE) VARIÁVEIS: 0=Própria pessoa; 1=NÃO morador; OUTRO morador; SYSMIS=Sem declaração.

*p.77.

if(V1301="1") inf4=0.

if(V1301="3") inf4=1.

if(V1301="5") inf4=1.

if(V1301="9") inf4=SYSMIS.

EXECUTE.

***FUMO (VARIÁVEL CRIADA A PARTIR DA VARIÁVEL V2801 e V2804 considerando quem fumou até 100 cigarros e permanece fumando, como fumante).VARIÁVEIS 1=FUMA; 0=NÃO FUMA.

if(V2801="1" & V2804="2") fumo =1 .

if(V2801="1" & V2804="4") fumo =1 .

if(V2801="1" & V2804="6") fumo =1 .

if(V2801="3" & V2804="2") fumo =1 .

if(V2801="3" & V2804="4") fumo =1 .

if(V2801="3" & V2804="6") fumo =1 .

if(V2801="5" & V2804="2") fumo =1 .

if(V2801="5" & V2804="4") fumo =0 .

if(V2801="5" & V2804="6") fumo =0 .

if(V2801="7" & V2804="2") fumo =1 .

```

if(V2801="7" & V2804="4") fumo =0 .
if(V2801="7" & V2804="6") fumo =0 .
EXECUTE.

```

SINTAXE PARA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS, FORMATO STATA® (DATA ANALYSIS AND STATISTICAL SOFTWARE) VERSÃO 9.0.

COMANDOS

Syntax banco stata 9

* VARIÁVEL PESO INSERIDA: V4729

*** PREVALÊNCIAS ***

```

svy , vce (linearized): tabulate sexo trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate fet trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate regioa trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate setor trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate cor1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate escol1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate rendtp trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate temp trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate trans trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate for_a trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate prev trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate horas trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate sindic trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate saude1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate restat trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate mot1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate acamad trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate dc trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate coluna trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate artrit trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate cancer trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate diabet trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate bronas trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate hipert trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate dcora_ trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate insfre trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate depres trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate tuberc trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate tend trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate cirros trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate plano1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate procur trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate servi_ trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate atend trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate mnaten trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate np1 trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
svy , vce (linearized): tabulate ncons trab , column ci obs percent format (%12,2fc)
*** RAZÕES DE PREVALÊNCIA BRUTAS ***

```

SAUDE1

preserve

keep if saude1<2

tab saude1 trab

xi: svy , vce (robust): poisson saude1 i.trab, irr

drop if saude1==1

tab saude1 trab

xi: svy , vce (robust): poisson saude1 i.trab, irr

RESTRIÇÃO DAS ATIVIDADES

preserve

tab restat trab

xi: svy , vce (robust): poisson restat i.trab, irr

```

restore
MOTIVO DE RESTRIÇÃO DAS ATIVIDADES
preserve
keep if mot1<2
tab mot1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if mot1==1
keep if mot1<3
tab mot1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
keep if mot1<4
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
keep if mot1<5
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
drop if mot1==4
keep if mot1<6
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
drop if mot1==4
drop if mot1==5
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab, irr
restore
ESTEVE ACAMADO?
preserve
tab trab acamad
xi: svy , vce (robust): poisson acamad i.trab, irr
restore
POSSUI DOENÇA CRÔNICA
preserve
tab dc trab
xi: svy , vce (robust): poisson dc i.trab, irr
restore
preserve
COLUNA
preserve
tab coluna trab
xi: svy , vce (robust): poisson coluna i.trab, irr
restore

