

Aspectos sociodemográficos e de saúde associados ao trabalho remunerado em adultos (50-69 anos) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Socio-demographic and health conditions associated with paid work in adults (50-69 years) in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil

Aspectos sociodemográficos y de salud relacionados con el trabajo remunerado en adultos (50-69 años) del área metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Camila Menezes Sabino de Castro ¹
Juliana Vaz de Melo Mambrini ²
Rosana Ferreira Sampaio ³
James Macinko ⁴
Maria Fernanda Lima-Costa ^{1,5}

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

² Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

⁴ New York University, New York, U.S.A.

⁵ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência

C. M. S. Castro
Rua Poço Fundo 21, apto. 301,
Belo Horizonte, MG
31365-220, Brasil.
camilamscastro@gmail.com

Abstract

Factors associated with paid work were examined in a probabilistic sample of 3,320 adults (50-69 years) in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Prevalence of paid work was 62.8% in men and 35.8% in women. For both men and women, paid work was positively associated with schooling and negatively associated with self-rated health. The probability of having paid work was higher for single women and those who knew someone that had suffered discrimination at the workplace. For men, prevalence of paid work varied from 67.2% in those with ≥ 8 years of schooling and better self-rated health, as compared to 37.8% in those with less schooling and poor self-rated health (PR = 0.56; 95%CI: 0.37-0.87). In women, the corresponding prevalence rates were 42.1% and 3.6% (PR = 0.09; 95%CI: 0.03-0.26). For women with little schooling and poor self-rated health, the likelihood of having paid work was ten times lower than for their male counterparts.

Aging; Work; Educational Status; Social Discrimination

Resumo

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

Envelhecimento; Trabalho; Escolaridade; Discriminação Social

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, com projeções crescentes principalmente para os países em desenvolvimento. Algumas das consequências desse processo é o aumento da proporção de idosos na população ativa e a elevação dos gastos públicos relacionados aos sistemas sociais e de saúde¹. Vários países estão desenvolvendo políticas de emprego e aposentadoria e programas para otimizar a participação dos idosos na sociedade, com o objetivo de promover um envelhecimento saudável e produtivo^{2,3}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva ações pró “envelhecimento ativo” e argumenta que os países podem arcar com os custos relacionados ao envelhecimento se os governos, organizações internacionais e sociedade civil implementarem políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos idosos. A redução das iniquidades em saúde e a permanência dos idosos no mercado de trabalho são expressões do envelhecimento ativo⁴.

Fatores associados à permanência dos idosos no mercado de trabalho têm sido amplamente estudados. Pesquisas conduzidas em países de alta renda mostram as condições de saúde como um dos principais determinantes da permanência dos idosos no mercado de trabalho, assim como do seu retorno ao trabalho após a aposentadoria^{5,6,7}. Os resultados do estudo mais recente, dentre os anteriormente mencionados⁵, mostraram alguma influência do gênero nessa associação. Entre os homens as condições de saúde estão associadas à permanência no mercado de trabalho remunerado, enquanto entre as mulheres esta associação não é tão evidente. Possíveis explicações apontadas por alguns estudos são o fato das mulheres estarem inseridas em trabalhos com menos exigências físicas e, portanto, com menos exigências em relação às condições de saúde⁵.

Outro fator consistentemente descrito como associado à permanência dos idosos no mercado de trabalho em países de alta renda é a escolaridade, com maiores participações entre aqueles com escolaridade mais alta^{8,9,10}. Um estudo recente, baseado em amostra nacional representativa de ingleses com 50 anos ou mais de idade, revelou um aumento da permanência no mercado de trabalho em anos recentes, sobretudo nas coortes de nascimento mais jovens. Esse aumento foi mais acentuado em pessoas com níveis mais altos de escolaridade⁹. Dois fatores parecem explicar a associação entre escolaridade e permanência no mercado de trabalho entre idosos: primeiro, pessoas com maior escolaridade apresen-

tam melhores condições de saúde^{11,12,13,14,15,16} e, portanto, maior capacidade para a permanência no mercado de trabalho; segundo, a escolaridade mais alta possibilita o acesso à ocupação mais qualificada e melhor remunerada^{5,8}.

