

A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos

The influence of medical work leaves in the perception of health and quality of life of adult individuals

La influencia del alejamiento del trabajo en la percepción de salud y calidad de vida de individuos adultos

Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra¹, Letícia Cardoso Costa², Rosana Ferreira Sampaio³

RESUMO | Este estudo comparou percepção de saúde e qualidade de vida entre trabalhadores ativos e afastados do trabalho atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Uberaba (MG). Foram estudados 111 trabalhadores avaliados por um questionário com dados sociodemográficos e ocupacionais, avaliação da percepção de saúde e SF-36 para qualidade de vida. Os dados foram submetidos à análise descritiva, teste qui-quadrado para comparação da percepção de saúde e teste U de Mann-Whitney para comparação da qualidade de vida. Mais da metade da amostra era do sexo feminino (63,1%), com média de idade de 36 anos. Quanto à situação atual no trabalho, a maioria (69,4%) estava ativa e 30,6% afastada, sendo a média de 2,85 meses de afastamento. Mais de 75% dos respondentes avaliaram sua saúde como muito boa ou boa, e 23,4% como regular, ruim ou muito ruim. Os trabalhadores afastados tinham qualidade de vida significativamente pior nos domínios capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental, e pior percepção de saúde quando comparados aos trabalhadores ativos. Estar fora do mercado de trabalho associou-se a uma pior percepção de saúde e qualidade de vida; dessa forma, ações e políticas para inserção de indivíduos adultos em atividades laborais devem ser incentivadas.

Descritores | Trabalho; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT | This paper compared the health perception and quality of life among active and unemployed workers assisted in basic health units in Uberaba. A total of 111 workers were evaluated with a questionnaire containing social demographic and occupational questions, health perception and SF-36 for quality of life. The results were submitted to descriptive analysis, *Qui-square* test to compare health perception and *Mann-Whitney U* to compare quality of life. The average age was 36 years old and 63.1% were women. Regarding current work status 69.4% were active and 30.6% unemployed, the average time of unemployment was 2.85 months. A three quarters of the evaluated population considered their health very good or good and the remaining quarter considered it to be regular, bad or very bad. The retired workers had the quality of life significantly worse in functional capacity, physical aspect, pain, general health status, social status, emotional status and mental health when compared with the active workers. Being unemployed was associated with the worsening of health perception and quality of life. Actions and policies to insert adult individuals in labor activities should be encouraged.

Keywords | Work; Quality of Life; Occupational Health.

Estudo desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Netras/UFTM) – Uberaba (MG), Brasil.

¹Departamento de Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pesquisadora do Netras – Uberaba (MG), Brasil.

²Pesquisadora do Netras – Uberaba (MG), Brasil.

³Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Participação Social e Saúde (Netras), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Av. Getúlio Guaritá, 159, sala 329, 3º piso, Centro Educacional – Uberaba (MG), Brasil – CEP: 38025-440 – E-mail: fabiana@to.uftm.edu.br
Fonte de financiamento: Nada a declarar – Conflito de interesse: Nada a declarar – Apresentação: mar. 2015 – Aceito para publicação: fev. 2016 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nº 2394.

RESUMEN | Este estudio comparó percepción de salud y calidad de vida entre trabajadores activos y alejados del trabajo atendidos en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de Uberaba (MG). Se estudió 111 trabajadores evaluados mediante un cuestionario con datos sociodemográficos y ocupacionales, evaluación de la percepción de salud y SF-36 para calidad de vida. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo, prueba chi cuadrado para comparación de la percepción de salud y prueba U de Mann-Whitney para comparación de la calidad de vida. Más de la mitad de la muestra era del sexo femenino (63,1%), con media de edad de 36 años. En relación a la situación actual en el trabajo, la mayoría (69,4%) estaba activa y 30,6%

alejada, con la media de 2,85 meses de alejamiento. Más de 75% de los representantes evaluaron su salud como muy buena o buena, y 23,4% como regular, mala o muy mala. Los trabajadores alejados tenían calidad de vida significativamente peor en los dominios capacidad funcional, aspecto físico, dolor, estado general de salud, aspecto social, aspecto emocional y salud mental, y peor percepción de salud en comparación a los trabajadores activos. Estar fuera del mercado de trabajo se asoció a una peor percepción de salud y calidad de vida; así, incentivos para acciones y políticas de inserción de individuos adultos en actividades laborales deben ocurrir.

