

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

Inequalities in health services access and use among formal, informal, and unemployed workers, based on data from the *Brazilian National Household Sample Survey, 2008*

Desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud entre los trabajadores informales y desempleados: análisis de la PNAD 2008, Brasil

Isabella de Oliveira Campos Miquilin ¹
Letícia Marín-León ¹
Maria Inês Monteiro ¹
Heleno Rodrigues Corrêa Filho ¹

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência
I. O. C. Miquilin
Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária, Campinas, SP 13083-887, Brasil.
isabellaoc@gmail.com

Abstract

The aim of this study was to analyze whether job market status is associated with differences in health services access and use. Data from the Brazilian National Household Sample Survey (PNAD/2008) were used to study workers 18 to 64 years of age, both men and women (N = 152,233). Prevalence and crude and adjusted prevalence ratios for the worker's health characteristics were calculated using Poisson regression. When compared to formal workers (n = 76,246), informal workers (n = 62,612) and unemployed (n = 13,375) showed less schooling, lower monthly income, worse self-reported health status, more frequent reporting of have been "bedridden in the previous two weeks", greater difficulty in accessing health services, and lower health services seeking, even after controlling for sex, age bracket, region, schooling, and respondent. Health policies are needed to reduce inequalities in access to health services by informal workers and the unemployed.

Health Inequalities; Health Services Accessibility; Workers

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar se o tipo de vínculo de trabalho está associado a diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde. Utilizando os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008) foram estudados trabalhadores de 18 a 64 anos (N = 152.233), de ambos os sexos. Foram calculadas prevalências e razões de prevalência brutas e ajustadas das características de saúde dos trabalhadores por meio de regressão de Poisson. Em relação aos formais (n = 76.246), os informais (n = 62.612) e desempregados (n = 13.375) apresentaram menor escolaridade, menor renda mensal, pior estado de saúde autorreferido, maior frequência de "acamado nas duas últimas semanas", maior dificuldade de acesso e menor procura e uso dos serviços de saúde, mesmo após ajuste para sexo, faixa etária, região, escolaridade e informante. Há necessidade de políticas de saúde que diminuam a desigualdade no acesso aos serviços de saúde pelos trabalhadores informais e desempregados.

Desigualdades em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Trabalhadores

Introdução

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um direito social garantido pela *Constituição Federal* de 1988¹. Apesar dos avanços significativos obtidos no campo da equidade, ainda persistem desigualdades geográficas e sociais no acesso e no uso dos serviços de saúde após duas décadas da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS)².

Os serviços de saúde visam produzir impacto positivo na condição de saúde da população e, mesmo não sendo o fator determinante do estado de saúde, possuem papel importante na redução de complicações e mortalidade³.

Entende-se como uso dos serviços de saúde todo contato realizado pelos usuários de forma direta (consultas e internações) ou indireta (realização de exames preventivos e diagnósticos)⁴, e esse uso representa o núcleo de todo o funcionamento dos sistemas de saúde. Entretanto, para que uma pessoa utilize o serviço, não basta existir oferta em quantidade suficiente; é necessário que ela perceba a necessidade, busque o serviço e seja atendida, transformando sua necessidade em demanda³.

Aspectos como localização geográfica, recursos disponíveis, escolhas individuais e, também, disponibilidade e tipos de serviços oferecidos influenciam tanto no acesso quanto na utilização dos serviços de saúde⁵. Assim, as desigualdades no uso podem refletir “...desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer”⁵ (p. 134). Há um consenso de que desigualdades no acesso aos serviços de saúde são iniquidades¹, e o conhecimento a respeito do uso permite avaliar e identificar grupos mais vulneráveis quanto ao seu estado de saúde, seja por indisponibilidade de serviços, seja por tipos de comportamento que conduzam à não utilização dos serviços disponíveis⁶.

A categoria “trabalho” expressa a forma de organização política e econômica da sociedade e representa variável relevante para estudos sobre padrões de vida, comportamento e saúde das populações. A forma de inserção do trabalhador no mercado de trabalho como trabalhador formal, informal ou desempregado é aplicada para avaliar desigualdades socioeconômicas em saúde entre trabalhadores. Como exemplo, estudos têm evidenciado acesso e uso de serviços de saúde reduzidos entre informais⁷ e desempregados⁸.

Na década de 1990 e início de 2000, o aumento da informalidade e do desemprego foi resultante da adoção de políticas econômicas neoliberais que proporcionaram crescentes desigualdades sociais e entraves para o avanço da cidadania⁹. Pesquisas demonstram que trabalhadores infor-

mais possuem escolaridade mais baixa e indicadores de saúde menos favoráveis do que os trabalhadores formais¹⁰, além de reduzido acesso aos bens e serviços¹¹. Quanto aos desempregados, Sem¹² afirma que estão expostos a circunstâncias que podem levá-los à exclusão social.

Para Viacava¹³, alguns dados sobre saúde e uso de serviços de saúde só podem ser gerados por inquéritos populacionais periódicos. Desse modo, a pesquisa básica e o suplemento de saúde da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) têm sido utilizados para estudos sobre acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores, constituindo “importante fonte de informação para o monitoramento do desempenho das políticas de saúde que permitem obter um panorama do acesso e do uso de serviços de saúde pela população”² (p. 2210).

O objetivo deste 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.

Métodos

Foi realizado estudo transversal com dados secundários da pesquisa básica e do suplemento de saúde da PNAD/2008. A PNAD é conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo representativa da população residente nas unidades domiciliares urbanas e rurais das capitais, regiões metropolitanas e Distrito Federal (n = 391.868 pessoas e 150.591 unidades domiciliares).

Trata-se de 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 moradores de rua, pessoas residentes em embaixadas, consulados, legações e pessoas residentes em estabelecimentos institucionais¹⁴.

O questionário básico coleta anualmente informações sobre educação, trabalho, rendimento e habitação¹⁴. O suplemento de saúde pesquisa condições de saúde, tabagismo, acesso aos serviços de saúde e utilização desses serviços.

