



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Giatti, Luana; Barreto, Sandhi M.

Trabalho feminino e saúde na terceira idade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, núm. 4, 2002, pp. 825-839

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011569016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trabalho feminino e saúde na terceira idade

Women's work and health among Brazilian elderly

Luana Giatti 1,2
Sandhi M. Barreto 1,2

Abstract The objective of this study is to estimate and describe the participation of aged women in the labour market, and to investigate health differentials according to their working position, after considering the influence of social and demographic factors. This study comprises 4.607 females aged 65 or more, residents in 10 Brazilian metropolitan regions and participants of PNAD conducted in 1998. The following working categories have been defined: working, retired and other. The analysis was based on qui-square tests and odds ratios were obtained by multinomial logistic regression. Almost 10% of the aged women worked, 42% were retired, and 48% did not work nor were retired. Working women were younger, had higher income and schooling level between 4 and 7 years. Working was associated with better self-perceived health, less report of chronic diseases, having private health plan, less medical visits and hospitalisations, better indicators of autonomy and physical mobility and more dentist visits. Our results show that the proportion of women who remain in the active life in older ages is much lower than that found among Brazilian males in the same period. It is important to determine if the observed differentials in health among aged women are also found among women in active age.

Key words Ageing, Woman work, Health

Resumo O objetivo deste estudo é estimar e caracterizar a participação de idosas no mercado de trabalho e investigar diferenciais de saúde, segundo sua inserção nesse mercado, após considerar a influência de fatores socio-demográficos. O estudo incluiu 4.607 com 65 anos e mais, residentes em dez regiões metropolitanas brasileiras e participantes da PNAD/98. Foram definidas as categorias: trabalhando, aposentada e outra. A análise incluiu o qui-quadrado e o odds ratio estimado através de regressão logística multinomial. Quase 10% das mulheres trabalhavam, 42% eram aposentadas e 48% não trabalhavam nem eram aposentadas. As idosas ocupadas eram mais jovens, tinham maior renda, e de 4 a 7 anos de escolaridade. O fato de estar trabalhando esteve associado à melhor percepção da própria saúde, menor relato de doenças crônicas, plano privado de saúde, menor relato de consulta e internação hospitalar, melhores indicadores de autonomia e mobilidade física e maior freqüência de consulta odontológica. A permanência das idosas na vida ativa é inferior à dos homens brasileiros no mesmo período. Os diferenciais de saúde relacionados ao trabalho são mais acentuados entre as mulheres. É fundamental determinar se os diferenciais de saúde observados entre idosas, também são encontrados nas mulheres em idade ativa.

Palavras-chave Envelhecimento, Trabalho feminino, Saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190. 30130-100 Belo Horizonte MG. luana@cpqr.fiocruz.br

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE). Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por intensas transformações econômicas, demográficas e culturais. Um aspecto importante dessas transformações é a crescente participação feminina no mercado de trabalho, especialmente a partir da década de 1970. Naquela época, apenas 18,2% das mulheres faziam parte da população economicamente ativa (Bruschini & Lombardi, 1996); em 30 anos esse percentual passou para 35% (IBGE, 2000). O contínuo crescimento da atividade produtiva feminina deve-se a uma combinação de fatores. Mudanças nos padrões de comportamento, nos arranjos familiares, juntamente com o aumento da escolaridade e queda da taxa de fecundidade são aspectos que têm possibilitado uma redefinição do papel das mulheres em todas as classes sociais (Wajnman *et al.*, 1998). Nos anos 90, a reestruturação econômica com a redução de postos de trabalho em ocupações tipicamente masculinas, o crescimento do desemprego, especialmente entre os jovens, a contínua terceirização da economia e a deterioração da renda familiar favoreceram a participação feminina no trabalho remunerado (Montali, 2000).

Além do crescimento contínuo do trabalho feminino, identifica-se, também, uma tendência de manutenção do nível elevado de atividades produtivas até idades mais avançadas. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que as taxas de atividade das mulheres em idades intermediárias e mais elevadas são crescentes, enquanto as das mais jovens são estáveis, observando-se um progressivo amadurecimento da mão de obra feminina ocupada (Lavinas, 2001).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. Uma das características desse fenômeno é o predomínio da população feminina entre os idosos, que se deve à maior longevidade das mulheres. Dessa forma, as evidências de crescimento e de mudança no padrão etário das mulheres que participam do trabalho, juntamente com o maior número de mulheres entre os idosos, concorrem para o envelhecimento da população economicamente ativa, ou seja, daquelas que estão trabalhando ou estão disponíveis para o trabalho.

A relação saúde-trabalho vem sendo abordada nos estudos sob diferentes aspectos. A relação positiva entre trabalho e saúde indica que

os trabalhadores tendem a apresentar melhores condições de saúde que a população em geral, que inclui os desempregados, aposentados e invalidos (Carpenter, 1990). Os desempregados, por exemplo, apresentam piores condições de saúde, maiores taxas de mortalidade e maiores prevalências de sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial e hábitos nocivos de vida, como consumo de bebida alcoólica e cigarro (Janlert, 1997, Arber, 1987). Diferenciais de saúde também são identificados entre as pessoas ocupadas, de acordo com o nível de inserção no processo produtivo, com os trabalhadores menos qualificados apresentando, geralmente, pior situação de saúde (Arber, 1996). Essas questões têm sido intensamente investigadas entre adultos jovens do sexo masculino. A discussão acerca da relação saúde, trabalho e gênero é escassa. Estudos recentes têm apontado associações positivas entre a pior condição de saúde e a dupla carga de trabalho entre mulheres (Santana *et al.*, 2001, Blane *et al.*, 2001), indicando a necessidade de se considerar as especificidades do trabalho feminino, suas exigências e repercussões na saúde.

Com o envelhecimento da população trabalhadora e a importância da saúde para a população idosa, cresce a necessidade de investigar as desigualdades em saúde entre os idosos e sua relação com fatores socioeconômicos, como a posição no mercado de trabalho durante a vida ativa e com a permanência na atividade produtiva. Arber & Ginn (1993), estudando idosos britânicos, identificaram que a classe social, baseada na ocupação durante a idade ativa, está fortemente associada com uma melhor situação de saúde em idosos de ambos os sexos. Camarano (2001) sugere que a associação do trabalho com a idade e escolaridade, observada entre idosos brasileiros, refletiria, na realidade, diferenciais na condição de saúde. A saúde foi associada de forma independente à permanência no trabalho entre idosos brasileiros do sexo masculino (Giatti & Barreto, submetido). A despeito da maior proporção de mulheres entre os idosos e do incremento da participação dessas no mercado de trabalho, pouco se sabe sobre o papel da saúde para a permanência das idosas na vida ativa.