Palabras clave | Trabajo; Calidad de Vida; Salud del Trabajador.

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade essencialmente humana que dignifica a vida em seus aspectos pessoais e sociais e media a relação entre homem e sociedade. É por meio da ação do trabalho que o homem transforma o ambiente para que este atenda as suas necessidades¹. Essa transformação exerce uma influência considerável sobre os trabalhadores, sobre sua saúde, satisfação e produtividade, sendo geradora de significado e possuindo papel central na constituição da identidade individual e das diversas formas de inserção social¹⁻³.

Contudo, as inadequações do trabalho são responsáveis por processos de adoecimento, podendo limitar temporária ou definitivamente a vida do trabalhador, restringindo sua participação social e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Estudos mostram que a saúde é influenciada pelo status socioeconômico e está relacionada à qualidade de vida e a diferentes condições de trabalho⁴⁻⁶. Há consenso que o trabalho em condições desfavoráveis causa danos e expõe o trabalhador a doenças profissionais, insatisfação no trabalho e restrições na qualidade de vida⁷.

No entanto, a não inserção no mercado de trabalho também resulta em diversos prejuízos para o indivíduo, sua família e comunidade. A ausência de trabalho leva o trabalhador à dependência de terceiros para sua subsistência, além de sentimentos de incapacidade e baixa produtividade⁸. Um estudo qualitativo com trabalhadores em processo de reabilitação mostrou que afastamento, desemprego ou aposentadoria podem ocasionar sofrimento associado à perda do papel social de trabalhador⁹. Assim, a restrição das atividades laborais influencia a qualidade de

vida, pois o indivíduo que está fora do mercado de trabalho também é excluído de outras redes sociais e é inserido em um percurso de vulnerabilização⁴.

Nesse contexto, torna-se fundamental para a promoção e a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos a adoção de medidas preventivas e efetivas de acesso a empregos, e intervenções que minimizem a ocorrência de acidentes e doenças advindas da atividade laboral, beneficiando a capacidade do trabalhador e diminuindo o desemprego e afastamento. Atualmente, o Brasil fundamenta as ações da saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), integrando uma rede de serviços de assistência, vigilância e desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador¹⁰. A Renast se efetiva pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), cujo objetivo é a modificação do perfil de morbimortalidade do trabalhador, utilizando um enfoque epidemiológico com ações de vigilância à saúde, atendimentos ambulatoriais e atividades de educação em saúde do trabalhador.

Assim, analisar empiricamente a qualidade de vida permite identificar diferentes aspectos da vida do trabalhador, além de indicar possíveis áreas estratégicas de intervenção que auxilie a manutenção da saúde, propiciem segurança, direcionem investimentos em políticas de emprego e melhorem a funcionalidade e produtividade do trabalhador. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar e comparar a percepção de saúde e qualidade de vida de trabalhadores ativos e afastados do trabalho atendidos pelos serviços públicos de saúde de Uberaba (MG).

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido em uma perspectiva observacional, de corte transversal, usando uma abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (parecer nº 2394). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos de coleta de dados, e aqueles que aceitaram participar voluntariamente do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

A estimativa de tamanho da amostra considerou um nível de confiança de 95%, erro máximo desejado de três pontos e um desvio padrão médio, estimado em um estudo piloto, igual a 15,5 pontos, totalizando uma amostra mínima de 103 indivíduos. Os critérios de inclusão foram adultos de ambos os sexos com idades entre 18 e 60 anos. Os participantes deveriam ser trabalhadores, independente da situação atual no mercado de trabalho (ativo, afastado ou desempregado), do tipo de contrato (formal ou informal) e que estivessem em atendimento em uma das unidades de saúde do município. Foram excluídos aqueles que não apresentaram disponibilidade para participar do estudo, apresentaram condições que impediam a compreensão ou fidedignidade de suas respostas e que, segundo um autorrelato, nunca desenvolveram atividades de trabalho formal ou informal.