Sujeitos

Entre as pessoas economicamente ativas, foram selecionados homens e mulheres entre 18 e 64 anos, ocupados em atividades remuneradas não agrícolas ou desocupados na semana de referência da pesquisa (n = 152.322). Segundo o IBGE, pessoas economicamente ativas são aquelas

consideradas ocupadas ou desocupadas no período de referência da pesquisa (21 a 27 de setembro de 2008) ¹⁴.

Como o trabalho infantil merece abordagens teóricas diferenciadas, optamos por excluir menores de 18 anos e, dado que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosas as pessoas acima de 65 anos em países desenvolvidos, utilizamos o limite de 64 anos para comparação com estudos internacionais.

São entendidas como ocupadas as pessoas que trabalhavam no período de referência da pesquisa, e desocupadas as sem trabalho, mas que tomaram providência efetiva de procurar emprego. Define-se trabalho como qualquer ocupação remunerada em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios na produção de bens e serviços, bem como as ocupações remuneradas em dinheiro ou benefícios (moradia, alimentação etc.) nos serviços domésticos ¹⁴.

Conforme as informações disponíveis na PNAD, o trabalho formal é aquele exercido mediante contrato celetista (regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas) ou estatutário; já os trabalhadores informais são aqueles sem vínculos empregatícios, independentemente da contribuição previdenciária paga pelo trabalhador. Os desempregados são os que não exerciam qualquer atividade, mas buscaram ocupação no período de referência.

Foram excluídos os empregadores, pois não era possível conhecer as características de seus estabelecimentos, que os definiriam como informais ou formais, além de serem gestores do capital e não estarem inclusos na classificação de classe trabalhadora ¹⁵. Também foram excluídos os trabalhadores não remunerados pela ausência de informação sobre o motivo que os impede de ter trabalho remunerado.

Variáveis

As características de saúde, acesso e uso dos serviços de saúde foram consideradas variáveis desfecho, e podem ser modificadas em virtude da situação do trabalhador no mercado de trabalho e de suas características sociodemográficas e econômicas. A principal variável determinante da utilização dos serviços de saúde é a procura por atendimento, sendo as condições de saúde (saúde referida, afastamento e ter estado acamado) determinantes da necessidade de procura ⁴. As características demográficas, as socioeconômicas e a categoria de trabalho modulariam tanto a expressão da doença quanto a decisão de procurar ou não atendimento. A cobertura por plano de saúde seria uma condição facilitadora de atendimento ⁴. As demais variáveis são caracte-

rísticas de acesso e atendimento, e podem evidenciar desigualdades em saúde.

Variáveis dependentes

• 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/não); ter estado acamado nas duas últimas semanas (sim/não).

• Características de acesso aos serviços de saúde e de sua utilização

a) Cobertura por plano de saúde: “*Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?*” (sim/não). Foram inclusas na opção “sim” pessoas que possuíam um ou mais planos de saúde.

b) Procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas: “*Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?*” (sim/não).

c) Conseguir atendimento de saúde após procura: “*Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido?*” (sim/não).

d) Tipo de serviço em que foi atendido: “*Este serviço de saúde onde foi atendido era...*” (particular, público/não sabe informar). A PNAD excluiu pessoas que buscaram atendimento apenas para marcação de consulta.

e) Motivo para não ter recebido atendimento quando procurado: “*Por que motivo não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?*” (não conseguiu vaga ou senha; não havia médico atendendo; outros motivos). Na categoria *outros motivos*, foram agrupadas as demais 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 pelo atendimento e outro motivo.

f) Motivo que fez o trabalhador não procurar o serviço: “*Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?*” (não tinha dinheiro – quando não possuía dinheiro para o transporte ou para o pagamento do serviço; incompatibilidade de horário – 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; outro motivo). Foram excluídos

pelos autores aqueles que informaram não ter procurado por não haver necessidade. Na categoria “outros motivos”, foram agrupadas as demais opções oferecidas 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.

g) Número de consultas médicas nos últimos 12 meses: “*Quantas vezes consultou médico nos 12 últimos meses?*” (nenhuma, uma, duas, três ou mais do que três).

Variável independente principal

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

Variáveis independentes modificadoras

- **Sociodemográficas e econômicas**

As variáveis utilizadas foram: sexo; faixa etária (18-24, 25-34, 35-44; 45-54; 55-64 anos); região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste); escolaridade em anos de estudo (sem instrução a 4; 5-7; 8-11; 12 anos ou mais) e rendimento mensal do trabalho principal.

As faixas etárias foram agrupadas em decênios (exceto a primeira com jovens trabalhadores), devido ao tamanho da amostra e para facilitar comparações com demais estudos.

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 de 2008 era de R\$ 415,00. Os desempregados não foram questionados sobre rendimento mensal no questionário.

A variável “tabagismo” foi extraída do suplemento saúde: “*Atualmente você fuma algum produto de tabaco?*” e “*Somando todos os cigarros que fumou na vida inteira, o total chega a, pelo menos, cinco maços ou cem cigarros?*” usando as categorias: fumantes (pessoas que já fumaram

cinco maços ou cem cigarros na vida ou que fumam atualmente); não fumantes (demais pessoas). Essa variável foi incluída nas análises ajustadas como variável independente modificadora, pelo conhecido efeito no aumento de morbidade e procura por serviços de saúde.

Análise estatística dos dados

Foram calculadas estatísticas descritivas das variáveis demográficas e socioeconômicas, prevalências, razões de prevalência ajustadas e respectivos intervalos de 95% de confiança das condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde. As razões de prevalência foram ajustadas usando regressão de Poisson robusta, considerando os trabalhadores formais como categoria de referência, sendo os ajustes feitos para as variáveis independentes modificadoras: sexo, idade, escolaridade, região de residência e tabagismo.