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

Estudos baseados na população com 65 anos ou mais da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD 1998) mostraram que a participação no trabalho atual era significativamente mais alta entre os homens do que entre as mulheres^{22,23}. Em ambos os sexos, entretanto, os que permaneciam no mercado de trabalho eram mais jovens, apresentavam escolaridade mais alta e maior renda domiciliar *per capita*, assim como melhores indicadores de saúde e de uso de serviços de saúde^{22,23}. Outro estudo, baseado em amostra representativa de pessoas com 60 anos ou mais na cidade de São Paulo, Brasil, mostrou importantes diferenças de gênero²⁴. Entre os homens, as variáveis econômicas apresentaram maior poder explicativo para a participação no mercado de trabalho. Entre as mulheres, a composição familiar (sem cônjuge e ter cinco filhos ou mais) foi mais importante. A associação entre condições de saúde e permanência no mercado de trabalho foi mais acentuada entre os homens do que entre as mulheres. Segundo os autores, uma possível explicação para essa diferença é a menor demanda física no trabalho das mulheres, requerendo em menor medida uma boa saúde²⁴.

No ano de 2010, a média de idade de aposentadoria urbana no Brasil foi de 67,9 anos entre os homens e de 63,6 anos entre as mulheres²⁵, chamando a atenção para a necessidade de melhor conhecimento dos fatores associados à permanência no mercado de trabalho nas idades de transição para a aposentadoria. Na literatura consultada não encontramos estudos brasileiros focados nessa fase da vida.

O presente trabalho, baseado em uma amostra representativa de residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, teve por objetivo examinar os fatores sociodemográficos e os indicadores de saúde associados à permanência no mercado de trabalho entre homens e mulheres com 50-69 anos de idade,

considerando-se fatores tradicionalmente utilizados neste tipo de investigação, tais como sexo, escolaridade e indicadores das condições de saúde, assim como fatores não considerados em estudos nacionais anteriores, como comportamentos em saúde e percepção de discriminação no trabalho.

Métodos

Área e população estudadas

A fonte de dados para este estudo de caráter transversal foi o segundo *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte*, conduzido entre maio e junho de 2010. Os dados foram coletados por meio de um questionário suplementar à *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte* (PED-RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo do Estado de Minas Gerais²⁶. A amostra da PED-RMBH foi delineada para produzir estimativas da população não institucionalizada com idade igual ou superior a dez anos residente em 26 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Os participantes foram selecionados por meio de uma amostra probabilística de conglomerados, estratificada em dois estágios. Os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram utilizados como unidade primária de seleção, e a unidade amostral foi o domicílio.

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

O segundo *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte* foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, (carta de aprovação nº 10/2009)²⁷.

Variáveis do estudo

A variável dependente deste estudo foi o trabalho remunerado, definido pela informação de ter tido remuneração pelo trabalho nos últimos sete dias. Considerou-se trabalho remunerado o exercício de qualquer atividade que teve como contrapartida uma remuneração em dinheiro, compreendendo assalariados, patrões, trabalho

por conta própria e autônomo, trabalho exclusivo por produção e biscate, entre outros. Todas as outras condições, quais sejam aposentados, afastados, donas de casa que se dedicam exclusivamente aos afazeres domésticos, estudantes e os indivíduos que viviam exclusivamente de renda ou ajuda de parentes e/ou conhecidos foram incluídos na categoria não trabalho. Maiores detalhes podem ser vistos em publicação anterior²⁶.

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

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

Análise dos dados

O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para examinar diferenças de frequências entre gêneros na descrição das características dos participantes do estudo. As forças das associações entre trabalho remunerado e indicadores sociodemográficos, comportamentos em saúde e condições de saúde foram baseadas em razões de prevalência (RP), estimadas por meio de modelos de regressão de Poisson, com variância robusta, e ajustadas por idade e escolaridade. As análises foram realizadas separadamente para homens e mulheres. Realizou-se todas as análises por meio do pacote estatístico Stata versão 13.0 (Stata Corp., College Station, Estados

Unidos), utilizando-se os procedimentos para amostras complexas, de forma a considerar o efeito do delineamento do estudo e o peso dos indivíduos na amostra. Adicionalmente, foi utilizado o comando *subpop* para ajuste da amostra, a fim de representar os indivíduos com idades entre 50-69 anos.

