

Terapia ocupacional na vigilância em saúde do trabalhador*

Occupational therapy in surveillance of workers' health

Maria Teresa Bruni Daldon¹, Selma Lancman²

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Terapia ocupacional na vigilância em saúde do trabalhador. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 216-22, set./dez. 2012.

RESUMO: Desde os anos 1980 a terapia ocupacional se incorporou às áreas de Saúde do Trabalhador (ST) e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), essenciais na investigação, análise e intervenção nas condições e organização do trabalho visando a promoção à saúde, a prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais. O objetivo deste artigo é o de apresentar um breve histórico do campo e dos caminhos percorridos pelos terapeutas ocupacionais, tendo como foco os CRST da PMSP e o SUS. Partiu-se de uma pesquisa que analisou documentos oficiais, produção bibliográfica, 68 questionários e 13 entrevistas semiestruturadas respondidas pelos profissionais dos CRST/PMSP. O material foi utilizado como fonte de dados históricos e contextuais. Concluímos que o terapeuta ocupacional integrou-se às equipes e que suas dificuldades, tais com a falta de planejamento e sistematização das ações desenvolvidas e a desconsideração do conhecimento construído, não diferem dos demais e podem estar dificultando a realização do trabalho e a promoção da saúde do trabalhador.

DESCRIPTORIOS: Saúde do trabalhador; Vigilância em saúde do trabalhador; Política de saúde; Terapia ocupacional; Política de saúde do trabalhador.

* Este trabalho faz parte da dissertação de mestrado do Programa de Ciências da Reabilitação, Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação Humana do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da USP, 2012.

1. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó – PMSP

2. Profa. Titular Dra. do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para Correspondência: Faculdade de Medicina USP-SP, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Rua Cipotânea, 51, CEP: 05360160, São Paulo, SP. e-mail: mariateresabdaldon@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho (AT) e as doenças relacionadas ao trabalho são um grave problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados do Ministério da Previdência Social (MPS), em 2011 foram registrados 423.167 acidentes típicos, 100.230 de trajeto e 15.083 doenças relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2011). Esses dados são subestimados, pois consideram apenas a população formalmente empregada, excluindo cerca de 50% dos trabalhadores.

Diante desse cenário, os serviços de Saúde do Trabalhador (ST) desenvolvem intervenções buscando garantir condições e processos de trabalho dignos e seguros, atenuando os problemas de saúde relacionados ao trabalho.

No final dos anos 1970, o Movimento de Reforma Sanitária propunha uma nova concepção de Saúde Pública, reconhecendo-a como um direito universal de todos os brasileiros (BRASIL, 2006). Esse Movimento incluía as entre diretrizes a ST.

Influenciada pela Medicina Social Latino Americana e pelo Modelo Operário Italiano (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997), a saúde do trabalhador, configurou-se em uma nova concepção incluindo a estruturação das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no país, rompendo com modelos advindos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

A ST passou a considerar a determinação social nos processos de saúde e a questionar a adoção exclusiva de métodos quantitativos e monocausais na compreensão dos adoecimentos relacionados ao trabalho (MACHADO, 1997; SANTOS, 2001). Dessa forma foram introduzidas, em algumas práticas e gestões, metodologias participativas em saúde, a validação consensual em grupos homogêneos e a atenção à dinâmica entre os indivíduos e o coletivo.

Tradicionalmente a intervenção nos espaços de trabalho era papel exclusivo do Ministério do Trabalho, que desenvolvia ações baseadas em normas da Higiene e Segurança aplicando sanções exclusivamente vinculadas às leis e normas. Somente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda, da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, o setor saúde passou a intervir nos espaços de trabalho (LACAZ, 2005; BRASIL, 1994).

Ainda hoje persiste a desarticulação entre ministérios, havendo, até mesmo, no que tange a intervenção nos espaços de trabalho, concorrências entre o Ministério do Trabalho e Emprego e o da Saúde na definição das atribuições de cada órgão, o que dificulta parcerias que possibilitariam ações de maior alcance.

Desde o início, a ST, buscou, por meio de novas formas de intervenção, abarcar não apenas os riscos e os adoecimentos, mas também o processo de trabalho e seus determinantes na promoção da saúde. Segundo os preceitos da ST, a VISAT deve valorizar a subjetividade e o saber dos trabalhadores e buscar ser um instrumento de transformação articulado ao contexto social (PINHEIRO, 1996).

