

Saúde ocupacional: controle médico e riscos ambientais

Helena Hemiko Iwamoto*, Karoline Faria de Oliveira, Gilberto de Araújo Pereira, Bibiane Dias Miranda Parreira e Bethania Ferreira Goulart

Centro de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Praça Manoel Terra, 330, 38015-050, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: iwamotokato@uol.com.br

RESUMO. O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, tem como diretrizes a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. O objetivo deste estudo é descrever a adesão dos trabalhadores ao Programa, segundo riscos ambientais. Trata-se de um estudo retrospectivo e do tipo ecológico, utilizando-se dados secundários dos registros do PCMSO. Nos anos de 2005 e 2006, foram convocados 3.078 trabalhadores, entretanto, destes, 52,05% não compareceram para o controle médico. O maior percentual de trabalhadores que não compareceram foram com risco físico e biológico (56,78%). O fato de o PCMSO estabelecer os riscos ambientais para cada trabalhador e convocá-los periodicamente não indica, necessariamente, adesão ao Programa. É preciso estabelecer mecanismos mais convincentes de aproximação entre o trabalhador e o Programa, na perspectiva de contribuir para a qualidade de vida no trabalho.

Palavras-chave: exposição ambiental, impactos na saúde, qualidade de vida, riscos ambientais, saúde ocupacional, serviços de saúde do trabalhador.

ABSTRACT. Occupational health: medical control and environmental risks. The Occupational Health Medical Control Program (PCMSO) from the Universidade Federal do Triângulo Mineiro has as its main directives: the prevention, tracking and advanced diagnosis of work-related health injuries. This study aims to describe worker enrollment in the program, according to environmental risks. A retrospective analysis was conducted using secondary data registered in the PCMSO. According to it, 3,078 workers were summoned from 2005 to 2006, of which 52.05% did not attend periodic examinations. The greatest percentile of workers who did not attend was related to physical and biological risks (56.78%). The simple fact that the PCMSO sets environmental risks for each worker does not necessarily translate into program affiliation. It is necessary to establish more persuasive approaching mechanisms for the worker, in order to contribute to their well-being.

Key words: environmental exposure, impacts on health, quality of life, environmental risks, occupational health, medical health workers, occupational health services.

Introdução

A Saúde do Trabalhador, no pensamento clássico da medicina ocupacional, era entendida como aquela que se relacionava apenas ao ambiente físico, esquecendo-se de que o trabalhador está em contato com agentes químicos, físicos e biológicos que podem causar acidentes e enfermidades (Oliveira e Murofuse, 2001). Hoje, ela avança numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada pela clínica médica e indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (Gomez e Thedim-Costa, 1997).

O tema saúde ocupacional é polêmico e complexo, podendo, muitas vezes, ser utilizado

indiscriminadamente, sem a devida reflexão. E, ainda, devido à dificuldade de mensuração da saúde ocupacional, em função da questão da subjetividade que a sustenta, constantemente ela é compreendida pelo estilo e pelas condições de vida, que podem ser traduzidas em variáveis mais objetivas. As condições de vida estão relacionadas às questões de moradia, trabalho, ocupação, lazer, alimentação, estudo, dentre outras; e o estilo de vida pode ser traduzido por opção ou escolha pessoal, ou seja, a maneira como o indivíduo opta para conduzir a própria vida.

As questões do trabalho influem sobremaneira, quando se aborda itens relacionados à saúde ocupacional. Neste contexto, o trabalhador está distanciado do seu objeto de trabalho, ou seja, o trabalho é parcelar e o usuário do serviço deixa de ter uma referência pelo seu cuidado, pois distintos

trabalhadores operam numa lógica fragmentada e pouco produtora de vínculos (Campos, 1997). Entretanto, quando se aborda o tema trabalho em saúde, os trabalhadores possuem expectativas peculiares no que se refere ao serviço e à administração. Querem ser reconhecidos pela organização e comunidade, aspiram à participação na gestão dos serviços e desejam receber remuneração justa e digna (Braga Júnior, 1998).

É oportuno, ainda, resgatar a legislação referente à Saúde do Trabalhador. A Constituição Federal, de 1988, estabeleceu a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador, pelas ações dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde. A Consolidação das Leis do Trabalho, as Leis nº 8.212/91 e 8.213/91 regulamentam as atribuições pertinentes. Destaca-se, ainda, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), responsável por traçar as diretrizes, as responsabilidades institucionais e os mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social que norteiam os planos de trabalho e ações intra e intersetoriais (Brasil, 2004).