Resultados

Participaram deste estudo 3.320 indivíduos que possuíam informações completas para todas as variáveis. A média da idade dos participantes foi igual a 57,9 anos (erro padrão – EP = 0,1); 55,9% (intervalo de 95% de confiança – IC95%: 54,5-57,3). A média da idade dos homens foi de 57,7 anos (EP = 0,2) e a das mulheres de 58,1 anos (EP = 0,1).

A descrição das características sociodemográficas, dos comportamentos em saúde e das condições de saúde dos participantes do estudo está mostrada na Tabela 1. Cerca da metade dos participantes tinha escolaridade igual ou superior a 8 anos (50,2%) e esta proporção foi mais alta entre os homens (53,5%) do que entre

Tabela 1

Características sociodemográficas, comportamentos em saúde e condições de saúde dos participantes do estudo, segundo o gênero. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

| Variáveis | Total (%) * | Homens (%) * | Mulheres (%) * | Valor de p ** |
|---|-------------|--------------|----------------|---------------|
| Idade (anos) | | | | |
| 50-54 | 33,6 | 34,6 | 32,8 | 0,076 |
| 55-59 | 28,9 | 30,5 | 27,6 | |
| 60-64 | 21,6 | 20,1 | 22,7 | |
| 65-69 | 16,0 | 14,8 | 16,9 | |
| Escolaridade igual ou superior a 8 anos | 50,2 | 53,5 | 47,6 | < 0,001 |
| Existência de cônjuge | 63,4 | 77,6 | 52,2 | < 0,001 |
| Residência no Município de Belo Horizonte | 60,9 | 59,6 | 62,0 | 0,085 |
| Já sofreu discriminação no ambiente de trabalho | 3,5 | 3,9 | 3,2 | 0,285 |
| Conhece vítima de discriminação no ambiente de trabalho | 3,3 | 2,8 | 3,6 | 0,200 |
| Fuma atualmente | 17,6 | 22,3 | 13,9 | < 0,001 |
| Consumo abusivo de álcool *** | 31,7 | 47,0 | 19,8 | < 0,001 |
| Atividade física no lazer menos de 3 vezes por semana # | 84,1 | 82,6 | 85,3 | 0,034 |
| Sedentarismo no cotidiano | 37,5 | 35,5 | 39,1 | 0,045 |
| Percepção de saúde como ruim | 5,4 | 4,6 | 6,0 | 0,105 |
| Portador de doenças crônicas ## | 50,8 | 45,5 | 55,0 | < 0,001 |
| n | 3.320 | 1.455 | 1.865 | |

* Porcentagens brutas, considerando-se todos os parâmetros amostrais;

** Teste do qui-quadrado;

*** Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias;

Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias;

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

as mulheres (47,6%). A existência de cônjuge foi informada por 63,4% do total, com proporção maior entre os homens (77,6%) do que entre as mulheres (52,2%). O tabagismo atual e o consumo abusivo de álcool foram mais frequentes entre os homens em comparação às mulheres. As mulheres eram fisicamente mais inativas que os homens, tanto nos momentos de lazer quanto nas atividades cotidianas. A prevalência de uma ou mais doenças crônicas foi de 50,8% (55% entre as mulheres e 45,5% entre os homens). A autoavaliação da saúde como ruim foi informada por 5,4% dos participantes (4,6% homens e 6% mulheres). A proporção dos que sofreram discriminação no ambiente de trabalho (3,5%) e dos que conhecem vítima de discriminação no ambiente de trabalho (3,3%) não diferiu entre os gêneros.

Foram observadas diferenças importantes entre gêneros na participação no trabalho remunerado, que foi significativamente mais alta entre os homens (62,8%; IC95%: 60,0-65,5) do que entre as mulheres (35,8%; IC95%: 33,4-38,3) ($p < 0,001$). Como pode ser visto na Figura 1, a participação no trabalho remunerado diminuiu com a idade, tanto entre os homens como entre as mulheres, conforme esperado. Entre os homens, essa participação caiu de 78,2% (IC95%: 74,2-82,1) na faixa etária de 50-54 anos para 26,3% (IC95%: 19,9-32,6) na faixa etária de 65-69 anos. Entre as mulheres, as porcentagens correspondentes foram 50,1% (IC95%: 45,7-54,5) e 13,4% (IC95%: 9,3-17,5).