Assim, a amostra foi composta, por conveniência, por 111 trabalhadores em atendimento na rede pública de saúde na cidade de Uberaba entre março e outubro de 2014. O mapa territorial do sistema de saúde em Uberaba está dividido em três distritos sanitários, e a rede básica organizada em 17 Unidades de Saúde de Família, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 9 Unidades Matriciais de Saúde¹¹. Esta pesquisa foi realizada em 9 unidades de saúde (Básicas e de Família) escolhidas aleatoriamente, respeitando o mínimo de três unidades por distrito sanitário, sendo que a avaliação dos participantes ocorreu no momento de sua consulta.

Para caracterização dos participantes, informações sociodemográficas e ocupacionais foram coletadas em um questionário desenvolvido para este estudo, composto por questões como sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação atual e tempo na ocupação, renda, número de pessoas dependentes na casa, diagnóstico principal, situação atual de trabalho e, para os que estavam afastados, o tempo de afastamento.

A amostra foi dividida em dois grupos: um composto por trabalhadores ativos e outro composto por trabalhadores afastados do mercado de trabalho. Foram considerados fora da atividade laboral os trabalhadores afastados pelo Instituto Nacional do Seguro Social, desempregados ou aposentados.

A autoavaliação de saúde foi mensurada por meio da questão “Como você avaliaria sua saúde geral nos últimos 30 dias?”. Utilizou-se como opção de resposta uma escala do tipo likert de cinco pontos com categorias variando de muito boa a muito ruim. Posteriormente, as categorias muito boa e boa foram agregadas, assim como as categorias regular, ruim e muito ruim.

Na avaliação da qualidade de vida utilizou-se o questionário “Medical Outcomes Study 36 itens” (SF-36), uma avaliação genérica de saúde traduzida e validada para o português por Ciconelli et al¹². O SF-36 é composto por 36 questões que avaliam oito domínios relacionados à qualidade de vida: capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental. O domínio capacidade funcional diz respeito às dificuldades na realização de atividades diárias e aspecto físico refere-se a atividades físicas. O domínio dor relaciona-se à percepção de dor e estado geral de saúde refere-se às condições de saúde geral do indivíduo. O domínio vitalidade refere-se ao vigor, energia, esgotamento e cansaço, e aspecto social diz respeito às atividades sociais. Já aspecto emocional está relacionado aos problemas emocionais, e o domínio saúde mental à depressão e nervosismo¹². Cada domínio possui um escore que varia de 0 (zero) a 100 (cem), sendo que quanto mais próximo de 0, pior é a qualidade de vida, e quanto mais próximo de 100, melhor é a qualidade de vida¹².

Os dados coletados foram submetidos a uma análise descritiva e teste de normalidade. Para a comparação da percepção de saúde entre os trabalhadores ativos e não ativos foi utilizado o teste qui-quadrado, e para comparação da qualidade de vida foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Em todos os testes estatísticos foi ponderado um nível de significância de 5%, e as análises foram realizadas no software SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 111 trabalhadores com média de idade de 36 anos (DP=13,40), e 63,1%

eram do sexo feminino. A maioria dos entrevistados possuía ensino médio completo (33,3%) e era solteira (48,6%). O número de trabalhadores ativos no mercado de trabalho foi 77, e 34 estavam afastados. O tempo na ocupação variou de 1 a 480 meses, enquanto os trabalhadores que estavam afastados apresentaram uma média de 2,85 meses de afastamento (DP=11,27). A renda familiar dos trabalhadores obteve uma mediana de R\$ 2.500,00 (mínimo de R\$ 550,00 e máximo de R\$ 12.000,00). A Tabela 1 apresenta todas as informações sociodemográficas de forma detalhada.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e ocupacionais dos trabalhadores entrevistados (n=111). Uberaba (MG), 2015