A PNSST tem como finalidade contribuir para a promoção da melhoria da qualidade de vida e de saúde do trabalhador, e adota como linha de frente, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que tem como diretrizes a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Para tanto, a sua implantação é embasada nos riscos à saúde sofridos pelos trabalhadores.

Os riscos ocupacionais podem provocar vários danos ao trabalhador, como, por exemplo, aqueles expostos ao risco físico: redução da capacidade auditiva ou surdez permanente, câncer, anemias, cataratas, vasodilatação, diminuição da acuidade visual, nervosismo, irritabilidade, estresse, cefaléia, entre outros. Os agentes químicos podem causar intoxicações que agredem, principalmente, os pulmões pela dispersão pelo ar, quando nas formas sólidas, líquidas ou gasosas e podem afetar, ainda, as vias digestivas ou cutâneas.

Na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), localizada no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, o PCMSO está vinculado ao Núcleo de Atenção à Saúde e Educação (NASE), criado em agosto de 2001, com o intuito de minimizar as demandas de problemas de ordem física, psíquica e social dos trabalhadores. Atualmente, o NASE presta assistência tanto aos trabalhadores do Regime Jurídico Único (RJU) quanto aos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e adota, como critério para a caracterização do risco ocupacional, a observação das condições de

trabalho e a Norma Regulamentadora NR-9 da Portaria nº 5 de 17/8/1992 do Ministério do Trabalho.

Segundo protocolo do NASE, para a classificação dos riscos ambientais, leva-se em consideração a função que o trabalhador exerce na instituição e as condições de trabalho a que ele está sujeito. No grupo de riscos ambientais, incluem-se os agentes físicos, químicos e biológicos, existentes nos ambientes de trabalho, capaz de causar danos à saúde do trabalhador em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição. O *risco biológico* advém da exposição a vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas e bacilos; o *risco físico*, de radiações ionizantes e não-ionizantes, ruídos, vibrações, frio, calor, pressões anormais e umidade; o *risco químico*, a substâncias, compostos ou produtos químicos, gases, vapores, neblinas, névoas, fumos e poeiras.

Em certos casos, pode ocorrer a exposição do trabalhador a mais de um desses agentes, nesses casos, os efeitos são avaliados durante as consultas médicas, como o risco ergonômico e o risco mecânico. O risco ergonômico é proveniente do esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, trabalho em turno e noturno, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade, imposição de ritmo excessivo, controle rígido de produtividade e outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico; e o risco mecânico de acidentes como quedas, lesões provocadas por objetos no ambiente de trabalho.

Em especial, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), da UFTM, convoca, periodicamente, todos os trabalhadores para a realização de controle médico, e dependendo das condições de saúde apresentadas pelo trabalhador, o NASE coloca à disposição a assistência de outros profissionais como: assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, nutricionista, dentista, professor de educação física, terapeuta ocupacional e demais especialidades médicas.

Por outro lado, alguns pesquisadores brasileiros têm questionado o que tem sido feito no sentido de se construir ambientes de trabalho mais positivos que possibilitem o crescimento pessoal e profissional do trabalhador (Bateman e Snell, 1998), lembrando que o trabalho pode afetar diretamente a vida dos trabalhadores, e no sentido de humanização em relação ao profissional, e mais, como está a vida desses trabalhadores que, diariamente, lidam com sofrimentos, dores, desejos e morte. Quais são as suas condições de vida, que relação pode haver entre elas e o seu trabalho? Como os trabalhadores de saúde percebem a questão da qualidade de vida em relação ao trabalho desenvolvido, de que maneira esses trabalhadores são percebidos na

dimensão da organização do serviço e de que forma os seus problemas são tratados?

Muitas das respostas para esses questionamentos que requer várias investigações que possam descrever a saúde dos trabalhadores, em diferentes grupos sociais, consistem no auxílio às mudanças das práticas assistenciais, na superação de modelos eminentemente biomédicos, que refutem os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais, imprescindíveis à compreensão e à escolha de estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

No Brasil, poucos são os estudos relacionados à saúde ocupacional, fato que se soma à escassez e à inconsistência das informações acerca do contexto atual da situação de saúde dos trabalhadores, dificultando a re-estruturação do trabalho e a definição de prioridades para as políticas públicas. Sabe-se que essas informações, quando atualizadas e completas, representam ferramentas importantes para a melhoria das condições de vida dos trabalhadores (Brasil, 2004).