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

Como pode ser visto na Tabela 3, da mesma forma como observado entre os homens,

Figura 1

Prevalência do trabalho remunerado entre homens e mulheres, segundo a faixa etária. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

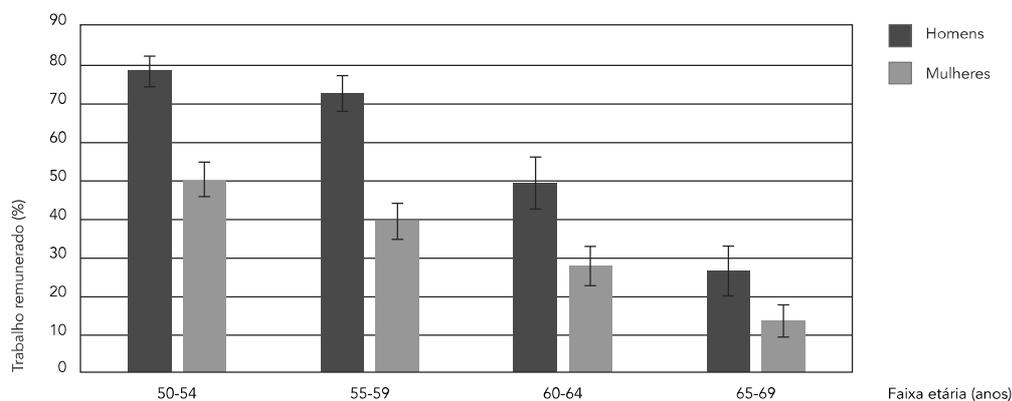


Tabela 2

Análise da associação entre trabalho remunerado, fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde e condições de saúde entre os homens. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

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

IC95%: intervalos de 95% de confiança; RP: razões de prevalência.

* Porcentagens ajustadas pela idade;

** Estimadas por meio da regressão de Poisson, com variância robusta.

*** Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias;

Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias;

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

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

A Tabela 4 mostra os resultados da associação entre trabalho remunerado, escolaridade e autoavaliação da saúde, estratificada pelo gênero. Entre homens com escolaridade igual ou superior a 8 anos, a participação no trabalho remunerado foi significativamente mais alta entre os que avaliaram a sua saúde como melhor (67,2%). Em comparação a esses, aqueles com autoavaliação da saúde equivalente e escolaridade inferior a 8 anos, a participação no trabalho remunerado foi um pouco mais baixa (59,6%) (RP = 0,89; IC95%: 0,81-0,97). Entre aqueles com percepção da saúde ruim, a participação no trabalho remunerado foi igualmente mais baixa, tanto entre os com escolaridade mais alta (31,4%) quanto entre aqueles com escolaridade inferior (37,8%) (RP = 0,47; IC95%: 0,22-0,99 e RP = 0,56; IC95%: 0,37-0,87, respectivamente). Entre as mulheres, a participação no trabalho remunerado foi mais alta entre aquelas com melhor autoavaliação da saúde e escolaridade mais alta (42,1%). Em relação a elas, essa participação caiu para 32,2% (RP = 0,77; IC95%: 0,67-0,88) entre mulheres com melhor autoavaliação da saúde e escolaridade mais baixa, e 31,8% (RP = 0,76; IC95%: 0,46-1,24) entre aquelas com autoavaliação da saúde ruim e escolaridade mais alta, sendo que estas não apresentaram associação estatisticamente significativa. Entre aquelas com autoavaliação da saúde ruim

e escolaridade inferior a 8 anos, a participação no trabalho remunerado caiu dramaticamente para 3,6% (RP = 0,09; IC95%: 0,03-0,26). Cabe salientar que esses padrões entre as mulheres permaneceram mesmo após ajustamento adicional por situação conjugal (não mostrado).

Discussão

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

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

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

Tabela 3

Análise da associação entre trabalho remunerado, fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde e condições de saúde entre as mulheres. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

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

IC95%: intervalos de 95% de confiança; RP: razões de prevalência.