Variável	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Sexo		
Feminino	70	63,1
Masculino	41	36,9
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	7	6,3
Ensino fundamental completo	10	9,0
Ensino médio incompleto	4	3,6
Ensino médio completo	37	33,3
Ensino superior incompleto	28	25,2
Ensino superior completo	18	16,2
Pós-graduação	7	6,3
Estado civil		
Solteiro	54	48,6
Casado	46	41,4
Separado ou divorciado	10	9,0
Viúvo	1	0,9
Situação atual em relação ao trabalho		
Ativo	77	69,4
Afastado	34	30,6

De forma geral, os entrevistados trabalhavam em atividades relacionadas aos setores econômicos do comércio e serviços. A maioria dos respondentes trabalhava como vendedor (16), recepcionistas (9), profissionais da saúde de nível superior (9), professores (7), assistentes administrativos (6), auxiliar de serviços gerais (6) e porteiros (5). A Figura 1 apresenta a distribuição completa das ocupações dos trabalhadores entrevistados.

Em relação à condição de saúde, a maioria foi diagnosticada com doenças musculoesqueléticas (28), hipertensão (24), problemas respiratórios (14), enxaqueca (8), gastrite (9), hipotireoidismo (5), dengue (19) e problemas ginecológicos (4).

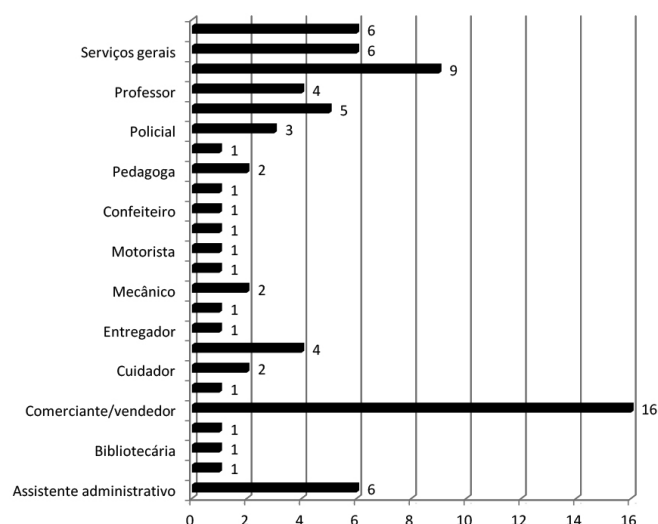


Figura 1. Distribuição de frequência das principais ocupações dos trabalhadores entrevistados (n=77). Uberaba (MG), 2015

Do total de respondentes, 85 (76,6%) avaliaram sua saúde como muito boa ou boa, enquanto 26 (23,4%) autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Quando analisado apenas o grupo de trabalhadores ativos, 68 tinham uma percepção positiva de sua saúde, e nove autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Já entre os trabalhadores afastados, 17 avaliaram sua saúde como muito boa ou boa, enquanto 17 apresentaram percepção negativa de saúde. Quando comparada a autoavaliação de saúde entre os grupos de trabalhadores, houve diferença estatística ($\chi^2=19,3$; $p=0,000$), indicando que os participantes que estavam ativos no trabalho apresentavam melhor percepção de saúde que os trabalhadores afastados.

No que se refere ao desfecho qualidade de vida, o domínio capacidade funcional apresentou escores médios de 85,49 (DP=17,08), sendo este o domínio melhor avaliado entre os trabalhadores, seguido pelo domínio aspecto social, com média de 76,01 pontos (DP=27,08). O estado geral de saúde apresentou pontuação média de 74,16 (DP=18,58), enquanto os resultados do domínio dor foram 71,05 (DP=24,38). Para saúde mental e aspecto físico, a média do escore final foi 70,19 (DP=15,36) e 69,14 (DP=38,72), respectivamente. Por fim, o domínio vitalidade apresentou média de 65,94 (DP=17,16), e no aspecto emocional a média foi 61,56 (DP=41,97) pontos, sendo este o pior escore entre os domínios da qualidade de vida.