Por estas razões, o presente estudo tem como objetivo descrever a adesão dos trabalhadores da UFTM ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), segundo os riscos ambientais (biológico, físico, físico e biológico, biológico e químico, físico e químico e químico), a fim de intervir de forma mais incisiva e contínua, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Metodologia

Estudo retrospectivo e do tipo ecológico sobre a participação dos trabalhadores no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) da UFTM. A população de estudo foi constituída por todos trabalhadores que no período de 1º de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2006 foram convocados oficialmente para controle médico no NASE.

A coleta de dados sobre os trabalhadores foi realizada com base na consulta mensal, junto ao NASE, identificando-se as seguintes informações, o setor de trabalho, o risco ocupacional de cada trabalhador, a data da convocação e o seu comparecimento no NASE na data prevista e o sexo. Como a periodicidade das

convocações dos trabalhadores para controle médico era semestral, anual ou até a cada dois anos, o presente estudo foi realizado em um período de dois anos.

Para análise do tipo de risco ocupacional, foi utilizada a mesma classificação adotada pelo PCMSO da UFTM, que leva em consideração o local de trabalho e as funções que os trabalhadores exerciam no momento da convocação, ou seja, em riscos: biológico, físico, físico e biológico, biológico e químico, físico e químico e químico. Os dados sobre o comparecimento dos trabalhadores ao controle médico significam que eles estiveram no NASE para a realização de consulta médica, o que exclui os demais dados como se houve ou não solicitação de exames laboratoriais, encaminhamento para outros profissionais e retorno.

Esta investigação foi realizada de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (Protocolo 753).

Resultados e discussão

No período estudado (2005 e 2006), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) da UFTM classificou todos trabalhadores segundo os riscos ambientais, para fins de convocação para controle médico. Neste período, o PCMSO convocou, oficialmente, por ofício, 3.078 trabalhadores, sendo 1.733 trabalhadores, em 2005, e 1.345 no ano de 2006. A variação do número de convocações realizadas, no período em questão está diretamente relacionada ao número total de controle médico previsto para cada trabalhador, em função do risco ambiental.

Do total de convocados, a maior parte tinha sido incluída no grupo de risco biológico 1.851 (60,14%), seguido do grupo de trabalhadores com risco físico 638 (20,73%) e físico e biológico 354 (11,50%). Um percentual relativamente pequeno de trabalhadores foi classificado com risco biológico e químico 184 (5,98%), físico e químico 26 (0,84%) e químico 25 (0,81%).

No período estudado, dos 3.078 trabalhadores convocados pelo PCMSO, apenas a metade, 1.476 (47,95%) trabalhadores compareceram para a realização de controle médico (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores convocados e que compareceram para o controle médico da UFTM, segundo os riscos ambientais. Uberaba, Estado de Minas Gerais, 2007.

Riscos ambientais	2005				2006				Total			
	Convocados		Compareceram		Convocados		Compareceram		Convocados		Compareceram	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Biológico	961	55,45	474	49,32	890	66,17	431	48,43	1851	60,14	905	48,89
Físico	431	24,87	223	51,74	207	15,39	75	36,23	638	20,73	298	46,71
Físico e biológico	201	11,60	89	44,28	153	11,38	64	41,83	354	11,50	153	43,22
Biológico e químico	89	5,14	33	37,08	95	7,06	53	55,79	184	5,98	86	46,74
Físico e químico	26	1,50	13	50	0	0	0	0	26	0,84	13	50
Químico	25	1,44	21	84	0	0	0	0	25	0,81	21	84
Total	1733	100	853	49,22	1345	100	623	46,32	3078	100	1476	47,95

Os trabalhadores com *risco biológico*, que representavam praticamente a metade da população estudada, houve uma variação do número de convocações de um ano para outro, ou seja, de 961 (55,45%) em 2005 para 890 (66,17%) no ano de 2006. Do total de convocados (1.851), no período, compareceram 905 (48,89%) dos trabalhadores. Uma das características deste grupo foi o predomínio de mulheres 1.270 (68,26%), na sua maioria pertencente à equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e estavam diretamente vinculados às unidades de internação e/ou serviços ambulatoriais. Ao comparar o percentual de quem comparece mais para controle médico, entre gêneros, constatou-se, que as mulheres (54,26%), são mais assíduas do que os homens (38,68%).