* Porcentagens ajustadas pela idade;

** Estimados por meio da regressão de Poisson, com variância robusta;

*** Cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias;

Atividade por 20-30 minutos nos últimos 90 dias;

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

Tabela 4

Análise da associação entre trabalho remunerado, escolaridade e autoavaliação da saúde, estratificada por gênero. Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

| Variáveis | Homens | | Mulheres | |
|---|--------|------------------|----------|------------------|
| | % * | RP (IC95%) ** | % * | RP (IC95%) ** |
| Percepção saúde como razoável a boa e escolaridade igual ou superior a 8 anos | 67,2 | 1,00 | 42,1 | 1,00 |
| Percepção saúde como razoável a boa e escolaridade inferior a 8 anos | 59,6 | 0,89 (0,81-0,97) | 32,2 | 0,77 (0,67-0,88) |
| Percepção saúde como ruim e escolaridade igual ou superior a 8 anos | 31,4 | 0,47 (0,22-0,99) | 31,8 | 0,76 (0,46-1,24) |
| Percepção saúde como ruim e escolaridade inferior a 8 anos | 37,8 | 0,56 (0,37-0,87) | 3,6 | 0,09 (0,03-0,26) |

IC95%: intervalos de 95% de confiança; RP: razões de prevalência.

* Porcentagens ajustadas pela idade;

** Ajustada pela idade e estimadas por meio da regressão de Poisson, com variância robusta.

um preditor robusto da futura capacidade funcional e da mortalidade³³. Um estudo de coorte de base populacional brasileiro mostrou que a autoavaliação da saúde tem valor prognóstico para a mortalidade, com magnitude equivalente a um escore baseado em onze marcadores biológicos, incluindo pressão sistólica, diabetes mellitus, índice de massa corporal (IMC), parâmetros eletrocardiográficos e função cardíaca, entre outros³⁵. Por essas razões, esse indicador foi considerado como o mais importante para aferir a condição de saúde dos participantes do presente estudo.

A magnitude da associação entre autoavaliação da saúde e o trabalho remunerado foi diferentemente afetada pelo nível de escolaridade entre homens e mulheres. Em comparação ao grupo de referência (boa autoavaliação da saúde e escolaridade igual ou superior a 8 anos), a participação no trabalho remunerado foi duas vezes mais baixa entre os homens com pior autoavaliação da saúde, tanto entre aqueles com nível mais baixo como entre os com nível mais alto de escolaridade. Para as mulheres com pior autoavaliação da saúde, a participação no trabalho remunerado foi cerca de nove vezes menor entre aquelas com nível mais baixo de escolaridade, em comparação ao grupo de referência, antes mencionado. Na literatura consultada não encontramos análises semelhantes para permitir a comparação dos nossos resultados. As explicações para essas diferenças não são intuitivas. Uma hipótese é que existem maiores disparidades nas condições de trabalho pelo nível de escolaridade entre as mulheres do que entre os homens. Essa hipótese é compatível com a persistente desigualdade na remuneração do emprego entre homens e mulheres no Brasil³⁶.

A condição de ser portador de doenças crônicas também mostrou alguma diferença de gênero na magnitude da associação com o trabalho remunerado. Os homens com alguma doença crônica foram 15% menos propensos a ter trabalho remunerado, em comparação aos seus correspondentes não doentes, mesmo após ajustamentos por idade e nível de escolaridade. Entre as mulheres, a proporção correspondente foi duas vezes menor (9%).

Um menor efeito das doenças crônicas na inserção no mercado de trabalho entre as mulheres foi descrito em estudo anterior⁵. O autor considerou a menor participação das mulheres no mercado de trabalho como uma possível explicação para esse resultado. Aparentemente, essa não é uma explicação plausível para os nossos resultados, uma vez que as estimativas foram baseadas em denominadores separados para homens e mulheres, eliminando o efeito citado. Acredita-se que uma explicação plausível seja que homens e mulheres participam diferentemente do mercado de trabalho.

Estudos conduzidos na Finlândia mostram que comportamentos saudáveis estão associados à capacidade para o trabalho nas idades mais avançadas e, também, à qualidade da aposentadoria³⁷. Nossos resultados mostraram prevalências mais altas do tabagismo atual entre homens do que entre as mulheres, o que é consonante com os resultados da *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (VIGITEL)³⁸. Entre os primeiros, resultados da análise ajustada pela idade mostraram uma associação negativa entre trabalho remunerado e o hábito de fumar, mas esta associação ficou no limite da significância estatística após ajustamento subsequente para