Quando comparada a qualidade de vida entre trabalhadores ativos e afastados, os trabalhadores afastados apresentaram qualidade de vida significativamente pior do que os trabalhadores ativos

para os domínios: capacidade funcional ($p=0,000$), aspecto físico ($p=0,000$), dor ($p=0,002$), estado geral de saúde ($p=0,011$), aspecto social ($p=0,000$), aspecto emocional ($p=0,000$) e saúde mental ($p=0,023$). A Tabela 2 apresenta valores médios e desvios padrão da qualidade de vida de forma separada para trabalhadores ativos e afastados, bem como os resultados da comparação entre a qualidade de vida nos dois grupos de trabalhadores.

Tabela 2. Comparação da qualidade de vida avaliada pelo SF-36 entre os grupos de trabalhadores ativos e afastados ($n=111$). Uberaba (MG), 2015

	Trabalhadores ativos (Média±DP)	Trabalhadores afastados (Média±DP)	Valor p
Capacidade funcional	90,51±11,71	74,11±21,54	0,000
Aspecto físico	84,09±27,47	35,29±39,46	0,000
Dor	75,66±22,94	60,61±24,65	0,002
Estado geral de saúde	77,51±16,07	66,55±21,69	0,011
Vitalidade	66,88±14,23	63,82±22,56	0,772
Aspecto social	84,41±19,36	56,98±32,30	0,000
Aspecto emocional	73,16±37,47	35,29±40,15	0,000
Saúde mental	72,88±13,00	64,11±18,51	0,023

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apontam para uma associação entre estar trabalhando e uma melhor qualidade de vida e percepção de saúde. A possibilidade de avaliar e comparar a qualidade de vida de trabalhadores ativos e trabalhadores que estão fora do mercado de trabalho permite demonstrar o quanto o envolvimento e a participação em atividades laborais pode ter uma influência positiva na percepção de saúde e na qualidade de vida da população em idade adulta.

Neste estudo observou-se a predominância de mulheres entre os participantes, o que pode estar associado aos locais em que a coleta de dados foi realizada, como UBSs. O padrão de procura e de uso dos serviços de saúde entre a população brasileira é determinado por fatores diferentes entre homens e mulheres, e o predominante uso pela população feminina é atribuído a fatores como reprodutividade, idade, pior percepção de saúde e maior incidência de doenças crônicas não fatais¹³.

Os entrevistados tinham renda familiar e escolaridade mais elevadas em comparação ao restante da população

brasileira. A mediana de renda familiar encontrada nessa amostra (R\$ 2500,00) foi maior do que a renda individual apontada pelo IBGE¹³ (R\$ 1441,00) referente ao rendimento médio mensal dos brasileiros residentes no sudeste e vivendo em região urbana. O Censo 2010¹⁴ indica que 40,52% da população economicamente ativa em Uberaba (MG) tem rendimento salarial acima de três salários mínimos. Uma possível explicação do uso dos serviços públicos por trabalhadores com essa renda é a forma como a oferta desses serviços está organizada na cidade. Em Uberaba, a maioria dos estabelecimentos de saúde que oferecem atenção primária e terciária pertence ao serviço público, se constituindo assim nas únicas opções de atendimento de saúde para todas as faixas de renda da população¹⁴.

Como observado, a maioria dos participantes trabalha em atividades laborais dos setores de serviço e comércio. O município de Uberaba é um conhecido polo universitário e de oferta de serviço, atendendo 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul; sua população economicamente ativa está dividida seguindo a tendência regional de oferecer mais vagas justamente nesses setores¹⁵, sendo o segmento de serviços responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município (58,03%), seguido pela indústria (32,8%) e pela agropecuária (9,17%)¹⁵.

Da mesma forma, as condições de saúde relatadas pelos trabalhadores que participaram deste estudo seguem a tendência encontrada na literatura apresentando as doenças crônicas mais prevalentes na população adulta brasileira¹⁶.

Nesta amostra, 30% dos trabalhadores estavam afastados do mercado de trabalho. No Brasil, em 2011, o número de trabalhadores afastados de suas atividades laborais devido a doenças ou acidentes advindos do trabalho foi 611.576 para afastamentos temporários e 14.811 por incapacidade permanente, acarretando amplas consequências na saúde pública com gastos aproximados de R\$ 63,6 bilhões¹⁶. No que se refere ao desemprego, Moretto e Proni¹⁷ ressaltaram que após a crise financeira internacional ocorrida em setembro de 2008, o número de trabalhadores desempregados quase dobrou, causando impactos negativos na economia nacional.