Foi nesse contexto (anos 1980/90) que foram implantadas as primeiras instituições voltadas para a saúde dos trabalhadores no país (VILELA, 2003). No município de São Paulo, no início dos anos 1990, na primeira administração do partido dos trabalhadores, foram criados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) que assumiram ações relativas à área em cinco frentes: assistência a trabalhadores com sequelas de acidentes ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho, VISAT, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas.

Os CRST sempre contaram com uma equipe composta por profissionais de diferentes formações, entre eles, médicos do trabalho e de outras especialidades, engenheiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais. Muitos deles trilharam diversos caminhos no serviço público e alguns apenas se aproximaram da área de Saúde do Trabalhador ao ingressarem no CRST. Os terapeutas ocupacionais sempre integraram essas equipes, embora se caracterizasse como um campo de atuação novo para esses profissionais e não houvesse experiências acumuladas que norteassem sua prática, principalmente no que se refere à vigilância.

OBJETIVO

Apresentar um breve histórico da inserção dos terapeutas ocupacionais (TO) na atividade de VISAT e os caminhos desses profissionais nesse campo de atuação, tendo como foco os CRST da PMSP e o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Este artigo originou-se de uma pesquisa realizada entre 2009 a 2012, em São Paulo, vinculada a uma dissertação de mestrado (DALDON, 2012). Esta pesquisa, de caráter qualitativo, baseou-se em levantamento bibliográfico, na aplicação de questionários de caracterização da população de trabalhadores do campo e em entrevistas semiestruturadas com profissionais que desenvolvem ações de VISAT, como autoridades sanitárias, nos CRST da PMSP e na Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA). O

trabalho de campo partiu de um questionário, respondido por 68 profissionais dos serviços em foco em um universo de 97 trabalhadores e permitiu fazer um primeiro diagnóstico do coletivo estudado, funcionando como norteador para a escolha dos profissionais que seriam entrevistados.

Foram realizadas 13 entrevistas individuais com duração média de 70 minutos. A partir desses relatos coletaram-se informações para compreensão do desenvolvimento das ações de VISAT e de sua trajetória profissional na área. Entre esses profissionais três eram TO, de um total de cinco que integravam as equipes de vigilância. Neste artigo, focaremos especificamente o material coletado junto a esses profissionais visando a compreender a história da própria TO na área de VISAT na cidade de São Paulo.

O levantamento bibliográfico foi estruturado a partir da consulta de livros, artigos de periódicos, dissertações e teses, documentos governamentais, legislações e atas de conferências federais, estaduais e municipais, relativos à Saúde Pública no Sistema Único de Saúde (SUS) e à área de Saúde do Trabalhador, abrangendo o período dos anos 1980 a 2011. Acrescentou-se, ainda, um levantamento bibliográfico em periódicos indexados, e banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O material foi utilizado como fonte de dados simples, no qual se buscou elementos históricos e conceituais referentes ao tema abordado e a compreensão das políticas e diretrizes que o norteiam, bem como os fatores que interferem nos rumos e no alcance dessas ações.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da PMSP - CEP/SMS e pela Comissão de Ética para a Análise de Pesquisas da FMUSP, protocolo nº 1136/09. A todos os participantes foi garantido o sigilo, o voluntariado e o acesso aos resultados da pesquisa.

RESULTADOS

A área de ST, pela complexidade de aspectos que envolve, é um dos campos mais interdisciplinares da saúde, com equipes são compostas por profissionais de diversas formações, entre eles o TO.

ATO, ao ingressar nessa área, acumulava experiências advindas da sua prática em saúde mental, na reabilitação física e profissional, e no uso de instrumentos para a análise de atividades, porém, focava somente aspectos clínicos da reabilitação profissional, não explorando a correlação entre o quadro clínico e o trabalho que o gerou. Sua experiência e ferramentas necessitavam ser aprimoradas para essa nova

prática.

“a terapia ocupacional sempre buscou a inclusão dos indivíduos no trabalho como objetivo da ação reabilitadora (...)os modelos de análise de atividades desenvolvidos procuravam adaptar e adequar indivíduos ao trabalho ou vice-versa, bem como adaptar máquinas e instrumentos para que aqueles portadores de deficiências, oriundas ou não do mundo do trabalho, pudessem trabalhar. Esta tradição de buscar compreender as relações indivíduo-trabalho herdadas do modelo da reabilitação, agora enriquecidas por outras teorias, passa por transformações e ganha uma compreensão mais coletiva da problemática” (LANCMAN, 2004, p.79).