Em virtude das possíveis diferenças entre as respostas fornecidas pelo próprio trabalhador e as emitidas por outra pessoa no domicílio, o ajuste considerou também o tipo de informante: 0 = próprio entrevistado; 1 = outra pessoa moradora ou não do domicílio. Considerando a possível diferença entre homens e mulheres no padrão de procura dos serviços de saúde e número de consultas médicas, foram calculadas as prevalências estratificadas por estado de saúde autorreferido (0 = muito bom e bom; 1 = regular/ruim/muito ruim), vínculo de trabalho e sexo.

Para o cálculo das razões de prevalência das variáveis dependentes com desfechos multinomiais, como estado de saúde autorreferido, tipo de serviço em que foi atendido, motivo pelo qual não foi atendido, “por que não buscou atendimento?” e número de consultas, foram usadas duas ou mais regressões de Poisson robustas separadas para cada uma das variáveis dependentes, sendo sempre a primeira opção de cada variável a categoria de referência¹⁶.

O pacote estatístico Stata versão 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), modo *survey (svy)*, foi utilizado para a análise dos dados. Ponderações foram feitas utilizando variável fornecida pela PNAD (v4729) conforme recomendações para uso de amostras complexas¹⁷. Foi estabelecido o nível de significância de 5% para análise dos dados.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob o parecer nº 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%) (Tabela 1).

Eram fumantes 24% dos formais, 31,6% dos informais e 23,6% dos desempregados. Em ambos os sexos, predominam formais e informais de 25 a 44 anos, e, entre os desempregados, predominaram os mais jovens (18 a 34 anos). Quan-

to à escolaridade, 8 a 11 anos de estudo foi mais frequente entre homens e mulheres em todas as categorias, porém a segunda, entre formais, foi mais de 12 anos e, entre informais e desempregados, menos de cinco anos de estudo. Formais de ambos os sexos possuíam maiores rendimentos do que os informais e estavam em maior proporção na Região Sudeste. Informais e desempregados foram mais prevalentes na Região Nordeste (Tabela 1).

Comparadas aos homens, mulheres são mais velhas, têm escolaridade mais alta e recebem menores rendimentos.

Tabela 1

Características sociodemográficas e econômicas de trabalhadores de 18 a 64 anos segundo situação no mercado de trabalho. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008), Brasil.

Variáveis	Formal		Informal		Desempregado	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
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 (anos) *						
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 (anos de estudo) *						
> 12	6.717	15,5 (15,10-15,86)	2.928	9,4 (9,07-9,80)	443	8,3 (7,53-9,21)
12	1.158	2,7 (2,55-2,90)	593	1,9 (1,70-2,03)	155	2,8 (2,35-3,32)
8-11	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	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, até 4	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 (salários mínimos) *						
0 até 1/4	4	0,0 (0,003-0,02)	997	2,9 (2,72-3,11)		
Mais de 1/4 até 1/2	16	0,0 (0,01-0,05)	2.186	6,3 (5,98-6,55)		
Mais de 1/2 até 1	5.494	10,9 (10,59-11,19)	8.683	25,6 (25,07-26,11)		
Mais de 1 até 2	18.409	42,6 (42,04-43,08)	10.966	34,9 (34,26-35,43)		
Mais de 2 até 3	8.094	20,4 (20,00-20,88)	4.003	13,5 (13,05-13,91)		
Mais de 3 até 4	3.448	8,6 (8,33-8,94)	1.586	5,3 (5,03-5,60)		
Mais de 4 até 5	2.304	5,7 (5,49-6,00)	1.301	4,4 (4,16-4,68)		
Mais de 5	5.029	11,7 (11,36-12,05)	2.107	7,2 (6,86-7,52)		

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Formal		Informal		Desempregado	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Mulheres						
Faixa etária (anos) *						
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 (anos de estudo) *						
> 12	9.160	27,6 (27,09-28,17)	3.281	11,3 (10,88-11,69)	857	10,8 (10,08-11,63)
12	1.232	3,8 (3,56-4,02)	706	2,4 (2,19-2,58)	250	3,1 (2,70-3,55)
8-11	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	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, até 4	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 (salários mínimos) *						
0 até 1/4	6	0,0 (0,01-0,04)	3.664	12,1 (11,70-12,50)		
Mais de 1/4 até 1/2	61	0,2 (0,15-0,25)	5.016	16,5 (16,06-16,99)		
Mais de 1/2 até 1	6.975	19,4 (18,91-19,82)	10.543	34,3 (33,64-34,84)		
Mais de 1 até 2	15.330	49,0 (48,40-49,62)	6.729	24,0 (23,48-24,59)		
Mais de 2 até 3	4.100	13,4 (12,97-13,81)	1.723	6,3 (5,99-6,63)		
Mais de 3 até 4	1.863	6,0 (5,73-6,33)	637	2,3 (2,14-2,54)		
Mais de 4 até 5	1.370	4,1 (3,89-4,38)	488	1,8 (1,64-2,00)		
Mais de 5	2.742	7,9 (7,57-8,22)	762	2,7 (2,46-2,89)		

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Valor de $p < 0,01$ no teste de qui-quadrado de Pearson, indicando diferenças estatisticamente significantes entre os trabalhadores formais, informais e desempregados.

Informais e desempregados apresentaram maior prevalência de estado de saúde autorreferido regular/ruim/muito ruim quando comparados aos formais, assim como apresentam maior prevalência de ter estado acamado nas duas últimas semanas e de afastamento das atividades habituais por motivo de saúde. Os formais foram aqueles que mais referiram possuir plano de saúde (45,7%) (Tabela 2).

Entre aqueles que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas, os desempregados referiram maior proporção de “não atendimento”. A maioria dos formais relatou ter sido atendida na rede particular e a maioria dos informais e desempregados, no serviço público. Entre aqueles que não foram atendidos, o motivo

mais prevalente foi não ter conseguido vaga ou senha (Tabela 2).