De acordo com os resultados, a percepção de saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores afastados da atividade laboral foram significativamente piores quando comparados aos trabalhadores ativos. Diversos estudos investigaram a qualidade de vida em trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e

em grupos ocupacionais específicos como bancários¹⁸, bombeiros¹⁹, dentistas²⁰, mototaxistas²¹, servidores públicos²², professores²³, profissionais da saúde²⁴ etc. Entretanto, na literatura nacional, poucas investigações analisam a percepção de saúde de trabalhadores e o impacto de estar fora do trabalho na qualidade de vida do indivíduo.

Hultman²⁵ encontrou resultados similares, demonstrando que trabalhadores ativos apresentaram melhores aspectos de saúde em comparação a indivíduos fora do mercado de trabalho, que exibiram qualidade de vida mais pobre. Outros estudos corroboram os resultados aqui apresentados, disponibilizando evidências de que estar afastado do mercado de trabalho e tempo prolongado de afastamento são fatores estressantes que deterioram o bem-estar do sujeito, influenciando negativamente sua qualidade de vida²⁶. Alavinia e Burdorf²⁷, comparando o estado de saúde entre trabalhadores empregados e desempregados, demonstraram que uma percepção de saúde negativa estava fortemente associada com a não participação dos entrevistados na força de trabalho. Ainda neste estudo, doenças crônicas como depressão, acidente vascular encefálico, diabetes, doença pulmonar crônica e doenças musculoesqueléticas foram significativamente mais comuns entre os afastados²⁷. O desemprego de longa duração está associado à mortalidade elevada, pior estado geral de saúde e altos gastos com cuidados médicos^{26,28}.

Para Waddell e Burton²⁸, o trabalho geralmente é o mais importante meio de obtenção de bem-estar e plena participação na sociedade, atendendo a necessidades psicossociais importantes para a identidade individual, papéis sociais e status social. Existe forte associação entre falta de trabalho e problemas de saúde, demonstrando que o desemprego é prejudicial e se associa à mortalidade mais elevada; pior saúde geral; aumento da prevalência de doenças crônicas; presença de limitações funcionais; pior saúde mental e aumento do sofrimento psíquico^{9,28}. Nesse sentido, pessoas em idade adulta devem permanecer ou serem reinseridas no trabalho para minimizar os efeitos físicos, mentais e sociais da ausência de trabalho, reduzindo não só o risco de incapacidade e de desenvolvimento de doenças crônicas, mas promovendo melhora da qualidade de vida e bem-estar.

Alguns fatores podem representar limitações deste estudo e precisam ser discutidos. O delineamento transversal aponta para associação entre percepção de

saúde, qualidade de vida e trabalho; entretanto, não se pode estabelecer uma relação causal entre as variáveis investigadas. A amostra apresenta escolaridade e renda acima da média da população brasileira atendida por serviços públicos de saúde, de forma que generalizações para outras populações devem ser feitas com cautela. Este estudo ganha relevância quando explora a influência do “não trabalho” na saúde e incorpora trabalhadores de diferentes ocupações e diagnósticos. Tradicionalmente, as diversas pesquisas da área de saúde do trabalhador apresentam análises voltadas ao adoecimento gerado pelo trabalho em ocupações específicas.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra a importância do trabalho para a qualidade de vida e percepção de saúde de adultos em idade produtiva. Os achados apresentados revelam um decréscimo da qualidade de vida e da percepção de saúde em trabalhadores afastados do trabalho. A comparação da percepção de saúde e da qualidade de vida entre trabalhadores ativos e afastados reitera a necessidade de promover plena inserção do adulto em atividades laborais, uma vez que pior percepção de saúde e qualidade de vida na população geral é um forte preditor de morbimortalidade. Os resultados descritos têm implicações diretas nas políticas econômicas e sociais que devem incentivar o emprego e proporcionar intervenções em termos de retorno ao trabalho para combater os efeitos negativos da exclusão do mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Tolfo SR, Piccinini VC. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol Soc.* 2007;19(esp 1):38-46.
2. Morin EM. Os sentidos do trabalho. *Rev Adm Empres.* 2001;41(3):8-19.
3. Lancman S, Ghirardi MIG. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo.* 2002;13(2):44-50.
4. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(1):99-106.
5. Roux AVD. Integrating social and biologic factors in health research: a systems view. *Ann Epidemiol.* 2007;17(7):569-74.