escolaridade. Entre as mulheres, em ambas as análises não se observou associação entre o hábito de fumar e trabalho remunerado. O consumo abusivo de álcool foi também mais frequente entre os homens do que entre as mulheres, em consonância com os dados do VIGITEL³⁸. O consumo de bebida alcoólica é um comportamento adotado pela maioria das culturas, geralmente associado às celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Portanto, o seu consumo deve ser analisado como um comportamento cultural, tendo em conta a heterogeneidade dos modos de consumo e das razões, crenças, valores, rituais, estilos de vida e visões do mundo que o perpetuam³⁹. Por outro lado, o consumo nocivo é responsável por cerca de 5,9% de todas as mortes no planeta⁴⁰. No Município de Belo Horizonte, o consumo abusivo de álcool é mais frequente em pessoas com nível mais alto de escolaridade²⁷. Na presente análise, esse consumo apresentou associação positiva com o trabalho remunerado e a magnitude dessa associação foi semelhante entre homens e mulheres, mesmo após ajustamentos por idade e escolaridade. Esse resultado reforça a necessidade de medidas de prevenção primária, sugerindo que o consumo abusivo do álcool deve estar na pauta das atividades da saúde do trabalhador, na área do estudo.

A atividade física regular é um dos preditores mais importantes do envelhecimento ativo^{41,42}. Resultados do VIGITEL mostram prevalências muito baixas (3%) de adultos com atividade física no lazer, por pelo menos 30 minutos, cinco ou mais dias na semana⁴³. Na presente análise, foi utilizado critério menos restrito, considerando a frequência de três ou mais dias na semana como ponto de corte. Os resultados mostraram que homens com trabalho remunerado praticam menos atividade física no lazer em comparação aos seus pares sem trabalho remunerado. Entre as mulheres, não foram observadas diferenças na atividade física no lazer em relação ao trabalho remunerado. Por outro lado, o sedentarismo no cotidiano foi menos frequente entre homens e mulheres com trabalho remunerado, o que é consonante com exigências de atividades profissionais.

Estudos anteriores têm mostrado que a situação conjugal está associada à permanência no mercado de trabalho. O trabalho remunerado tende a ser mais frequente entre mulheres que não têm cônjuge, ao passo que esta associação inexistente²⁴ ou é o oposto entre os homens⁴⁴. Nossos resultados corroboram essas observações. As mulheres que tinham cônjuge eram menos propensas a ter trabalho remunerado, mesmo após ajustamentos por sexo e escolaridade. Entre os

homens, observou-se o inverso, com participação um pouco maior do trabalho remunerado entre os que tinham cônjuge.

Os idosos consideram-se em posição relativamente desfavorável no mercado de trabalho, uma vez que fatores como discriminação e competitividade favorecem a inatividade por meio do desemprego por desalento⁴⁵. Estudos têm apontado que é necessário evitar a discriminação por idade e as visões estereotipadas (por exemplo, que o idoso tem resistência a mudanças e problemas com a tecnologia) como uma questão importante para que o idoso permaneça no mercado de trabalho^{2,46}. A diversidade do indivíduo mais velho no grupo dos trabalhadores deve ser aceita e reconhecida na tentativa de encontrar formas de manter os funcionários mais velhos empregados, bem como envolvidos em seu trabalho⁴⁷. Nossos resultados mostram prevalências relativamente baixas em ambos os gêneros de discriminação no mercado de trabalho, tanto aquela aferida por meio da pergunta acerca de ter sofrido alguma discriminação (3,5%) quanto à aferida pela pergunta se conhece alguém que sofreu discriminação (3,3%). Por outro lado, as mulheres (mas não os homens) com trabalho remunerado foram significativamente mais propensas a conhecer alguém que já sofreu discriminação no ambiente de trabalho, e esta associação persistiu após ajustamentos por idade e escolaridade. Esse resultado pode refletir uma maior exposição das mulheres com trabalho remunerado a ambiente com discriminação e/ou uma maior sensibilidade delas para perceber a discriminação. Ressalta-se que não foi possível determinar se a discriminação, própria e relativa a outras pessoas, foi pela idade. São necessárias investigações mais profundas para um melhor entendimento desse fenômeno.