No grupo dos que precisaram de atendimento de saúde, mas não procuraram, a incompatibilidade de horário foi o motivo mais frequente entre formais e informais (41,4% e 21%, respectivamente). Já entre desempregados, foram os problemas de acesso (12%) e a falta de dinheiro (26%). Os formais foram os que mais realizaram consultas nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Houve maior proporção de procura por serviços de saúde entre trabalhadores que referiram pior estado de saúde de ambos os sexos e categorias de trabalho. Entretanto, formais de ambos os sexos procuraram proporcionalmente mais os serviços de saúde do que os informais e desem-

Tabela 2

Prevalência e razões de prevalência (RP) ajustadas das condições de saúde autorreferidas e uso dos serviços de saúde estratificados por situação no mercado de trabalho em trabalhadores de 18 a 64 anos. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008)*, Brasil.

Variáveis	Formal (n = 76.246)		Informal (n = 62.612)		Desempregado (n= 13.375)		Valor de p
	%	%	RP ajustada (IC95%)	Valor de p	%	RP ajustada (IC95%)	
Saúde referida							
Estado de saúde autorreferido *							
Muito bom/Bom	84,1	75	1,00		79,5	1,00	
Regular	14,4	21,9	1,15 (1,13-1,18)	< 0,01	17,7	1,22 (1,17-1,28)	< 0,01
Ruim/Muito ruim	1,5	3,1	1,33 (1,23-1,45)	< 0,01	2,7	1,78 (1,54-2,05)	< 0,01
Afastou das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas? *							
Não	93,6	92	1,00		93	1,00	
Sim	6,4	8	1,02 (0,98-1,07)	0,20	7	1,00 (0,92-1,08)	0,9
Esteve acamado nas duas últimas semanas? *							
Não	97,4	96,1	1,00		96,5	1,00	
Sim	2,6	4	1,25 (1,17-1,34)	< 0,01	3,6	1,23 (1,10-1,38)	< 0,01
Acesso e uso de serviços de saúde							
Possui cobertura por plano de saúde? **							
Sim	45,7	17,9	1,00		17,6	1,00	
Não	54,4	82,1	1,33 (1,32-1,35)	< 0,01	82,4	1,35 (1,33-1,36)	< 0,01
Procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas? *							
Não	85,6	86,8	1,00		86,6	1,00	
Sim	14,4	13,2	0,86 (0,84-0,89)	< 0,01	13,4	0,92 (0,87-0,97)	< 0,01
Recebeu atendimento? **,***							
Sim	97,4	94,4	1,00		92,6	1,00	
Não	2,6	5,6	1,65 (1,39-1,95)	< 0,01	7,4	2,17 (1,73-2,72)	< 0,01
Tipo de serviço em que foi atendido **,#							
Particular	61,1	39,1	1,00		33,4	1,00	
Público	38,7	60,8	1,28 (1,23-1,32)	< 0,01	66,3	1,45 (1,38-1,52)	< 0,01
Não sabe	0,2	0,1	0,79 (0,32-1,97)	0,6	0,3	3,16 (0,96-10,39)	0,057
Motivo pelo qual não foi atendido no serviço de saúde que procurou **,###							
Outro motivo	26	26,1	1,00		21,1	1,00	
Não conseguiu vaga ou senha	44,5	42,2	0,92 (0,79-1,08)	0,33	44,8	1,00 (0,82-1,24)	0,9
Não havia médico atendendo	29,5	31,8	0,94 (0,76-1,16)	0,6	34,1	1,12 (0,86-1,45)	0,3
Por que não buscou atendimento? **,###							
Outro motivo	40,3	53,7	1,00		53,9	1,00	
Não tinha dinheiro	13,9	17,8	0,89 (0,75-1,05)	0,1	26	1,15 (0,92-1,43)	0,2
Problemas de acesso	4,4	7,6	1,05 (0,78-1,41)	0,7	12	1,42 (0,96-2,10)	0,08
Incompatibilidade de horário	41,4	21	0,59 (0,53-0,66)	< 0,01	8,2	0,26 (0,19-0,35)	< 0,01

(continua)

pregados, independentemente do estado de saúde autorreferido (Figura 1).

Mulheres e trabalhadores com pior estado de saúde consultaram mais. No entanto, informais e desempregados, mesmo referindo pior estado de

saúde, consultaram menos do que os formais de ambos os sexos (Tabela 3).

Houve sobreposição dos intervalos de confiança entre as trabalhadoras formais e as desempregadas que autorreferiram melhor estado

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	Formal (n = 76.246)		Informal (n = 62.612)		Desempregado (n = 13.375)		Valor de p
	%	%	RP ajustada (IC95%)	Valor de p	RP ajustada (IC95%)	Valor de p	
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses *							
Nenhuma	28,9	36,8	1,00		35,2	1,00	
1	18,4	17	0,81 (0,79-0,83)	< 0,01	16	0,79 (0,76-0,83)	< 0,01
2	18,3	15,6	0,78 (0,76-0,80)	< 0,01	16,2	0,80 (0,77-0,84)	< 0,01
3	11,2	9,9	0,75 (0,73-0,78)	< 0,01	10,7	0,82 (0,78-0,87)	< 0,01
Mais de 3	23,2	20,7	0,80 (0,78-0,81)	< 0,01	21,9	0,87 (0,84-0,90)	< 0,01

Nota: categoria de referência = trabalhadores formais.