Quanto aos trabalhadores com *risco físico*, houve uma significativa redução no número de convocações de 2005 para 2006, ou seja, de 431 (24,87%) para 207 (15,39%) trabalhadores. Dos 638 trabalhadores convocados nos dois anos, apenas 298 (46,71%) compareceram ao controle médico. A redução do percentual de convocações de um ano para outro, em torno de 35%, pode estar relacionada à reclassificação dos riscos ambientais, por exemplo, o ruído, apesar de estar incluído neste grupo, ele é considerado de alta intensidade somente para os trabalhadores que atuam nos serviços de lavanderia e caldeira. Além da redução do número de convocações de um ano para outro, houve também redução no comparecimento de 223 (51,74%) para 75 (36,23%). No entanto, os percentuais de comparecimento entre os gêneros, mantiveram-se semelhantes, sendo 140 (47,30%) em homens e 158 (46,20%) nas mulheres.

No período estudado, foram convocados 354 (11,5%) trabalhadores com *riscos físico e biológico*, destes compareceram 153 (43,22%) para controle médico. A maioria destes trabalhadores atua nos serviços de construção, lavanderia e nutrição. Uma das características deste grupo é o predomínio de homens 222 (62,71%), entretanto, quando se trata de controle médico, a participação entre as mulheres 84 (63,60%) foi maior que dos homens 69 (31,10%).

No grupo dos trabalhadores com *riscos biológico e químico*, incluem-se aqueles que atuam nos serviços de patologia clínica, cirúrgica, anatomia, dentre outros. No período, foram convocados 184 (5,98%) dos trabalhadores, destes compareceram 86 (46,74%).

Os trabalhadores de *risco físico e químico e risco químico* compõem o menor grupo, e é constituído de pesquisadores, professores e farmacêuticos, dentre

outros. Neste grupo, foram convocados 51 (1,65%) trabalhadores, destes compareceram 34 (67,33%). Quanto aos percentuais de comparecimento, entre os gêneros, estes se mantiveram semelhantes. Embora, as convocações destes grupos sejam a cada dois anos, chama a atenção o elevado percentual de comparecimento entre os trabalhadores com risco químico 21 (84%).

O presente estudo demonstrou que 52,05% dos trabalhadores não comparecem ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional da UFTM, para controle médico. Estes dados, além de serem preocupantes porque dificulta o desenvolvimento de ações de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, impõem a necessidade de buscar outras estratégias de controle médico, em especial daqueles grupos expostos à radiação ionizante e quimioterápicos.

Há que se destacar ainda, o baixo percentual de adesão dos trabalhadores em outros programas do NASE, tais como aqueles que dão ênfase ao acompanhamento da situação vacinal dos trabalhadores, ao uso de equipamento de proteção individual, ao controle da esterilização e da desinfecção de materiais, ao estabelecimento de condições adequadas de ventilação do ambiente e de saúde ocupacional. Além destas, o NASE disponibiliza aos trabalhadores a sua inclusão em projetos de readaptação funcional, harmonia corpo e mente, atenção à gestante servidora e/ou dependente, grupo de apoio a hipertensos e diabéticos, administração do orçamento familiar, grupo de atenção à fibromialgia, atendimento ao acadêmico, residente e pós-graduando, reiki (terapia corporal) e massoterapia, drenagem linfática, defesa pessoal, trabalhando com linhas, mãos e obras.

Observa-se que o cenário deste estudo, ainda está embasado num modelo biomédico o qual, muitas vezes, descarta o contexto de vida de cada trabalhador, utilizando-se de atos normativos, sem nenhum amparo em relações de troca e reciprocidade entre instituição e trabalhadores. Pode-se afirmar que o modelo organizacional em saúde, ainda, adota normas disciplinares e o processo de trabalho é segmentado e subordinado à forte hierarquia (Campos, 1992). Na prática, adotam-se modelos organizacionais verticalizados, excludentes e com pouca ou nenhuma possibilidade de oportunizar relações mais humanas e solidárias (Campos, 1998; Vaitsman, 2000; Cunha, 2004).

O trabalho em saúde é permeado por características muito próprias e um cotidiano recortado por situações peculiares. Distintos fatores

influenciam na performance e na satisfação dos trabalhadores. Isso envolve o cuidado específico, o ambiente, a tarefa, a jornada de trabalho, o salário, além de outros fatores ligados à qualidade de vida como nutrição, nível de atividade física habitual, lazer e todas as condições gerais de saúde.