O objetivo deste estudo é determinar a participação das mulheres idosas no mercado de trabalho, as especificidades do trabalho feminino nessa fase da vida e investigar se a situação no mercado de trabalho está associada às condições de saúde, após considerar diferenças so-

ciodemográficas como idade, região de residência, renda e de escolaridade.

Metodologia

População do estudo

Participaram deste estudo todas as mulheres residentes nas regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Distrito Federal, com idade igual ou superior a 65 anos, participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998.

Fonte de dados

A PNAD foi conduzida no período de 20 a 26 de setembro do ano de 1998, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É um inquérito populacional de âmbito nacional, representativo da população. A PNAD é realizada anualmente com o objetivo de obter informações sobre características sociodemográficas, de habitação, educação, trabalho e rendimento. Em 1998, também, foram investigados aspectos referentes à morbidade, cobertura por planos de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde de toda a população, além de características de mobilidade física dos moradores de 14 anos ou mais. Na PNAD, as informações são obtidas através de entrevista com informantes nos domicílios selecionados.

A amostragem

A amostra utilizada na PNAD é obtida em três estágios de seleção. O primeiro estágio consiste na seleção dos municípios. Os municípios foram classificados em auto-representativos, com probabilidade um de pertencer à amostra, e não auto-representativos, os quais foram separados em estratos e selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente em cada município, obtida no censo de 1991. Nesses dois estratos de municípios, foi selecionada uma amostra com reposição de setores censitários com probabilidade proporcional ao número de domicílios existentes no censo de 1991 em cada setor, o que vem a corresponder ao segundo estágio de seleção. No último estágio da amostra, os domicílios foram selecionados em cada setor censi-

tário, sendo investigadas as informações sobre todos os residentes no domicílio (IBGE, 1998).

No presente estudo, foram utilizados apenas os municípios das regiões metropolitanas, todos eles com probabilidade um de pertencer à amostra.

Variáveis do estudo

A variável dependente deste estudo foi a situação no mercado de trabalho, composta por três categorias independentes: aposentada, trabalha e outra condição. As idosas ocupadas foram classificadas como trabalhando, independentemente de serem aposentadas; as que eram aposentadas e não trabalhavam foram classificadas como aposentadas, e as que não estavam ocupadas e não recebiam aposentadoria, foram classificadas como outra condição. Para tal foram utilizadas as variáveis relativas à condição de atividade (economicamente ativa ou não) e de ocupação (ocupada ou não) e a pergunta sobre a condição de ser aposentada por instituto de previdência (sim ou não). As desempregadas, ou seja, aquelas que procuravam por trabalho e não eram aposentadas, não foram consideradas neste estudo pelo reduzido número de observações identificadas (n=4).

As características sociodemográficas estudadas foram idade em anos (65-69, 70-74, 75+ anos), escolaridade em anos de estudo (0-3, 4-7, 8-10, 11+ anos), renda domiciliar *per capita* obtida através da renda domiciliar dividida pelo número de moradores e agrupada em quintis, condição no domicílio (pessoa de referência, sim ou não) e região metropolitana (RM) de residência. Essas regiões foram agregadas segundo as macrorregiões de residência: Sudeste (RM de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) Sul (RM de Curitiba e Porto Alegre), Nordeste (RM de Fortaleza, Recife e Salvador) Norte (RM de Belém) e a RM do Distrito Federal.

Os indicadores de saúde utilizados neste estudo foram percepção da própria saúde, afastamento de quaisquer das atividades habituais nas últimas duas semanas, ter estado acamado nas últimas duas semanas e relato de doença crônica. A percepção da própria saúde foi obtida através da pergunta “de um modo geral considera seu próprio estado de saúde como”, com as opções “muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim” para resposta, que foram agrupadas em três estratos: muito bom/bom, regular e ruim/muito ruim. Foi considerado, também,

um último estrato (outra pessoa) na construção da variável, quando essa informação não foi obtida do próprio indivíduo. Isso foi feito devido aos aspectos subjetivos envolvidos na percepção da própria saúde, que só podem ser apreendidos nos casos em que o próprio indivíduo responde a entrevista. Afastamento de quaisquer das atividades habituais nas últimas duas semanas (sim ou não) foi obtida através da pergunta “nas duas últimas semanas deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?”, e ter estado acamado nas últimas duas semanas (sim ou não) através da questão “nas duas últimas semanas esteve acamado?” A variável “relato de doença crônica” foi constituída a partir do relato de uma ou mais das seguintes condições: artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica e cirrose, transformadas em uma única variável dicotômica, presença ou ausência de doença crônica. A utilização dos serviços de saúde foi estudada através das seguintes variáveis: consulta médica e consulta odontológica nas duas últimas semanas, ambas obtidas através da pergunta “qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?”; última visita ao dentista medida em anos (< 1, 1-2, 3+ e nunca consultou) e internação hospitalar no último ano (sim ou não). A cobertura por plano privado de saúde (sim ou não) também foi contemplada neste trabalho.

No presente trabalho, os indicadores de autonomia e mobilidade física foram estudados através do grau de dificuldade relatado para realizar as seguintes tarefas: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar consertos domésticos, subir ladeira ou escada; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; andar mais de um quilômetro; andar cerca de 100 metros. Todos esses indicadores foram obtidos através da pergunta “normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para...”, com as opções “não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade, não tem dificuldade” para resposta. Para análise, as respostas foram estratificadas em: sem dificuldade, com dificuldade e com grande dificuldade ou não consegue.

Análise dos dados

A associação entre a situação no mercado de trabalho e as características sociodemográficas, os indicadores de saúde, de utilização dos serviços de saúde e de autonomia e mobilidade física foi medida através do teste do qui-quadrado de Pearson (Armitage & Berry, 1987), do *odds ratio* bruto e seu intervalo de confiança (Schlessman, 1982).

Como variável dependente tem três níveis, a regressão logística multinomial (Hosmer & Lemeshow, 1989) foi utilizada para investigar a associação independente entre a situação no mercado de trabalho e cada um dos indicadores de saúde, de utilização dos serviços de saúde e de autonomia e mobilidade física incluídos no estudo. A categoria de referência na análise foi a idosa aposentada. Na análise multivariada cada variável de interesse foi ajustada pela idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência no domicílio e macroregião de residência.