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

** Ajustado para todas as variáveis acima citadas exceto tabagismo;

*** (n = 20.725) referente a 20.725 pessoas que informaram ter procurado por atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas;

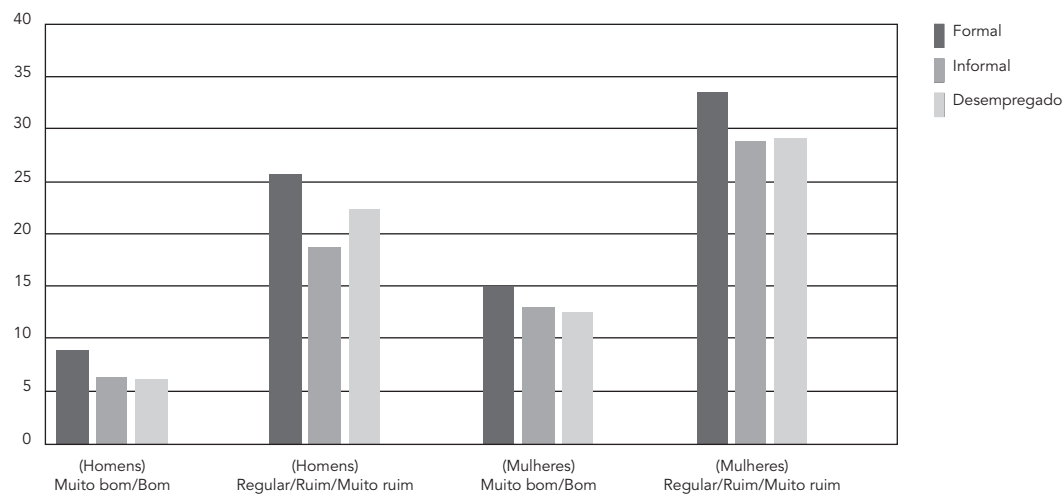
(n = 19.985) entre aquelas que procuraram por atendimento, a PNAD excluiu dessa questão 740 pessoas: 137 que procuraram o serviço de saúde apenas para marcação de consulta; 415 que não receberam atendimento na primeira vez que procuraram o serviço e não voltaram a procurá-lo; 188 que não conseguiram atendimento na primeira e na segunda vez que procuraram o serviço de saúde;

(n = 927) refere-se a 927 pessoas que informaram não terem sido atendidas pelo serviço de saúde quando o procuraram;

(n = 4.737) nesta questão, entre as 131.508 pessoas que não procuraram por atendimento de saúde, foram incluídas pela PNAD as 415 pessoas que não receberam atendimento na primeira vez que procuraram o serviço e não voltaram a procurar, e, pelos autores, foram excluídas 126.771 pessoas que não procuraram o serviço por informarem não terem tido necessidade.

Figura 1

Proporção de procura por serviços de saúde estratificada por sexo, estado de saúde autorreferido e situação no mercado de trabalho em trabalhadores de 18 a 64 anos. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008), Brasil.



Nota: valor de p < 0,01 no teste de qui-quadrado de Pearson em cada uma das análises.

de saúde e realizaram apenas uma consulta no período investigado. Entre aqueles que autorreferiram pior estado de saúde, pode-se considerar uma diferença entre os trabalhadores de

ambos os sexos que referiram não ter realizado consultas médicas, e entre as mulheres que informaram mais de três consultas durante 12 meses (Tabela 3).

Tabela 3

Porcentagem de consultas médicas segundo sexo, situação no mercado de trabalho e estado de saúde autorreferido. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008), Brasil.

Variáveis	Formal	Muito Bom/Bom	Desempregado
	% (IC95%)	Informal % (IC95%)	% (IC95%)
Homens *			
Nenhuma	41,3 (40,71-41,83)	56,2 (55,52-56,89)	55,0 (53,3-56,6)
Uma	20,9 (20,44-21,37)	17,5 (16,99-18,03)	16,7 (15,49-17,97)
Duas	16,8 (16,36-17,22)	12,2 (11,72-12,63)	12,0 (10,98-13,11)
Três	8,5 (8,205-8,843)	6,1 (5,806-6,475)	7,1 (6,261-7,957)
> Três	12,5 (12,15-12,91)	8,0 (7,621-8,385)	9,3 (8,366-10,3)
Total	100,0	100,0	100,0
Mulheres *			
Nenhuma	18,5 (18,00-19,04)	24,7 (24,05-25,32)	27,1 (25,91-28,41)
Uma	17,6 (17,09-18,09)	19,0 (18,38-19,54)	17,6 (16,53-18,65)
Duas	21,6 (21,04-22,14)	19,6 (18,97-20,15)	19,7 (18,59-20,82)
Três	14,0 (13,53-14,46)	12,8 (12,35-13,35)	12,6 (11,66-13,54)
> Três	28,3 (27,73-28,93)	24,0 (23,34-24,62)	23,0 (21,87-24,25)
Total	100,0	100,0	100,0
Regular/Ruim/Muito ruim			
	Formal	Informal	Desempregado
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Homens *			
Nenhuma	19,0 (18,04-20,09)	32,2 (31,08-33,4)	30,2 (27,04-33,59)
Uma	14,8 (13,89-15,79)	14,3 (13,49-15,25)	11,7 (9,638-14,15)
Duas	15,8 (14,85-16,78)	15,9 (15,01-16,86)	13,6 (11,36-16,29)
Três	12,8 (11,89-13,7)	10,1 (9,351-10,85)	10,1 (8,173-12,39)
> Três	37,6 (36,29-38,89)	27,4 (26,32-28,58)	34,4 (30,98-37,89)
Total	100,0	100,0	100,0
Mulheres *			
Nenhuma	9,3 (8,515-10,12)	13,6 (12,78-14,39)	17,3 (15,43-19,29)
Uma	10,2 (9,408-11,1)	12,5 (11,71-13,24)	11,1 (9,619-12,77)
Duas	15,0 (14,00-16,00)	15,7 (14,84-16,56)	16,1 (14,28-18,08)
Três	13,6 (12,65-14,56)	13,6 (12,79-14,41)	13,4 (11,79-15,29)
> Três	51,9 (50,53-53,34)	44,7 (43,54-45,9)	42,1 (39,58-44,66)
Total	100,0	100,0	100,0

* Valor de $p < 0,01$ no teste qui-quadrado de Pearson.

Quando comparados aos trabalhadores formais, os informais apresentaram maior risco de saúde percebida como regular/ruim/muito ruim, ter estado acamado nas duas últimas semanas, ausência de cobertura de plano de saúde, não procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas, não atendimento pelos serviços saúde quando procuraram, e menor número de consultas nos últimos 12 meses, mantendo significância estatística nas análises ajustadas.