6. Alcântara MA, Sampaio RF, Assunção AA, Silva FCM. Work Ability: using structural equation modeling to assess the effects of aging, health and work on the population of Brazilian municipal employees. *Work*. 2014;49(3):465-72.
7. Barbosa LN, Almeida FQA. Relato de experiência sobre a avaliação dos riscos ambientais e mapeamento em uma unidade de alimentação e nutrição (UAN) para a promoção da segurança no trabalho. *Rev Simbio-Logias*. 2008;1(2):170-80.
8. Ramos MZ, Tittoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad Psicol Soc Trab*. 2008;11(2):209-21.
9. Silva FCM, Sampaio RF, Mancini MC, Luz MT, Alcântara MA. A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its Social Consequences. *Occup Ther Int*. 2011;18(2):85-95.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 1679. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 2002. Seção 1*.
11. Prefeitura Municipal de Uberaba. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. Secretaria Municipal de Saúde - Assessoria de Planejamento em Saúde, 2014. 157p.
12. Ciconelli RM, Ferraz, MB, Santos W, Meinão I, Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
13. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo. *Perspectiva*. 2008;22(2):19-29.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. [citado 2015 abr 11]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
15. Prefeitura Municipal de Uberaba. Uberaba em dados: Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo - Prefeitura de Uberaba, 2009, cap. 4. [citado 2015 abr 12]. Disponível em: http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/developimento_economico/arquivos/uberaba_em_dados/Edicao_2009/capitulo_04.pdf.
16. Ministério da Previdência Social (MPS). Estatísticas: Informações Estatísticas Relativas à Segurança e Saúde Ocupacional, 2011. [citado 2015 mar 11]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>.
17. Moretto AJ, Proni MW. O desemprego no Brasil: análise da trajetória recente. *Econ Desenv*. 2011;10(2):7-35.
18. Mergener CR, Kehrig RT, Traebert J. Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense. *Saude Soc*. 2008;17(4):171-81.
19. Marconato RS, Monteiro MI. Pain, health perception and sleep: impact on the quality of life of firefighters/rescue professionals. *Rev Latino-Am. Enferm*. 2015;23(6):991-9.
20. Carmo IC, Soares EA, Virtuoso JJS, Guerra RO. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina - PI. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):141-50 .
21. Teixeira JRB, Boery EN, Casotti CA, Araújo TM, Pereira R, Ribeiro IJS et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida de mototaxistas. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):97-110.
22. Saraiva LEF, Medeiros LP, Melo MDM, Tiburcio MP, Costa IKF, Torres GV. Chronic health conditions related to quality of life for federal civil servants. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(2):35-41.
23. Ferreira JM, Campos NF, Bassi IB, Santos MAR, Teixeira LC, Gama ACC. Analysis of aspects of quality of life in teachers' voice after discharged: longitudinal study. *CoDAS*. 2013;25(5):486-91.
24. Bracarense CF, Costa NS, Duarte JMG, Ferreira MBG, Simões ALA. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):542-8.
25. Hultman B. Self-rated quality of life among unemployed people and people in work in northern Sweden. 2007. 14f. Dissertation (Master of Science in Public Health). Nordic School of Public Health.
26. Kentos M, Birknerová Z, Komarova M. Quality of life of short term and long term unemployed. *Človek Spoločnosť*. 2010;13(2):26-37.
27. Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;82(1):39-45.
28. Waddell G, Burton A. Is work good for your health and well-being? Norwich, United Kingdom: TSO (The Stationary Office), 2006. [citado 201r abril 20]. Disponível em: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>.