A ST não era tema de disciplinas de graduação nos cursos na área de saúde nem na TO. Dessa forma, quando os CRST foram criados, não era claro para os profissionais, o seu papel - inovador em relação à formação recebida - que implicava em um novo enfoque centrado nas ações de ST e de VISAT e na promoção de transformações que conduzissem à melhoria das condições e situações de trabalho. As ações em VISAT demandam uma ação meticulosa capaz de captar e potencializar o saber dos trabalhadores das empresas investigadas, além de considerar o contexto em que estão inseridos.

O número de TOs que compõem as equipes dos CRST espalhados pelo país cresceu muito. Esses profissionais percorreram diferentes trajetórias no serviço público tendo atuado em diferentes áreas e mesmo secretarias e se aproximaram da área sem clareza e capacitação acerca das especificidades do campo e do papel que deveriam desempenhar.

A PMSP investiu pouco em capacitação profissional, principalmente para a atuação em VISAT. Dessa forma, os TOs, assim como seus colegas de outras profissões, foram ao longo dos anos buscando conhecimentos que subsidiassem sua prática e que respondesse às demandas que encontravam. Os caminhos foram sendo construídos na prática diária, nas trocas de experiência e com esforço pessoal na busca de capacitação tanto clínica quanto voltada para estudos do trabalho.

Para a compreensão dos reflexos das condições e organização do trabalho na saúde buscaram se apropriar de diferentes abordagens que estudam os processos de trabalho e as relações sociais que deles decorrem, articulando a epidemiologia, a saúde coletiva, a psicologia social, a psicodinâmica do trabalho e as concepções da ergonomia franco-belga, entre outras. (DEJOURS, 1999; WISNER, 1994; GUÉRIN, et al., 2001; DANIELLOU, 2004; LANCMAN; SZNELWAR, 2004; SATO, 1996; VILELA, 2003, 2010).

Nos CRST, os TOs atendem portadores de doenças ocupacionais, principalmente de Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e de problemas de saúde mental (SATO et al., 1993), desenvolvem atividades educativas voltadas para os trabalhadores assistidos e atuam em um novo e amplo campo, a VISAT. Assim, conheceram de perto as consequências que as condições e situações de trabalho nocivas à saúde trazem à vida dos trabalhadores e suas famílias, passando a valorizar ainda mais as ações de prevenção.

Os TOs participaram, ao longo desses anos, de projetos de intervenção e pesquisa em parceria com sindicatos de diversas categorias, com profissionais de outros serviços de saúde do trabalhador e com outros órgãos ligados a ST (FUNDACENTRO, Universidades, Promotoria de Justiça de Acidentes do Trabalho da Capital do Ministério Público do Estado de São Paulo e Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Regional do Trabalho – 2ª Região) acumulando experiência e conhecimentos globais.

Por estarem acostumados a usar ferramentas como a análise de atividade, a pensarem o contexto de vida e cotidiano e a inserção no trabalho de clientes com problemáticas diversas, os TOs tinham preparo para agir nas organizações de trabalho a partir de uma perspectiva histórico social. Eles já estavam sensibilizados para compreender o trabalho tanto como fator de promoção de saúde quanto gerador de sofrimento e adoecimento. Podiam ainda contribuir nos estudos sobre o trabalho e a relação estabelecida pelo trabalhador com sua atividade. O TO, pelo seu olhar biopsicossocial, tem um instrumental que lhe permite pensar sobre os reflexos do trabalho na vida dos indivíduos tanto no trabalho quanto fora dele.

Nos CRST, a experiência dos TOs em atuações grupais facilitou sua atuação junto a grupos de discussão, com trabalhadores das empresas investigadas, complementares às intervenções de VISAT, e a promover processos de construção e reconstrução das relações do sujeito com o seu trabalho.

O trabalho dos TOs nesse campo, apesar de suas especificidades, sofre os mesmos percalços de outros profissionais dos CRST que tiveram sua atuação nas empresas modificadas com a criação, em 2004, do Código Sanitário do Município de São Paulo (CSM) (SÃO PAULO, 2004), que lhes trouxe novo status e novas atribuições como autoridade sanitária⁽¹⁾ nas ações de intervenção em VISAT.