Entre informais e formais, a ausência de procura por atendimento de saúde por falta de dinheiro e problemas de acesso não apresentaram significância estatística nas análises ajustadas, ao contrário do afastamento por motivo de saúde (Tabela 2).

Desempregados, em comparação aos 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 por conta da falta de dinheiro e por problemas de acesso apresentou maior prevalência entre desempregados, porém perdeu significância estatística na análise ajustada (Tabela 2).

A proporção de trabalhadores que não foram atendidos porque não havia médico disponível foi semelhante entre as três categorias, e não é possível afirmar diferenças entre elas pela sobreposição de intervalos de confiança na análise ajustada (Tabela 2).

Como era esperado, trabalhadores formais apresentaram maior prevalência de ausência de horário como impedimento de procura de atendimento por doença, do que informais e desempregados.

Discussão

Os dados fomentam uma reflexão sobre a relação existente entre a obtenção e a permanência no trabalho formal e o *status* de saúde do trabalhador: trabalhadores formais têm melhor estado de saúde ou são as pessoas com limitações físicas ou mentais que possuem dificuldade de acesso aos empregos formais? O ingresso e a permanência em empregos formais ocorrem mediante seleção daqueles considerados física e mentalmente aptos¹⁸. Trabalhadores excluídos do emprego formal iriam para a informalidade ou ficariam desempregados e sem proteção social¹⁹. Numerosos estudos apontam adoecimento tanto entre trabalhadores formais quanto entre os informais no curso da vida no trabalho, parecendo haver uma causalidade recíproca entre tais fatores. Todavia, considerando que a PNAD é um estudo transversal, não é possível saber a relação temporal entre o estado de saúde e o vínculo empregatício.

Neste estudo, foram evidenciadas diferenças nas características de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde entre trabalhadores formais, informais e desempregados, além das diferenças demográficas e socioeconômicas.

Trabalhadores informais e desempregados se caracterizam por menores salários e escolaridade mais baixa, como em outros estudos^{10,20}. Escolaridade mais alta se relaciona ao aumento nos rendimentos²¹, logo, políticas públicas de incentivo à educação e profissionalização do trabalhador podem contribuir para melhoria das condições de vida. Iniciativas como a *Lei Complementar nº 128* de 19 de dezembro de 2008,

que estabelece condições para que o trabalhador informal se torne empreendedor individual²², podem ser um bom estímulo para aumento da renda e melhoria na perspectiva de vida.

Desigualdades sociais entre sexos ficaram evidentes: mulheres apresentaram mais escolaridade, mas menores salários, corroborando outras estatísticas²³. No Brasil, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho²⁴ está vinculado ao universo do trabalho desregulamentado, precarizado e, sobretudo, em tempo parcial¹⁵. Isso provoca insegurança no emprego, na carreira, na renda e nas perspectivas de formação e de representação sindical²⁵. Ainda que programas sociais de redução dessas desigualdades tenham avançado a partir dos anos 2000²⁶, faz-se necessário o incentivo a políticas públicas de inclusão social que envolvam a valorização do trabalho feminino.

Apesar de os trabalhadores informais e desempregados terem apresentado pior percepção da própria saúde e piores indicadores de saúde, a procura por atendimento, acesso aos serviços procurados e número de consultas médicas foi menor, mostrando ser uma situação ainda presente⁷. Entre os programas de apoio e fortalecimento da atenção à saúde do trabalhador, destaca-se o papel da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, cuja iniciativa tem se consolidado mediante expansão de rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador a fim de coordenar projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores²⁷.

O estudo evidenciou que 13,6% dos trabalhadores (20.725 pessoas) informaram ter procurado por atendimento de saúde nas duas últimas semanas. Trata-se de uma prevalência pontual que se assemelha à prevalência estimada de procura por serviços de saúde da população geral, (14,5%; 27,5 milhões de pessoas), dentre as quais 60,5% eram mulheres²⁸.

Sabe-se que as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde e realizam mais consultas médicas do que os homens^{6,29,30,31}. Em consonância, o presente estudo evidenciou nas mulheres maior prevalência de procura por serviços de saúde e consultas médicas que nos homens, sendo maior no estado autorreferido regular/ruim/muito ruim.

Trabalhadores que autorreferiram pior estado de saúde também apresentaram maior proporção de procura por serviços de saúde e de consultas médicas, corroborando outros estudos^{30,31}. Contudo, trabalhadores formais de ambos os sexos apresentaram maior proporção de procura por serviços de saúde e consultas médicas do que informais e desempregados, sendo maior no

estado de saúde autorreferido regular/ruim/muito ruim. Alguns estudos têm identificado a existência de iniquidades no acesso e uso dos serviços de saúde: na *Pesquisa Mundial de Saúde* realizada no Brasil em 2003³², evidenciou-se maior uso de serviços ambulatoriais entre pessoas com mais escolaridade e melhor estado de saúde autorreferido. Outros estudos também encontraram maior procura e uso dos serviços de saúde entre pessoas com mais escolaridade e renda, e melhor percepção da própria saúde^{30,31,33}.

O fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção primária pode ser um caminho na redução dessas desigualdades. Países cujos sistemas de saúde se organizam com base na atenção primária apresentam melhores níveis de saúde e maior equidade³⁴. O Brasil avançou na estruturação da Estratégia Saúde da Família e, por conseguinte, a capacitação das equipes, permitindo que agentes comunitários de saúde e demais membros possam identificar dificuldades no acesso e não atendimento da demanda dos trabalhadores, auxiliaria na redução dessas desigualdades.