```

HIPERTENÇÃO

preserve

tab hipert trab

xi: svy , vce (robust): poisson hipert i.trab, irr

restore

TENDINITE

preserve

tab tend trab

xi: svy , vce (robust): poisson tend i.trab, irr

restore

DEPRESSÃO

preserve

tab depres trab

xi: svy , vce (robust): poisson depres i.trab, irr

restore

BRNQUITE OU ASMA

preserve

tab bronas trab

xi: svy , vce (robust): poisson bronas i.trab, irr

ARTRITE

preserve

tab artrit trab

xi: svy , vce (robust): poisson artrit i.trab, irr

restore

DIABETES

preserve

tab diabet trab

xi: svy , vce (robust): poisson diabet i.trab, irr

restore

DOENÇA DO CORAÇÃO

preserve

tab dcora_ trab

xi: svy , vce (robust): poisson dcora_ i.trab, irr

restore

INSUFICIÊNCIA RENAL

preserve

tab insfre trab

xi: svy , vce (robust): poisson insfre i.trab, irr

restore

CANCER

preserve

tab cancer trab

xi: svy , vce (robust): poisson cancer i.trab, irr

restore

TUBERCULOSE

preserve

tab tuberc trab

xi: svy , vce (robust): poisson tuberc i.trab, irr

restore

CIRROSE

preserve

tab cirros trab

xi: svy , vce (robust): poisson cirros i.trab, irr

restore

preserve

POSSO DE PLANO DE SAÚDE

tab plano1 trab

xi: svy , vce (robust): poisson plano1 i.trab, irr

PROCUROU ATENDIMENTO

tab procur trab

xi: svy , vce (robust): poisson procur i.trab, irr

SERVIÇO/REDE

```

preserve
keep if servi_<2
tab servi_ trab
xi: svy , vce (robust): poisson servi_ i.trab, irr
restore
preserve
drop if servi_==1
tab servi_ trab
xi: svy , vce (robust): poisson servi_ i.trab, irr
restore
ATENDIMENTO
preserve
tab atend trab
xi: svy , vce (robust): poisson atend i.trab, irr
restore
MOTIVO DO NÃO ATENDIMENTO
preserve
keep if mnaten<2
tab mnaten trab
xi: svy , vce (robust): poisson mnaten i.trab, irr
restore
preserve
drop if mnaten==1
tab mnaten trab
xi: svy , vce (robust): poisson mnaten i.trab, irr
restore
NP1 (Por que não buscou atendimento)
preserve
keep if np1<2
tab np1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if np1==1
keep if np1<3
tab np1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab, irr
restore
preserve
drop if np1==1
drop if np1==2
tab np1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab, irr
restore
NÚMERO DE CONSULTAS
preserve
keep if ncons<2
tab ncons trab
xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab, irr
restore
preserve
drop if ncons==1
keep if ncons<3
tab ncons trab
xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab, irr
restore
preserve
drop if ncons==1
drop if ncons==2
keep if ncons<4
tab ncons trab
xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab, irr

```

```

restore
preserve
drop if ncons==1
drop if ncons==2
drop if ncons==3
tab ncons trab
xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab, irr
restore
***RAZÕES DE PREVALÊNCIA AJUSTADAS ***
SAUDE
preserve
keep if saude1<2
tab saude1 trab
restore
preserve
drop if saude1==1
tab saude1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson saude1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve
keep if saude1<2
tab saude1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson saude1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
preserve
drop if saude1==1
tab saude1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson saude1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
RESTRICÇÃO DAS ATIVIDADES
preserve
tab restat trab
xi: svy , vce (robust): poisson restat i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
MOTIVO DE RESTRICÇÃO
preserve
keep if mot1<2
tab mot1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve
drop if mot1==1
keep if mot1<3
tab mot1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
keep if mot1<4
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
keep if mot1<5
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve

```

```

drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
drop if mot1==4
keep if mot1<6
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
preserve
drop if mot1==1
drop if mot1==2
drop if mot1==3
drop if mot1==4
drop if mot1==5
tab mot1 trab
xi:svy,vce(robust): poisson mot1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
ESTEVE ACAMADO
preserve
tab trab acamad
xi: svy , vce (robust): poisson acamad i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
DOENÇA CRÔNICA
preserve
tab dc trab
xi: svy , vce (robust): poisson dc i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
COLUNA
preserve
tab coluna trab
xi: svy , vce (robust): poisson coluna i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
HIPERTENÇÃO
preserve
tab hipert trab
xi: svy , vce (robust): poisson hipert i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
TENDINITE
preserve
tab tend trab
xi: svy , vce (robust): poisson tend i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
DEPRESSÃO
preserve
tab depres trab
xi: svy , vce (robust): poisson depres i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
BRONQUITE OU ASMA
preserve
tab bronas trab
xi: svy , vce (robust): poisson bronas i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
ARTRITE
preserve
tab artrit trab
xi: svy , vce (robust): poisson artrit i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
DIABETES
preserve
tab diabet trab
xi: svy , vce (robust): poisson diabet i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
DOENÇA DO CORAÇÃO

```

```

preserve
tab dcora_ trab
xi: svy , vce (robust): poisson dcora_ i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
IRC
preserve
tab insfre trab
xi: svy , vce (robust): poisson insfre i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
CANCER
preserve
tab cancer trab
xi: svy , vce (robust): poisson cancer i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4 ,irr
restore
TUBERCULOSE
preserve
tab tuberc trab
xi: svy , vce (robust): poisson tuberc i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
CIRROSE
preserve
tab cirros trab
xi: svy , vce (robust): poisson cirros i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
PLANO DE SAÚDE PRIVADO
preserve
tab plano1 trab
xi: svy , vce (robust): poisson plano1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4,irr
restore
PROCUROU ATENDIMENTO
preserve
tab procur trab
xi: svy , vce (robust): poisson procur i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4,irr
restore
SERVIÇO
preserve
keep if servi_ < 2
tab servi_ trab
xi: svy , vce (robust): poisson servi_ i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4 ,irr
restore
preserve
drop if servi_ == 1
tab servi_ trab
xi: svy , vce (robust): poisson servi_ i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4 ,irr
restore
preserve
ATENDIMENTO
preserve
tab atend trab
xi: svy , vce (robust): poisson atend i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4,irr
restore
preserve
MOTIVO DO NÃO ATENDIMENTO
preserve
keep if mnaten < 2
tab mnaten trab
xi: svy , vce (robust): poisson mnaten i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4, irr
restore
preserve
drop if mnaten == 1
tab mnaten trab
xi: svy , vce (robust): poisson mnaten i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4, irr

```

```

restore
preserve
  PORQUE NÃO BUSCOU ATENDIMENTO
preserve
  keep if np1<2
  tab np1 trab
  xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4, irr
restore
preserve
  drop if np1==1
  keep if np1<3
  tab np1 trab
  xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4, irr
restore
preserve
  drop if np1==1
  drop if np1==2
  tab np1 trab
  xi: svy , vce (robust): poisson np1 i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.inf4, irr
restore
preserve
  NÚMERO DE CONSULTAS
preserve
  keep if ncons<2
  tab ncons trab
  xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4, irr
restore
preserve
  drop if ncons==1
  keep if ncons<3
  tab ncons trab
  xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4, irr
restore
preserve
  drop if ncons==1
  drop if ncons==2
  keep if ncons<4
  tab ncons trab
  xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4, irr
restore
preserve
  drop if ncons==1
  drop if ncons==2
  drop if ncons==3
  tab ncons trab
  xi: svy , vce (robust): poisson ncons i.trab i.sexo i.fet i.escol1 i.regiao i.fumo i.inf4, irr

```