O programa Stata (Stata, 1997) foi usado para a análise dos dados, uma vez que dispõe de procedimentos para análise de inquéritos amostrais complexos. Esses procedimentos permitem incorporar os pesos distintos das observações que influenciam as estimativas pontuais de parâmetros da população total. Na presente análise foi incluído o peso amostral através da variável “peso da pessoa” (v4729), que equivale ao inverso da fração amostral. A partir das variáveis UF (unidade da federação), UPA (delimitação do município) e v4602 (estrato), foi criada uma nova variável, seguindo algoritmo fornecido pelo IBGE para corrigir o efeito do desenho amostral (Viacava, comunicação pessoal). A incorporação dessa nova variável na análise permite obter estimativas aproximadas mais corretas do erro padrão, uma vez que este é influenciado também pela conglomeração das unidades e estratificação derivadas do desenho amostral de múltiplos estágios da PNAD (Pessoa *et al.*, 1997).

Resultados

Das 4,607 idosas selecionadas, 4.603 participaram deste estudo. Quatro mulheres foram excluídas porque não se enquadram nas categorias da variável dependente considerada no estudo. Entre as participantes, a mediana das idades foi 73,18 anos.

A distribuição proporcional da população estudada de acordo com a situação no mercado de trabalho aponta que entre as mulheres 48,2% não se encontravam trabalhando e nem eram aposentadas, 42,9% eram aposentadas e 8,9% trabalhavam. Entre as que trabalhavam, 46,9% eram aposentadas e 55% das que não trabalhavam e nem eram aposentadas recebiam rendimentos de pensão.

A maioria (81,2%) das idosas ocupadas estava inserida no trabalho informal, que neste estudo corresponde àquele sem carteira assinada ou sem contribuição previdenciária; 32,4% tinham uma jornada inferior a 20 horas por semana; 32,2% tinham uma jornada de 20 a 39 horas e 35,3% de 40 horas ou mais; 40% trabalhavam por conta própria; 20,8% realizavam trabalho não-remunerado; 20,5% eram domésticas; 12,2% eram empregadas; 4,6%, funcionárias públicas; e 1,7%, empregadoras. Os ramos de atividade econômica com maior proporção de idosas trabalhando foram: prestação de serviços (45,5%), social (serviços de saúde, sociais e comunitários) com 15,1%, comércio de mercadoria (14%), agricultura (12,8%), indústria de transformação (5,5%). A renda pessoal mensal das ocupadas apresentou uma mediana de R\$330,00, enquanto das aposentadas foi de R\$160,00 e das que não trabalhavam e nem eram aposentadas foi de R\$130,00.

Entre as mulheres que trabalhavam, 54,9% tinham entre 65 e 69 anos, 15,5% tinham 11 anos ou mais de estudo, 51,7% eram pessoas de referência no domicílio e 23,7% tinham renda domiciliar *per capita* maior ou igual a R\$680,00. Entre as idosas que não trabalhavam e nem eram aposentadas, 36,3% tinham entre 65 e 69 anos, apenas 7,9% apresentavam 11 anos ou mais de estudo, 43,1% eram pessoas de referência no domicílio e 19,3% tinham renda domiciliar *per capita* maior do que R\$680,00 (Tabela 1).

Com relação à percepção da própria saúde, 35,3% das que trabalhavam, 24,8% das aposentadas e 22% das que não trabalhavam e nem eram aposentadas relataram a percepção da própria saúde como boa/muito boa. Menor proporção de idosas que trabalhavam relatou afastamento das atividades habituais e ter estado acamadas nas duas últimas semanas, assim como menor proporção de doenças crônicas, de consulta médica nas duas últimas semanas e de internação hospitalar no último ano. Maior percentual de idosas que trabalhavam relatou consulta odontológica nas duas últimas sema-

nas e visita ao dentista há menos de um ano. A cobertura por plano de saúde foi menor entre elas. As idosas que não trabalhavam e nem eram aposentadas apresentaram percentuais semelhantes às aposentadas, com exceção da cobertura por plano de saúde e consulta odontológica (Tabela 2). As doenças crônicas mais prevalentes entre as idosas foram hipertensão arterial, artrite/reumatismo e doença do coração, havendo menor prevalência das doenças crônicas investigadas entre as mulheres que trabalhavam.

Entre as idosas ocupadas houve menor proporção de mulheres que não informaram dificuldades para realização de todas as atividades indicadoras de autonomia e mobilidade física estudados (Tabela 3).

A análise univariada das características sociodemográficas aponta que a probabilidade de estar trabalhando, comparada com a de ser aposentada, reduziu-se com a idade e com o fato de morar na região Nordeste e no Distrito Federal e aumentou com renda domiciliar *per capita* e escolaridade entre 4 e 7 anos de estudo. A probabilidade de não estar trabalhando e de não ser aposentada, em relação à de ser aposentada, diminuiu para as mulheres que tinham 75 anos ou mais, com escolaridade acima de 11 anos de estudo, residiam na região Sudeste e não eram a pessoa de referência no domicílio (Tabela 4).

Na tabela 5 são apresentados os resultados das análises univariada e multivariada da associação entre situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços. Os seguintes indicadores estiveram associados com a permanência no trabalho: percepção da própria saúde, afastamento das atividades habituais e ter estado acamada nas duas últimas semanas, relato de doença crônica, consulta médica nas duas últimas semanas, consulta odontológica nas duas últimas semanas, tempo desde a última visita ao dentista e internação hospitalar no último ano. Após o ajustamento pelas características sociodemográficas, percepção da própria saúde como regular ou ruim/muito ruim, relato de doença crônica, consulta médica e internação hospitalar permaneceram menos freqüentes entre as mulheres que trabalhavam, as quais, também, tiveram maior probabilidade de ter tido consulta odontológica e menor tempo desde a última vista ao dentista. Plano de saúde tornou-se negativamente associado à condição de estar trabalhando. Os indicadores associados com a condição

Tabela 1

Distribuição proporcional da população idosa feminina residente em regiões metropolitanas de acordo com a situação no mercado de trabalho e características sociodemográficas, Brasil-1998.

	Situação no mercado de trabalho		
	Aposentada (n=1975)	Trabalha (n=411)	Outra condição (n=2217)
Idade em anos			
65-69	33,59	54,89	36,29
70-74	28,27	26,87	27,79
> 74	38,14	16,58	35,76
	p<0,0001		
Escolaridade em anos			
0-3	48,35	41,58	51,29
4-7	26,74	35,32	32,83
8-10	8,22	7,47	7,93
>11	16,60	15,53	7,93
	p<0,0001		
Pessoa de referência da família			
Sim	47,91	51,73	43,05
Não	52,09	48,27	56,95
	p=0,0102		
Renda domiciliar <i>per capita</i> (em R\$)			
≤ 130,00	26,39	19,10	26,61
130,00 → 201,43	15,42	9,93	14,39
201,43 → 341,00	16,82	23,04	20,20
341,00 → 680,00	19,39	24,24	19,52
≥ 680,00	21,98	23,68	19,28
	p=0,0166		
Região de residência			
Sudeste	63,93	68,46	74,46
Sul	13,27	14,66	9,74
Nordeste	18,19	13,26	12,65
Norte	2,14	2,10	1,46
Distrito Federal	2,47	1,52	1,68
	p<0,0001		

Fonte: PNAD/98

Valor p: teste qui-quadrado de Pearson, corrigido pela estatística F.