A análise da PNAD 2008 feita pelo IBGE mostrou que das 27,5 milhões de pessoas que buscaram atendimento nas duas semanas anteriores à entrevista, 96,3% foram atendidas logo na primeira vez que procuraram³⁵. Considerando-se o rendimento mensal domiciliar *per capita*, a diferença nos percentuais de atendimento foi pequena: 95,4% no grupo com rendimento de até ¼ de salário mínimo e 99,4%, na faixa acima de cinco salários mínimos³⁵, mostrando pequena desigualdade no acesso. No entanto, em nossa pesquisa, verificou-se significativa desigualdade de acordo com a forma de inserção no mercado de trabalho: informais e desempregados foram menos atendidos (5,6% e 7,4%, respectivamente) quando comparados aos formais (2,6%), como visto em outros estudos²⁹.

Um estudo de intervenção em população de 30 a 49 anos acompanhada durante cinco anos na Dinamarca apontou que as consultas em serviços de cuidados primários aumentam a expectativa de vida, sendo consideradas uma oportunidade para que o profissional de saúde incentive mudanças de comportamento que melhorem a qualidade de vida e evitem a morte precoce³⁶. A ausência desses cuidados pode gerar malefícios para a própria população. Inquérito na região rural do Vietnã³⁷ identificou automedicação facilitada pela percepção de baixa qualidade do sistema público de saúde, além da facilidade de aquisição de medicamentos sem prescrição médica.

A maior adesão a plano de saúde constatada em trabalhadores formais era esperada em virtude do acesso dos formais aos planos de saúde

oferecidos pelas empresas, propiciando maior uso da rede particular, maior procura e atendimento, e maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses. A adesão aos planos ou convênios privados é uma das formas de distinguir a parcela da população dependente exclusivamente dos serviços públicos de saúde da população que dispõe de outras opções de acesso a cuidados de saúde.

Estudo nacional evidenciou que no contexto do sistema de saúde brasileiro 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 saúde³¹. Essa informação também foi verificada no presente estudo, uma vez que os trabalhadores formais apresentaram maiores rendimentos que os informais e desempregados.

O plano de saúde coletivo privado é oferecido por muitas empresas como forma de remuneração indireta e tem sido parte de negociações sindicais e reivindicações trabalhistas, fomentando debates sobre a participação do trabalhador no processo regulatório³⁸, e sobre os direitos no consumo de planos de saúde em espaços articuladores, como o Fórum Permanente dos Trabalhadores, criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em agosto de 2008³⁹. Para Ocké-Reis & Sophia⁴⁰, tais reivindicações podem fragilizar a luta por mais recursos em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe discutir que o acesso a cuidados de saúde ou a planos privados não representa garantia de saúde. Para Bahia⁴¹ (p. 2879), "*A saúde é um bem social que requer a democratização do acesso a todo o acervo de conhecimentos, tecnologias e saberes bem como a participação das classes populares na definição de necessidades e aspirações relacionadas à saúde*". O acesso econômico, geográfico, cultural, além da cobertura, qualidade, oportunidade de atenção à saúde e o alcance das atividades de projeção comunitária são itens na organização da atenção que podem tanto influenciar no acesso quanto na saúde da população⁴².

Ainda que a magnitude do serviço público de saúde possa ser evidenciada pela elevada produção de serviços, não é possível afirmar que foram supridas as necessidades assistenciais e que o processo de mudança do modelo assistencial foi consolidado mesmo após vinte anos de existência do SUS⁴⁰. Nesse sentido, é importante que, além do acesso aos cuidados de saúde, os serviços sejam resolutivos, com prestação de cuidados de saúde universais, a fim de eliminar as lacunas que existem entre pessoas de diferentes níveis de renda⁴³.

Para que essas lacunas sejam eliminadas, é necessário que se reconheça o que as provoca e quais medidas são necessárias para sua redução. Iniciativas como o Plano Nacional de Emprego e Trabalho Decente, proposto em 2010, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, aprovada em 2012, representam avanços no diálogo sobre a necessidade de enfrentamento de problemas vigentes no mercado de trabalho, dentre eles o desemprego e informalidade. No entanto, meios de se acompanhar a implantação e o desenvolvimento dessas políticas são necessários para verificar metas atingidas e por conseguir.

Logo, 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. Essas informações podem ser usadas na tentativa de elaborar e acompanhar políticas públicas que reduzam as desigualdades entre trabalhadores, o que pode ser auxiliado pela ampliação dos sistemas de informação de morbidade e mortalidade já existentes, inclusive da Previdência, com dados que contemplem informações de todos, independentemente do seu vínculo empregatício.

Conforme refletem Monteiro et al.⁴⁴ (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”, o que não vem sendo observado atualmente.

Cabe destacar as limitações inerentes ao estudo realizado: a complexidade dos vínculos laborais e a disponibilidade restrita de variáveis para definir a categoria vínculo de trabalho na PNAD impedem uma definição mais precisa. Por ter utilizado dados de um estudo transversal, não é possível estabelecer relação de causalidade, uma vez que exposição e desfecho são simultaneamente investigados. Ainda, entre as pessoas não economicamente ativas, pode haver aquelas que se afastaram do mercado de trabalho em virtude de adoecimentos ou acidentes graves, subestimando o número de trabalhadores adoecidos no estudo.

Outra questão se refere 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; é um dado a ser levado em conta nas análises, pois,

apesar de existirem padrões de concordância e confiabilidade entre as informações fornecidas pelo informante com as fornecidas pelo próprio indivíduo, a informação pode ser enviesada de acordo com a escolaridade, idade do informante e o tipo de pergunta realizada⁴⁵.

Por último, em estudos com múltiplos propósitos e de grande abrangência territorial, devem ser ponderados, além dos erros de amostragem, os erros que podem ser introduzidos em qualquer fase do estudo, e exigem mensuração complexa e de alto custo²⁸.

Considerações finais

Encontramos entre os trabalhadores desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na sua utilização, evidenciando que informais e desempregados, apesar de apresentarem pior condição de saúde percebida e maior frequência de limitações por doença para as atividades habituais, procuraram menos os serviços de saúde e receberam menos atendimento quando comparados aos trabalhadores formais. Vale ressaltar que estudos da PNAD de anos anteriores encontraram padrões epidemiológicos semelhantes, levando à conclusão de que poucas mudanças ocorreram para reduzir as desigualdades em saúde entre os trabalhadores.