A presente análise tem vantagens e limitações. As principais vantagens são as bases de dados utilizadas, compreendendo uma grande amostra, representativa de moradores com 50-69 anos de uma das maiores regiões metropolitanas do país. As principais limitações do estudo são o delineamento transversal, que não permite estabelecer a temporalidade das associações, assim como a impossibilidade de análises mais profundas – dado o limite das informações existentes no inquérito da Região Metropolitana de Belo Horizonte – de aspectos emergentes como, por exemplo, no caso da percepção da discriminação, anteriormente comentado. Outra limitação deste e de outros inquéritos de base populacional é a impossibilidade de mensurar o efeito do trabalhador sadio. Esse efeito é atribuído ao fato de os indivíduos mais saudáveis terem maior chance de ingressar na força de trabalho (efeito

de seleção) e também de permanecerem trabalhando²³.

O aumento da expectativa de vida tem gerado preocupações quanto ao financiamento da seguridade social. Nesse contexto, os determinantes da permanência no trabalho nas faixas etárias mais avançadas assumem grande relevância⁹. No Brasil, a idade mínima da aposentadoria por idade, estabelecida por lei, é de 60 anos para as mulheres e de 65 anos para os homens⁴⁸. Mas essa idade pode ser menor, se considerado o tempo de contribuição para a seguridade social (fator previdenciário)²⁵. Esses são fatores relevantes ao se considerar as diferenças entre gêneros na inserção no mercado de trabalho nas faixas etárias mais elevadas. Nossos resultados mostram que a participação no trabalho remunerado diminuiu abruptamente após os 60 anos de idade, entre os homens, ao passo que, entre as mulheres, a redução foi progressiva após os 55 anos.

Resumindo, os resultados da presente análise mostraram que a escolaridade e a autoavaliação de saúde foram os fatores mais consistentemente associados à condição de ter trabalho remunerado em faixas etárias de transição para a aposentadoria, em consonância com estudos conduzidos em outras populações^{5,6,7,8,9,10}. Nossos resultados acrescentam por mostrar diferenças marcantes entre homens e mulheres nessas associações. A propensão de ter trabalho remunerado entre as mulheres com pior autoavaliação da saúde e escolaridade mais baixa foi dez vezes menor do que entre seus equivalentes homens. São necessárias mais investigações sobre o tema, para verificar se esses resultados são generalizáveis para outras populações.

Resumen

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

Envejecimiento; Trabajo; Escolaridad; Discriminación Social

Colaboradores

C. M. S. Castro, J. V. M. Mambrini e M. F. Lima-Costa participaram da concepção do projeto, análise dos dados, redação do artigo, revisão crítica do trabalho e aprovação da versão final. R. F. Sampaio e J. Macinko colaboraram na concepção do projeto, revisão crítica do trabalho e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Breno Dayrell Bretas Alvarenga Bastos, bioestatístico bolsista da Fundação Oswaldo Cruz em Minas Gerais, pela cuidadosa preparação do banco de dados para análise.