As proporções levam em consideração o peso amostral dos indivíduos.

de não trabalhar e nem ser aposentada na análise univariada foram: consulta odontológica nas duas últimas semanas e de ter ido ao dentista há mais de um ano. Esses indicadores permaneceram positivamente associados a essa condição após ajustamento pelas características sociodemográficas. Já a cobertura por plano de saúde tornou-se positivamente associada a essa condição após o ajustamento.

A análise univariada demonstrou que as idosas que trabalhavam tiveram menor dificuldade para realizar todas as atividades indicadoras de autonomia e mobilidade física estudadas do que as aposentadas, havendo um gradiente

negativo na associação com todas essas variáveis. Essas associações permaneceram significantes mesmo após o ajustamento pelas características sociodemográficas. As idosas que não trabalhavam e nem eram aposentadas não apresentaram diferenças estatísticas em relação às aposentadas (Tabela 6).

Discussão

O presente trabalho mostra que quase 10% das idosas brasileiras que residiam em regiões metropolitanas trabalhavam, e que as condições

Tabela 2

Distribuição proporcional da população idosa feminina residente em regiões metropolitanas de acordo com a situação no mercado de trabalho e indicadores de saúde e de utilização de serviços de saúde, Brasil-1998.

	Situação no mercado de trabalho		
	Aposentada (n=1975)	Trabalha (n=411)	Outra condição (n=2217)
Percepção da própria saúde			
Muito boa/boa	24,75	35,33	22,02
Regular	26,61	23,02	25,79
Muito ruim/ruim	9,96	6,16	8,22
Outra pessoa	38,94	35,48	43,98
	p=0,0001		
Afastamento das atividades habituais nas últimas 2 semanas			
Sim	15,57	10,95	16,64
Não	84,43	89,05	83,36
	p=0,0281		
Acamado nas últimas 2 semanas			
Sim	10,55	4,59	11,29
Não	89,45	95,41	88,71
	p=0,0119		
Relato de doença crônica ¹			
Sim	74,84	64,49	75,04
Não	24,74	35,51	24,78
	p=0,0010		
Plano de saúde privado			
Sim	43,05	40,11	47,13
Não	56,95	59,89	52,87
	p=0,0838		
Consulta médica nas últimas 2 semanas			
Sim	23,03	15,90	20,47
Não	76,97	84,10	79,53
	p=0,0309		
Consulta odontológica nas últimas 2 semanas			
Sim	0,59	2,25	1,21
Não	99,33	97,75	98,79
	p=0,0001		
Última consulta odontológica (anos)			
< 1	17,37	22,87	14,70
1 - 2	11,09	10,22	10,96
3 +	68,91	65,69	70,86
Nunca	2,58	1,22	3,47
	p<0,0001		
Internação hospitalar no último ano			
Sim	12,32	7,29	12,15
Não	87,68	92,71	87,85
	p=0,0025		

Fonte: PNAD/98

Valor p: teste qui-quadrado de Pearson, corrigido pela estatística F.

As proporções levam em consideração o peso amostral dos indivíduos.

¹ Doenças crônicas consideradas: artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração e cirrose.

Tabela 3

Distribuição proporcional da população idosa feminina residente em regiões metropolitanas de acordo com a situação no mercado de trabalho e indicadores de autonomia e mobilidade física, Brasil-1998.

	Situação no mercado de trabalho		
	Aposentada (n=1975)	Trabalha (n=411)	Outra condição (n=2217)
Dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro			
Sem dificuldade	82,02	93,56	81,37
Dificuldade	9,17	4,24	10,19
Grande dificuldade	8,81	1,82	8,35
S.I.	0,0	0,38	0,0
	p=0,0002		
Dificuldade para correr, levantar objeto pesado, praticar esporte ou realizar trabalho pesado			
Sem dificuldade	23,68	45,04	25,00
Dificuldade	24,06	20,42	22,99
Grande dificuldade	43,44	32,72	43,64
S.I.	8,81	1,82	8,38
	p<0,0001		
Dificuldade para empurrar mesa ou realizar conserto doméstico			
Sem dificuldade	45,13	74,06	44,60
Dificuldade	23,66	14,72	24,82
Grande dificuldade	22,40	9,40	22,17
S.I.	8,82	1,82	8,41
	p<0,0001		
Dificuldade para subir ladeira ou escada			
Sem dificuldade	32,14	55,26	31,28
Dificuldade	27,62	27,25	27,16
Grande dificuldade	31,43	15,68	33,09
S.I.	8,81	1,82	8,47
	p<0,0001		
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se			
Sem dificuldade	35,54	58,48	35,05
Dificuldade	25,66	22,38	27,64
Grande dificuldade	29,91	17,32	28,90
S.I.	8,89	1,82	8,41
	p<0,0001		
Dificuldade para andar mais de 1quilômetro			
Sem dificuldade	40,63	68,48	40,53
Dificuldade	22,45	17,40	21,09
Grande dificuldade	28,11	11,73	29,97
S.I.	8,81	2,39	8,41
	p<0,0001		
Dificuldade para andar cerca de 100 metros			
Sem dificuldade	65,01	88,61	64,30
Dificuldade	17,06	7,72	16,50
Grande dificuldade	9,12	1,85	10,79
S.I.	1,82	1,82	8,41
	p<0,0001		

Fonte: PNAD/98

Valor p: teste qui-quadrado de Pearson, corrigido pela estatística F (correção de segunda ordem de Rao e Scott). As proporções levam em consideração o peso amostral dos indivíduos.

Tabela 4

Características sociodemográficas associadas com a situação no mercado de trabalho na população idosa feminina residente em regiões metropolitanas, Brasil-1998 (categoria de referência = aposentada).