Segundo Lima e Carvalho (2000), o trabalho na área hospitalar, em especial, da equipe de enfermagem, está marcado, na maioria das vezes, por carga mental/física excessiva, condições e recursos inadequados do ambiente de trabalho, relacionamentos interpessoais insatisfatórios, desgaste emocional, salários defasados, ausência de reconhecimento profissional, falta de autonomia, dentre outros. Enfim, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a vários fatores estressores que, dependendo da subjetividade de cada um, da organização do trabalho e das estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, tornam-se positivos ou negativos. Quando negativos, podem gerar desinteresse em buscar diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, problemas emocionais, de comportamento e de saúde, e outros.

A qualidade de vida sofre influência direta do cotidiano de trabalho, pois não há como dicotomizar a vida e o trabalho (Felli e Tronchin, 2005). A qualidade de vida dos trabalhadores de saúde está intimamente relacionada à filosofia individual adotada pela instituição. Ela é adequada ou excelente quando dispõe de um mínimo de condições para os trabalhadores, dentre elas, trabalhar, produzir bens e/ou serviços, fazer ciência ou artes (Cardoso, 1999).

Neste sentido, vale destacar os resultados preliminares de um outro estudo, em andamento, sobre os motivos do não-comparecimento dos trabalhadores ao PCMSO da UFTM. Muitos responderam que não comparecem quando a data da convocação coincide com o período de férias e folgas, e horário de trabalho em outras instituições, e quando há sobrecarga de trabalho, que impede a saída dos trabalhadores durante a jornada de trabalho.

A saúde ocupacional reflete na qualidade de vida dos trabalhadores e é decorrente de um ambiente de trabalho que resulta da interação entre as ações desenvolvidas pelos trabalhadores no seu dia-a-dia e o interesse pela utilização dos serviços existentes na própria instituição.

Enfim, a instituição e os trabalhadores devem possuir uma responsabilidade conjunta. A primeira oferecendo uma base firme para os diversos aspectos de segurança no ambiente de trabalho; enquanto os demais devem possuir um compromisso ético do conjunto dos trabalhadores, estar ciente e reconhecer os riscos presentes no ambiente de

saúde, possuir senso coletivo desenvolvendo sentido de responsabilidade com relação a sua própria segurança, de seus colegas e dos usuários do serviço a que pertence (Alam *et al.*, 2005).

Conclusão

Durante o período de 2005 e 2006, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional da UFTM classificou todos os trabalhadores (3.078) de acordo com os riscos ambientais para fins de controle médico, e a maioria foi incluída no grupo de risco biológico, ou seja, 1.851 (60,14%). Do total de trabalhadores convocados pelo Programa (3.078) compareceram somente 1.476 (47,95%) trabalhadores. O percentual de trabalhadores que menos compareceram foram do grupo físico e biológico (56,78%) e os mais assíduos os do grupo de risco químico (84%).

Em termos de saúde ocupacional, é preciso buscar novas estratégias para que haja maior adesão dos trabalhadores aos programas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Uma das estratégias de motivação para adoção de hábitos saudáveis, busca do equilíbrio biopsicossocial entre a vida profissional e pessoal, criação de um clima de convivência agradável e produtivo entre os trabalhadores pode ser a instalação de um serviço de saúde ocupacional no próprio ambiente de trabalho. Enfim, a promoção de ações educativas integradas ao processo de trabalho, pode ser uma forma saudável de sensibilização dos trabalhadores para a importância da saúde ocupacional.

Referências

- ALAM, M.M. *et al.* Educação ambiental e o conhecimento do trabalhador em saúde sobre situações de risco. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 39-47, 2005.
- BATEMAN, T.S.; SNELL, S.A. Fundamentos da administração. In: BATEMAN, T.S.; SNELL, S.A. (Ed.). *Administração: construindo vantagem competitiva*. São Paulo: Atlas, 1998. cap. 1, p. 25-43.
- BRAGA JÚNIOR, D. Relações de trabalho: conflitos, eficiência e democracia: a negociação como instrumento de gestão no SUS. *RASPP Rev. Assoc. Saúde Pública de Piauí*, Teresina, v. 1, n. 2, p. 133-136, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. *Política nacional de segurança e saúde do trabalhador*. Brasília, 2004.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E.E. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CARDOSO, W.L.C.D. *Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CUNHA, B.F.G. *A implicação dos trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba-MG, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D.M.A.A. Qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de Enfermagem. In: KURCGANT, P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

GOMEZ, C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cad.*

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

LIMA, E.D.R.P.; CARVALHO, D.V. Estresse ocupacional: considerações gerais. *Rev. Nursing*, São Paulo, v. 3, n. 22, p. 30-34, 2000.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, 2000.

Received on August 23, 2007.

Accepted on February 22, 2008.