Referências

1. United Nations Population Division. World population prospects: the 2012 revision population database. <http://esa.un.org/wpp> (acessado em 04/Ago/2014).
2. Ross D. Ageing and work: an overview. *Occup Med* 2010; 60:169-71.
3. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European Union. *Lancet* 2013; 381:1312-22.
4. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. <http://www.who.int/ageing/publications/en> (acessado em 04/Ago/2014).
5. Mazzonna F. The long lasting effects of education on old age health: evidence of gender differences. *Soc Sci Med* 2014; 101:129-38.
6. Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, Tancredi DJ, Arheart KL, Leblanc WG, et al. Arthritis, occupational class, and the aging US workforce. *Am J Public Health* 2011; 101:1729-34.
7. Ilmarinen J; Finnish Institute of Occupational Health; Ministry of Social Affairs and Health. Age information through research: maintaining work ability. In: Ilmarinen J; Finnish Institute of Occupational Health; Ministry of Social Affairs and Health, editors. *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2005. p. 132-48.
8. Canduela J, Dutton M, Johnson S, Lindsay C, McQuaid RW, Raeside R. Ageing, skills and participation in work-related training in Britain: assessing the position of older workers. *Work Employ Soc* 2012; 26:42-60.
9. Crawford R, Tetlow G. Employment, retirement and pensions. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4)*. London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p. 11-75.
10. Ilmarinen J; Finnish Institute of Occupational Health; Ministry of Social Affairs and Health. Challenges created by changes in age structures: global ageing: true or false? In: Ilmarinen J; Finnish Institute of Occupational Health; Ministry of Social Affairs and Health, editors. *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2005. p. 30-6.
11. Gathmann C, Jürges H, Reinhold S. Compulsory schooling reforms, education and mortality in twentieth century Europe. *Soc Sci Med* 2015; 127:74-82.
12. Welmer AK, Kareholt I, Rydwick E, Angleman S, Wang HX. Education-related differences in physical performance after age 60: a cross-sectional study assessing variation by age, gender and occupation. *BMC Public Health* 2013; 13:641.
13. Goldman D, Smith JP. The increasing value of education to health. *Soc Sci Med* 2011; 72:1728-37.
14. Kemptner D, Jürges H, Reinhold S. Changes in compulsory schooling and the causal effect of education on health: evidence from Germany. *J Health Econ* 2011; 30:340-54.
15. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ* 2010; 29:1-28.
16. Jürges H, Kruk E, Reinhold S. The effect of compulsory schooling on health: evidence from biomarkers. *J Popul Econ* 2013; 26:645-72.
17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Mercado de trabalho: conjuntura e análise. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
18. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. A oferta de força de trabalho brasileira: tendências e perspectivas. In: Tafner P, organizador. *Brasil: o estado de uma nação – mercado de trabalho, emprego e informalidade*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006. p. 69-118.
19. Queiroz VS, Ramalho HMB. A escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. *Revista Economia* 2009; 10:817-48.
20. Gasparini L, Alejo J, Haimovich F, Olivieri S, Tornarolli L. Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. *J Int Dev* 2010; 22:176-207.
21. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. I Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. (Texto para Discussão, 1292).
22. Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:825-39.
23. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 759-71.
24. Pérez ER, Wajnman S, Oliveira AMHC. Análise dos determinantes da participação no mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. *Rev Bras Estud Popul* 2006; 23:269-86.
25. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. *Boletim Mercado de Trabalho – Conjuntura e Análise* 2013; 54:20-9.
26. Fundação João Pinheiro. Pesquisa de emprego e desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte: boletim anual 2010. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2011.
27. Lima-costa ME, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
28. Lima-Costa ME, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1370-80.
29. Wajnman S, Oliveira AMHC, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 453-79.*
30. Reinhardt JD, Wahrendorf M, Siegrist J. Socioeconomic position, psychosocial work environment and disability in an ageing workforce: a longitudinal analysis of SHARE data from 11 European countries. *Occup Environ Med* 2013; 70:156-63.

31. McPhedran, S. The labor of a lifetime? Health and occupation type as predictors of workforce exit among older Australians. *J Aging Health* 2012; 24:345-60.
32. Rice NE, Lang IA, Henley W, Melzer D. Common health predictors of early retirement: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 2011; 40:54-61.
33. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69:307-16.
34. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
35. Lima-Costa MF, Cesar CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012; 175:228-35.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
37. van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occup Environ Med* 2009; 66:211-20.
38. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
39. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
40. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhwa/en/# (acessado em 12/Jan/2015).
41. Haveman-Nies A, de Groot LC, van Staveren WA. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age Ageing* 2003; 32:427-34.
42. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health*. 2007; 97:515-9.
43. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377:2042-53.
44. Benítez-Silva H. Micro determinants of labor force status among older Americans. New York: Department of Economics, SUNY-Stony Brook; 2000.
45. Queiroz VS, Ramalho HMB, Monte PA. A inserção do idoso no mercado de trabalho: evidências a partir da duração do desemprego no Brasil. In: Anais do XVII Encontro Regional de Economia; 2012. http://edi.bnb.gov.br/content/aplicacao/eventos/forumbnb2012/docs/sim2_mesa1_a_insercao_idoso_mercado_trabalho_evidencias.pdf (acessado em 01/Set/2014).
46. Barnes H, Smeaton D, Taylor R. An ageing workforce: the employer's perspective. Brighton: Institute for Employment Studies; 2009.
47. Schalk R, van Veldhoven M, de Lange AH, De Witte H, Kraus K, Stamov-Roßnagel C, et al. Moving European research on work and ageing forward: overview and agenda. *Eur J Work Org Psychol* 2010; 19:76-101.
48. Ministério da Previdência Social. Regime geral – RGPS. <http://www.previdencia.gov.br/ouvidoria-geral-da-previdencia-social/perguntas-frequentes/regime-geral-rgps> (acessado em 31/Out/2014).

Recebido em 05/Nov/2014

Versão final reapresentada em 05/Fev/2015

Aprovado em 02/Mar/2015