	Situação no mercado de trabalho	
	Trabalha OR (IC 95%)	Outra condição OR (IC 95%)
Idade em anos		
65-69	1,00	1,00
70-74	0,58 (0,45-0,75)	0,91 (0,77-1,08)
> 74	0,27 (0,19-0,38)	0,87 (0,77-0,98)
Escolaridade em anos		
0-3	1,00	1,00
4-7	1,54 (1,14-2,07)	1,16 (0,93-1,44)
8-10	1,06 (0,56-2,01)	0,91 (0,66-1,26)
>11	1,09 (0,82-1,44)	0,45 (0,33-0,61)
Pessoa de referência da família		
Sim	1,00	1,00
Não	0,86 (0,71-1,03)	1,22 (1,01-1,46)
Renda domiciliar <i>per capita</i> (em R\$)		
≤ 130,00	1,00	1,00
130,00 - 201,43	0,89 (0,62-1,27)	0,93 (0,79-1,09)
201,43 - 341,00	1,89 (1,44-2,49)	1,19 (0,94-1,50)
341,00 - 680,00	1,73 (1,11-2,69)	1,00 (0,79-1,26)
≥ 680,00	1,49 (1,10-2,02)	0,87 (0,64-1,18)
Região de residência		
Sudeste	1,00	1,00
Sul	1,03 (0,78-1,36)	0,63 (0,52-0,77)
Nordeste	0,68 (0,53-0,87)	0,60 (0,46-0,77)
Norte	0,92 (0,73-1,15)	0,59 (0,53-0,66)
Distrito Federal	0,57 (0,47-0,70)	0,58 (0,53-0,65)

Fonte: PNAD/98

OR (95%): *odds ratio* (intervalo de confiança de 95%).

de saúde estão associadas de forma independente à permanência das mulheres na vida ativa em idades mais avançadas.

O trabalho entre mulheres idosas tem sido pouco estudado. Pequena participação no mercado de trabalho entre as mulheres idosas foi identificada em outros estudos, 6,3% entre idosas americanas no ano de 1968 (Jaslow, 1976) e 3% entre britânicas, em amostra referente ao período de 1985 a 1987 (Arber & Ginn, 1993). Em nosso estudo, esse percentual correspondeu a 8,9%, nível semelhante ao de países latino-americanos, como Argentina e Chile, no ano de 1996 (Camarano *et al.*, 1999). Identificamos um grande percentual de mulheres que não trabalhava e nem era aposentada, refletindo a dedicação feminina às atividades de cuidado com a casa e a família, que era o papel predo-

minante da geração das mulheres nascidas até 1933. Espera-se um aumento da participação das idosas no mercado de trabalho, devido ao efeito de coorte que refletiria a feminização do trabalho iniciada nos anos 70 (Camarano, 2001).

A participação das mulheres idosas no trabalho foi quase três vezes menor que a dos homens idosos residentes em regiões metropolitanas brasileiras no mesmo período (Giatti & Barreto, submetido). É importante ressaltar que, durante toda a vida, a participação das mulheres no mercado de trabalho é inferior à dos homens (Camarano, 2001). Assim, o grande percentual de idosas que não trabalhavam e nem eram aposentadas não representa uma característica dessa faixa etária, mas reflete e acentua uma contingência de gênero. Por outro lado, o trabalho das idosas cuidando dos netos e da ca-

Tabela 5

Indicadores de saúde e utilização de serviços de saúde associados com a situação no mercado de trabalho na população idosa feminina residente em regiões metropolitanas, Brasil-1998 (categoria de referência = aposentada).

	Situação no mercado de trabalho			
	Trabalha	Outro	OR (IC 95%)	OR (IC 95%) ajust
Percepção da própria saúde				
Muito boa/boa	1,00	1,00	1,00	1,00
Regular	0,61 (0,44-0,83)	0,60 (0,43-0,84)	1,09 (0,89-1,33)	1,01 (0,87-1,18)
Muito ruim/ruim	0,45 (0,32-0,61)	0,58 (0,41-0,85)	0,95 (0,75-1,22)	1,05 (0,77-1,42)
Outra pessoa	0,64 (0,50-0,82)	0,70 (0,52-0,94)	1,27 (1,04-1,56)	0,82 (0,68-1,02)
Afastamento das atividades habituais nas últimas 2 semanas				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,67 (0,48-0,92)	0,76 (0,54-1,07)	1,08 (0,88-1,33)	1,13 (0,95-1,33)
Acamado nas últimas 2 semanas				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,41 (0,19-0,89)	0,48 (0,23-1,01)	1,08 (0,91-1,29)	1,10 (0,92-1,31)
Relato de doença crônica ¹				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,60 (0,46-0,78)	0,59 (0,45-0,77)	1,00 (0,82-1,21)	0,94 (0,80-1,11)
Plano de saúde privado				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,89 (0,66-1,19)	0,72 (0,54-0,96)	1,18 (0,95-1,46)	1,42 (1,24-1,63)
Consulta médica nas últimas 2 semanas				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,63 (0,49-0,81)	0,60 (0,45-0,80)	0,86 (0,69-1,07)	0,84 (0,67-1,05)
Consulta odontológica nas últimas 2 semanas				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	3,91 (2,90-5,28)	4,04 (2,57-6,34)	2,09 (1,49-2,92)	2,20 (1,49-3,23)
Última consulta odontológica (anos)				
< 1	1,00	1,00	1,00	1,00
1 - 2	0,67 (0,46-0,95)	0,64 (0,42-0,98)	1,31 (1,02-1,69)	1,31 (1,02-1,66)
3 +	0,70 (0,55-0,88)	0,88 (0,65-1,19)	1,38 (1,00-1,91)	1,28 (1,00-1,63)
Nunca	0,27 (0,11-0,67)	0,45 (0,17-1,20)	2,35 (1,47-3,74)	2,05 (1,28-3,26)
Internação hospitalar no último ano				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,56 (0,41-0,77)	0,65 (0,47-0,90)	0,98 (0,83-1,16)	1,04 (0,85-1,28)

Fonte: PNAD/98

OR (95%): *odds ratio* (intervalo de confiança de 95%).

OR (95%) ajust: *odds ratio* (intervalo de confiança de 95%) ajustado por idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência na família e região de residência, usando regressão logística múltipla.

¹ Doenças crônicas consideradas: artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração e cirrose.

Tabela 6

Indicadores de autonomia e mobilidade física associados com a situação no mercado de trabalho na população idosa feminina residente em regiões metropolitanas, Brasil-1998 (categoria de referência = aposentada).