São necessárias investigações para que se consiga entender dos macrodeterminantes às causas imediatas que acabam por contribuir para que trabalhadores informais e desempregados, embora apresentem maior necessidade de uso dos serviços de saúde, possuem maior dificuldade de atendimento. Para tanto, identificar o tipo de serviço no qual o trabalhador não conseguiu atendimento e desagregar os dados para níveis mais locais são estratégias para análise dessas informações. Para identificação dos padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde entre os trabalhadores, mais pesquisas devem ser realizadas utilizando o desemprego e a informalidade no mercado de trabalho como variáveis de investigação para subsidiar políticas intersetoriais de redução das desigualdades sociais e de saúde entre os trabalhadores.

Sugere-se que, para diminuir as iniquidades em saúde, o SUS coloque como meta efetivar o acesso dos trabalhadores informais e desempregados ao atendimento e zele pela resolutividade dos serviços de saúde.

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar si el tipo de situación en el empleo se asocia con diferencias en el acceso y utilización de los servicios de salud. Utilizando datos microeconómicos de la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilio (PNAD/2008) se estudiaron trabajadores de 18 a 64 años (N = 152.233) de ambos sexos. Se calcularon prevalencias y razones de prevalencia ajustadas y características manifiestas de los trabajadores de la salud a través de regresión de Poisson. En situaciones de relación formal (n = 76.246), informal (n = 62.612) y desempleo (n = 13.375) contaban con menor educación; menores ingresos; peor percepción del estado de salud, una mayor incidencia de "postrado en cama las últimas dos semanas", de mayor dificultad de acceso y de disminución en la demanda y utilización de servicios de salud, incluso después de realizar ajustes por sexo, edad, región, educación, e informante. No es necesario que las políticas de salud reduzcan la desigualdad en el acceso a los servicios de salud para los trabajadores desempleados e informales.

Desigualdades en la Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Trabajadores

Colaboradores

I. O. C. Miquilin, L. Marín-León, M. I. Monteiro e H. R. Corrêa Filho contribuíram substancialmente na concepção, análise e interpretação dos dados; na elaboração do manuscrito e revisão crítica para envio.

Agradecimentos

Ao projeto REBRAS/Fiocruz/CESTH e Capes/MEC.

Referências

1. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1:123-5.
2. Viacava F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:2210-1.
3. Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, organizador. *Epidemiologia e saúde*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p. 361-9.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
5. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:133-49.
6. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Adespresso & Rothschild; 2008.
7. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:99-106.

8. Giatti L, Barreto SM, César CC. Informal work, un-employment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2396-406.
9. Pochmann M. A década dos mitos. São Paulo: Contexto; 2001.
10. International Labour Organization; World Trade Organization. Globalization and informal jobs in developing countries. Geneva: World Trade Organization; 2009.
11. Organização Internacional do Trabalho. A OIT e a economia informal. Lisboa: Organização Internacional do Trabalho; 2006.
12. Sen A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *Int Labour Rev* 1997; 136:155-71.
13. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:607-21.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-2008): notas metodológicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.
15. Antunes R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo; 1999.
16. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol* 2005; 162:199-200.
17. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 659-70.
18. Santana VS, Carvalho LC, Santos CP, Andrade C, D'Oca G. Morbidade em candidatos a emprego na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:107-15.
19. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saúde Ocup* 2001; 35:229-48.
20. World Health Organization. Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET): final report. Geneva: World Health Organization; 2007.
21. Carneiro FF, Franco Netto G, Corvalan C, Freitas CM, Sales LBF. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17: 1419-25.
22. Ministério da Previdência Social. Empreendedor: Semana de mobilização eleva número de formalizados no país. <http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=40667> (acessado em 12/Jan/2011).
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 27).
24. Vidal RQS, Silvany Neto AM. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde, Brasil, 2003. *Rev Bras Saúde Ocup* 2009; 34:115-27.
25. Hirata H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias* 2009; 11:24-41.
26. Cacciamali MC, Tatei F, Rosalino JW. Estreitamento dos diferenciais de salários e aumento do grau de discriminação: limitações da mensuração padrão? *Planej Polít Públicas* 2009; 33:195-222.
27. Ministério da Saúde. Manual de gestão e gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008: um panorama da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
29. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
30. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:436-43.
31. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56:41-6.
32. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:217.
33. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:77-87.
34. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. De 2003 a 2008, foi de 42,5% para 54,8% o percentual de mulheres que já haviam feito mamografia. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1580&id_pagina=1 (acessado em 01/Jan/2011).
36. Rasmussen SR, Thomsen JL, Kilsmark J, Hvenegaard A, Engberg M, Lauritzen T, et al. Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. *Scand J Public Health* 2007; 35: 365-72.
37. Giang KB, Allebeck P. Self-reported illness and use of health services in a rural district of Vietnam: findings from an epidemiological field laboratory. *Scand J Public Health* 2003; 62:52-8.
38. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos. O trabalhador e a saúde suplementar. São Paulo: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos; 2009. (Nota Técnica, 82).
39. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14: 753-62.

40. Ocké-Reis CO, Sophia DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde Debate* 2009; 33:72-9.
41. Bahia L. Entradas e bandeiras e o SUS no século XXI. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2878-80.
42. Organização Pan-Americana da Saúde. Módulo de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades. Módulo 1: apresentação e marco conceitual. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
43. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. San José: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010.
44. Monteiro MI, Corrêa Filho HR, Siqueira CE. Green Jobs, green economy: ampliando as possibilidades de desenvolvimento sustentável. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI, organizadores. *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes Editorial; 2010. p. 169-206.
45. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:1537-48.

Recebido em 20/Jul/2012

Versão final reapresentada em 27/Fev/2013

Aprovado em 04/Mar/2013