	Situação no mercado de trabalho			
	Trabalha OR (IC 95%)	Outra condição OR (IC 95%) ajust	Trabalha OR (IC 95%)	Outra condição OR (IC 95%) ajust
Dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,41 (0,20-0,82)	0,52 (0,24-1,17)	1,12 (0,93-1,34)	1,09 (0,90-1,32)
Grande dificuldade	0,18 (0,08-0,41)	0,28 (0,11-0,73)	0,96 (0,74-1,23)	0,98 (0,74-1,30)
Dificuldade para correr, levantar objeto pesado, praticar esporte ou realizar trabalho pesado				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,45 (0,34-0,58)	0,45 (0,35-0,57)	0,91 (0,75-1,09)	0,85 (0,69-1,04)
Grande dificuldade	0,40 (0,34-0,46)	0,47 (0,40-0,56)	0,95 (0,80-1,14)	0,91 (0,77-1,07)
Dificuldade para empurrar mesa ou realizar conserto doméstico				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,38 (0,27-0,53)	0,41 (0,27-0,61)	1,06 (0,87-1,29)	0,99 (0,82-1,19)
Grande dificuldade	0,26 (0,17-0,38)	0,33 (0,21-0,50)	1,00 (0,85-1,18)	0,94 (0,83-1,07)
Dificuldade para subir ladeira ou escada				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,57 (0,47-0,70)	0,59 (0,49-0,73)	1,01 (0,86-1,19)	0,94 (0,84-1,06)
Grande dificuldade	0,29 (0,22-0,39)	0,34 (0,25-0,46)	1,08 (0,91-1,28)	0,99 (0,86-1,15)
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,53 (0,43-0,65)	0,53 (0,43-0,65)	1,09 (0,88-1,36)	1,00 (0,86-1,18)
Grande dificuldade	0,35 (0,27-0,46)	0,43 (0,32-0,57)	0,98 (0,85-1,13)	0,94 (0,81-1,10)
Dificuldade para andar mais de 1 quilômetro				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,46 (0,33-0,63)	0,48 (0,35-0,66)	0,94 (0,70-1,26)	0,87 (0,68-1,11)
Grande dificuldade	0,25 (0,17-0,36)	0,30 (0,20-0,47)	1,07 (0,86-1,33)	0,97 (0,81-1,16)
Dificuldade para andar cerca de 100 metros				
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	1,00
Dificuldade	0,33 (0,22-0,51)	0,39 (0,25-0,61)	0,98 (0,77-1,24)	0,87 (0,69-1,10)
Grande dificuldade	0,15 (0,08-0,28)	0,20 (0,11-0,36)	1,20 (0,99-1,45)	1,13 (0,93-1,36)

Fonte: PNAD/98

OR (95%): *odds ratio* (intervalo de confiança de 95%).

OR (95%) ajust: *odds ratio* (intervalo de confiança de 95%) ajustado por idade, escolaridade, renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência na família e região de residência, usando regressão logística multinomial.

sa viabiliza a participação das mais jovens em atividades remuneradas (OPAS, 2000).

Entre as idosas, verificamos o predomínio do trabalho informal, que corresponde principalmente ao trabalho com vínculos precários e de baixa remuneração. Segundo a OPAS (2000), esse tipo de vínculo tem grande importância entre idosos, especialmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a relação entre o trabalho feminino e informalidade é reconhecida e independe da idade (Wajnman *et al.*, 1998). Chama atenção que dois quintos das mulheres que trabalhavam não eram remuneradas ou exerciam trabalho doméstico, quantidade bem inferior aos 4% observados nos homens (Giatti & Barreto, submetido).

Cerca de dois terços das mulheres tinham uma jornada inferior a 40 horas semanais. As mulheres tendem a ter uma jornada de trabalho inferior a dos homens em todas as faixas etárias, mas essa diferença é maior para a população idosa (Camarano *et al.*, 1999). A pequena participação da atividade agrícola e a maior concentração de idosas no setor de serviços podem ser explicadas pela restrição deste estudo às mulheres que residem em regiões metropolitanas. A forte presença da informalidade e a jornada do trabalho feminino menor, tanto da idosa quanto das mais jovens, permite a conciliação entre a atividade remunerada e as tarefas domésticas.

As idosas que permaneceram trabalhando após os 65 anos eram as mais jovens, assim como identificado nos EUA há mais de 20 anos (Jaslow, 1976). Essa tendência também foi observada em idosos do sexo masculino, que teve a taxa de atividade reduzida de 57,4% aos 65 anos para 13,8% aos 75 anos (Giatti & Barreto, submetido). Com relação à influência da escolaridade no trabalho entre idosos, as mulheres parecem diferir dos homens. Flippin & Tienda (2000) identificaram que a escolaridade de nível superior esteve positivamente associada com o trabalho entre homens de 51 a 61 anos, associação não identificada para as mulheres da mesma idade. A associação entre maior escolaridade e permanência no mercado de trabalho em homens mais velhos também foi observada em outros estudos (Parnes e Sommers, 1994; Crystal *et al.*, 1992; Giatti & Barreto, submetido). Neste estudo, entretanto, a maior permanência no trabalho esteve associada aos níveis intermediários de escolaridade, o que, em certa medida, pode ser reflexo do tipo de ocupação predominante entre as idosas (trabalho

informal no setor serviço). A maior renda domiciliar *per capita* e pessoal das idosas ocupadas concorda com dados internacionais (Jaslow, 1976) e também foi observada para homens idosos (Giatti & Barreto, submetido).

As idosas ocupadas avaliaram mais freqüentemente a própria saúde como muito boa/boa e relataram menor freqüência de doenças crônicas. O relato de doença crônica pode ser considerado um indicador objetivo da condição de saúde, enquanto a percepção da saúde é um indicador subjetivo. Pior percepção da saúde esteve consistentemente associada com maior utilização de serviços de saúde (De la Hoz & Leon, 1996; Van der Meer *et al.*, 1996), maior número de internações hospitalares (Guerra *et al.*, 2001) e maior risco de morte (Sundquist, J. & Johansson, S-E, 1997). Relação positiva entre percepção da saúde e permanência no trabalho entre idosas foi identificada, por Jaslow (1976), entre idosas americanas. Nossos resultados apontam que tanto indicadores objetivos quanto subjetivos de saúde estão positiva e independentemente associados com a permanência no trabalho em mulheres idosas.

As idosas ocupadas apresentaram menor número de consultas médicas, menor número de internações hospitalares e maior freqüência de consultas odontológicas do que as aposentadas. A utilização dos serviços de saúde pode ser influenciada pelo estado geral de saúde e pelo acesso, entre outros fatores. Indivíduos em pior situação socioeconómica têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, independentemente da situação de saúde (Van der Meer *et al.*, 1996). Entre idosos, a restrição de acesso aos serviços de saúde relacionada à pior condição econômica foi identificada no Brasil (Pinheiro & Travassos, 1999; Lima-Costa *et al.*, submetido). Nossos resultados sugerem que as idosas que trabalhavam utilizaram menos os serviços de assistência médica, provavelmente, porque apresentavam melhores condições de saúde. Essa hipótese é reforçada pelo fato de ter havido maior utilização dos serviços odontológicos, para os quais existem importantes barreiras para os indivíduos com menor poder aquisitivo (Rodriguez & Lemkov, 1990; Locker & Ford, 1996).

Consulta odontológica e cobertura por plano de saúde foram mais freqüentes na categoria outra condição, independentemente da renda domiciliar e outras características sociodemográficas. É possível que a cobertura pelo plano privado ocorra como dependente de titular

de plano de saúde, já que a maioria tinha rendimentos de pensão. A ausência de informação sobre estado civil na PNAD não permite explorar melhor essa questão.

As atividades físicas, sociais e a participação nas atividades produtivas têm um impacto positivo na sobrevida e na qualidade de vida dos idosos, sobretudo por viabilizar maior suporte e convívio social (Glass *et al.*, 1999). A limitação da capacidade funcional é um fator importante na definição da participação nas atividades produtivas. Em estudo realizado nos Estados Unidos, a limitação na capacidade funcional esteve positivamente associada à aposentadoria, desemprego e exclusão da força de trabalho em mulheres de 51 a 61 anos; aquelas sem limitação da capacidade funcional apresentaram menor risco de aposentar-se e de sair da força de trabalho em dois anos de seguimento (Flippen & Tienda, 2000). Nossos resultados confirmam a condição física como um importante determinante da permanência na atividade produtiva em mulheres acima de 65 anos.

É interessante observar que assim como os homens, as mulheres que trabalhavam apresentavam menos doenças crônicas e melhor condição física. Além disso, e diferentemente dos homens (Giatti & Barreto, submetido), as idosas ocupadas apresentaram diferenças relativas à percepção da própria saúde e a todos os indicadores de utilização de serviços, sugerindo que o trabalho feminino seja ainda mais seletivo do ponto de vista da saúde do que o do masculino.

A associação positiva entre o trabalho e saúde, encontrada neste estudo, pode ser resultado da seleção das idosas mais saudáveis para o trabalho, as quais também têm maior probabilidade de permanecer trabalhando. O efeito do trabalhador sadio (ETS) é um viés a ser considerado nos estudos epidemiológicos que comparam as condições de saúde de trabalhadores com a população geral. Sua magnitude é afetada por diversos fatores, tais como: idade, sexo, raça, classe social, taxa de desemprego e exposição ocupacional (Chen & Seaton, 1996; Meijers *et al.*, 1989). Baillargeon *et al.* (1998), comparando coortes de trabalhadores de ambos os sexos, identificaram que, apesar de ser importante para os dois grupos, o ETS foi levemente mais forte para o sexo feminino. Nossos resultados também indicam que o ETS está presente entre idosas tendendo a ser mais marcado entre mulheres que entre homens idosos, achados que precisam ser mais investigados, inclusive

para saber se as diferenças observadas ocorrem ao longo de toda a vida produtiva.

Algumas considerações de ordem metodológica devem ser feitas na interpretação desses resultados. Este é um estudo transversal, há uma relação temporal entre as condições de saúde, as condições físicas e a situação no mercado de trabalho, que não pode ser captada neste tipo de estudo. Outra limitação relativa ao uso de dados de inquéritos é a mortalidade diferencial, os participantes são os mais saudáveis; aqueles com piores condições de vida e saúde tendem a morrer mais cedo. Entretanto, o viés de sobrevida, sobretudo em idosos, não invalida estudos de desigualdades em saúde, mas indica que os diferenciais encontrados são subestimados (Arber & Ginn, 1993).

Na PNAD, os indivíduos que residem nas instituições são excluídos. Em países como Inglaterra, a institucionalização entre idosos ocorre principalmente entre as mulheres por terem maior expectativa de vida e por ficarem viúvas mais freqüentemente (Arber & Ginn, 1993). No Brasil, o percentual de institucionalização é desconhecido. De qualquer forma, a exclusão dessas pessoas não invalida os resultados observados para a população residente na comunidade.

Neste inquérito, as informações são obtidas por meio de entrevista domiciliar, havendo a possibilidade de uso de informante próximo ou equivalente. Em relação às medidas objetivas de saúde, estudos de confiabilidade têm demonstrado uma boa concordância entre informações prestadas pelo próprio entrevistado ou por respondente próximo (Armstrong *et al.*, 1994). Acreditamos que não haja razão para supor que os erros de classificação relativos ao uso do informante próximo em grandes inquéritos apresentem alguma tendenciosidade. Os erros de classificação existentes são, mais provavelmente, não diferenciais, tendendo a diluir as associações existentes (Rothman & Greenland, 1998).

Os indicadores de saúde e de utilização de serviços estudados restringiram-se ao período de duas semanas anteriores à pesquisa, exceto para as variáveis “última visita ao dentista” e “internação hospitalar”, o que tende a minimizar o viés de memória. Outro aspecto a ser considerado é que na PNAD/98 a pergunta relativa às doenças crônica não especifica se as doenças foram diagnosticadas por um médico. Dessa forma, as respostas podem conter informações de fontes variadas, portanto com níveis de confiabilidade distintos.

Neste estudo, perdas mais importantes de informação (7%) ocorreram para os indicadores de autonomia e mobilidade física, exceto para a pergunta dificuldade de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro. Segundo informação do IBGE, essas perdas correspondem à ausência de coleta da informação para os indivíduos que relataram grande dificuldade para realizar a atividade mencionada acima. As perdas foram mais relevantes para as idosas aposentadas e as que não trabalhavam e nem eram aposentadas, as mais velhas, com menor escolaridade, menor renda domiciliar *per capita* e que se afastaram mais das atividades habituais, ficaram mais acamadas, relataram mais doenças crônicas e se internaram mais no último ano (dados não apresentados). Tais perdas comprometeram a estimativa das prevalências desses indicadores e subestimaram a força das associações entre os mesmos e o trabalho.

Apesar de o crescimento da participação feminina no trabalho remunerado ter ocorrido também em ocupações de nível médio de qualificação (Lavinas, 2001), este ocorreu princi-

palmente no setor de serviços através de vínculos precários de trabalho. Por outro lado, o envelhecimento populacional introduz transformações na sociedade com mudanças na estrutura familiar, no perfil de demandas por políticas públicas. As próximas gerações de idosas serão compostas crescentemente de mulheres inseridas no mercado de trabalho, experiência que pode se refletir na permanência mais prolongada destas na atividade produtiva. Neste estudo, nossos resultados mostraram que a permanência das mulheres na vida ativa em idades avançadas expressa diferenças sociodemográficas, nas condições de saúde, mobilidade e autonomia e no uso de serviços de saúde. O trabalho, assim como a condição de saúde das idosas é consequência de eventos ocorridos ao longo da vida. Portanto, as possibilidades de trabalho das idosas das próximas décadas já estão sendo determinadas hoje, ou seja, as relações entre gênero, trabalho e saúde evidenciadas neste trabalho podem refletir diferenças presentes na idade adulta e necessitam maiores investigações.

Agradecimentos

Agradecemos ao dr. Francisco Viacava por gentilmente ter-nos repassado o algoritmo fornecido pelo IBGE para corrigir o efeito do delineamento de amostragem da PNAD/98, ao dr. Henrique L. Guerra pela valiosa ajuda quando da incorporação desta informação ao banco de dados, à dra Maria Fernanda Lima e Costa pelo apoio e incentivo durante a realização deste trabalho e à dra Mônica Viegas pelas contribuições na discussão inicial.

Referências bibliográficas

- Arber S 1987. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *British Medical Journal* 294:1.069-1.073.
- Arber S & Ginn J 1993. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine* 36:33-46.
- Arber S 1996. Integrating non-employment into research on health inequalities. *International Journal of Health Services* 26:445-481.
- Armitage P & Berry G 1987. *Statistical methods in medical research*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, pp. 125-128.
- Armstrong BK, White E, Saracci R 1994. *Principles of exposure measurement in epidemiology*. pp. 221-222. (Monographs on Epidemiology and Biostatistics, vol. 21). Oxford University Press, Oxford.
- Baillargeon J, Wilkinson G, Rudkin L, Baillargeon G, Ray L 1998. Characteristics of the healthy worker effect: a comparison of male and female occupational cohorts. *Journal of Occupational and Environment Medicine* 40:368-373.

- Barros RP, Mendonça R & Santos D 1999. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. *Texto para Discussão* n. 686. IPEA, Rio de Janeiro.
- Blane D, Berney L & Montgomery SM 2001. Domestic labour, paid employment and women's health: analysis of life course data. *Social Science and Medicine* 52:959-965.
- Bruschini C & Lombardi MR 1996. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa. *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu, ABEP.
- Camarano AA *et al.*, 1999. Como vai o idoso brasileiro? *Texto para Discussão* n. 681. IPEA, Rio de Janeiro.
- Camarano AA 2001. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. *Textos para Discussão* n. 830. IPEA, Rio de Janeiro.
- Carpenter LM 1990. *Health-related selection and mortality in employees of the United Kingdom atomic energy authority, 1946-79 and the atomic weapons establishment, 1951-82*. Dissertação de doutorado. London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, Londres.
- Chen R & Seaton A 1996. The influence of study characteristics on the healthy worker effect: a multiple regression analysis. *Occupational Medicine* 46:345-350.
- Crystal S, Shea D & Krishnaswami S 1992. Educational attainment, occupational history, and stratification: determinants of later-life economic outcomes. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 47:S213-S221.
- De la Hoz KF & Leon D 1996. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *International Journal of Epidemiology* 25:593-603.
- Flippen C & Tienda M 2000. Pathways to retirement: patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, hispanic origin, and sex. *Journal of Gerontology: Social Science* 55B:S14-S27.
- Giatti L & Barreto SM. *Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil* (submetido).
- Glass TA, Leon CM, Marottoli R & Berkman LF 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 319:478-83.
- Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E & Lima-Costa MFF 2001. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. *Cadernos de Saúde Pública* 17:1.345-1.356.
- Hosmer DW & Lemeshow S 1989. *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons, Nova York, pp. 232-238.
- IBGE 1998. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/default.shtm>, 3/7/2001.
- IBGE 2000. *Censos demográficos*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro.
- Janlert U 1997. Unemployment as a disease and disease of the unemployed. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 23:79-83.
- Jaslow P 1976. Employment, retirement and morale among older women. *Journal of Gerontology*, 31:212-218.
- Lavinas L 2001. Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos. *Textos para Discussão* n. 826. IPEA, Rio de Janeiro.
- Lima-Costa MFF, Uchoa E, Giatti L & Barreto SM. *Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo de base populacional utilizando dados da PNAD* 98 (submetido).
- Locker D & Ford J 1996. Using area-based measures of socioeconomic status in dental health service research. *Journal of Public Health Dental* 56:69-75.
- Meijers JMM, Swen GMH, Volovics A, Lucas LJ & Vliet KV 1989. Occupational cohort studies: the influence of design characteristics on the healthy worker effect. *International Journal of Epidemiology* 18:970-975.
- Montali L 2000. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 15:55-71.
- OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) 2000. *Envelhecimento: mitos na berlinda*. Disponível em <http://www.opas.org.br/noticias/publicacoes/Mitos%20na%20Berlinda.htm>, 19/5/2000.
- Parnes HS & Sommers DG 1994. Shunning retirement: work experience of men in their seventies and early eighties. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 49: S117-S124.
- Pessoa DGC, Silva PLN & Duarte RPN 1997. Análise estatística de dados de pesquisas por amostragem: problemas no uso de pacotes-padrão. *Revista Brasileira de Estatística* 58:53-75.
- Pinheiro RS & Travassos C 1999. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 15: 487-496.
- Rodríguez JA & Lemkov L 1990. Health and social inequalities in Spain. *Social Science and Medicine* 31:351-359.
- Rothman KJ & Greenland S 1998. *Modern epidemiology*. Lippincott-Raven Publishers, Filadélfia, pp115-134.
- Santana VS, Loomis DP & Newman B 2001. Housework, paid work and psychiatric symptoms. *Revista Saúde Pública* 35:16-22.
- Stata Statistical Software (computer program), 1997. *Release 7.0 College Stations*. Stata Corporation, Texas
- Schlesselman JJ 1982. *Case-control studies. Design, conduct analysis*. Oxford University Press, Nova York, pp. 176-177.
- Sundquist J & Johansson SE 1997. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39.156 people in Sweden. *Journal of Epidemiology Community Health* 51:35-40.
- Van Der Meer JBW, Van Den Bos J & Mackenbach P 1996. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 37:1-18.
- Wajnman, Queiroz BL, Liberato VC 1998. O crescimento da atividade feminina nos anos noventa no Brasil. *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. ABEP, Caxambu.

Artigo apresentado em 12/9/2002

Aprovado em 19/10/2002

Versão final apresentada em 29/10/2002