Até então, devido à falta de legislação municipal

que regulasse suas práticas, a atuação nas empresas se dava com base na Constituição Federal, a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e no Código Sanitário Estadual que não assegurava que os profissionais pudessem entrar nos ambientes de trabalho e de que suas recomendações fossem adotadas. Antes do CSM, a PMSP, graças a parcerias com os Ministérios Públicos, os profissionais dos CRST atuavam como “assistentes técnicos” desses órgãos. Nessa conjuntura, as sanções legais impostas às empresas, quando necessárias, eram atribuídas pelos promotores e procuradores.

Essa nova realidade mudou significativamente o trabalho dos profissionais do CRST. Porém, o CSM não assegurou a superação de uma série de carências estruturais inclusive de recursos materiais e humanos nem superou a falta de articulação e divergências entre os vários ministérios envolvidos no sentido de definir atribuições no que tange a intervenção nos espaços de trabalho e nas questões de saúde relacionadas ao trabalho (MACHADO, 1997; MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997).

Além disso, as ações em VISAT, segundo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (BRASIL, MS, 2002), devem ocorrer a partir da noção de problema e da percepção e conhecimento do próprio trabalhador sobre as condições e organização do trabalho. Nessa pesquisa verificou-se que há um distanciamento entre esses pressupostos e o que as autoridades sanitárias fazem na prática. A realização dessas ações vem sendo dificultadas pelo caráter fiscalizador e punitivo das ações, pelo contexto sócio político, e pelos escassos recursos estruturais oferecidos pela PMSP.

A meta institucional da VISAT de investigar 100% dos AT graves, fatais e com menores de 18 anos não é acompanhada de estratégias de intervenção que permitam atingir tal objetivo. Esses fatores e a demanda elevada, acolhida de forma desordenada, têm empurrado os profissionais para uma ação pontual tida por eles como de baixa efetividade e distante dos preceitos da VISAT. A multiplicidade de condutas adotadas em cada um dos serviços em relação à demanda gera incongruências e contradições que deixam clara a carência de uma linha mestra de condução dessas ações.

A ausência de avaliações sistemáticas e mesmo de critérios norteadores das suas ações levam as autoridades sanitárias a incertezas quanto ao valor das atividades que desempenham e a um sentimento de falta de reconhecimento.

Nas 13 entrevistas realizadas, os profissionais

(1) Autoridade sanitária é um profissional de saúde credenciado pelo Secretário Municipal da Saúde para aplicar a legislação sanitária, eliminando fatores de risco e controlando situações que possam causar ou acentuar prejuízos graves à saúde, por meio de ações de vigilância e de processos administrativos com a prerrogativa de aplicar sanções (multas e interdições).

foram muito queixosos em relação ao seu trabalho e às condições de concretização do mesmo. Como temas recorrentes nas entrevistas apareceram, entre outros aspectos, ausência de estrutura institucional e de diretrizes para a realização do trabalho, condições e divisão de trabalho, falta de capacitação profissional, insegurança, falta de reconhecimento, insatisfação com o trabalho.

As entrevistas mostraram, ainda, que diante da variabilidade de condições e situações de trabalho, na atividade real, esses profissionais se mobilizam individualmente e usam o seu “saber-fazer”⁽²⁾ (LANCMAN; SZNELWAR, 2004) para garantir que o trabalho aconteça.

DISCUSSÃO

Na PMSP faltam mecanismos e critérios claros de avaliação do trabalho realizado que reflitam a complexidade do trabalho de VISAT e os obstáculos encontrados para realizá-lo.

Tomando como base os pressupostos da “Psicodinâmica do Trabalho” aspectos menos visíveis, tais como, valorização e reconhecimento, mobilização da inteligência, motivação, cooperação e mobilização da inteligência, que se desenvolvem a partir das situações de trabalho, são fundamentais para a constituição identitária dos trabalhadores (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; LANCMAN et al., 2007). Dessa forma torna-se possível compreender aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados nos sujeitos, a partir das ações e relações estabelecidas no trabalho e da organização do mesmo.

Para Dejours (LANCMAN; SZNELWAR, 2004) o conhecimento que o trabalhador detém, ou seja, o seu “saber-fazer” é um elemento-chave na compreensão do seu trabalho. Os profissionais de saúde que atuam em VISAT também são, eles próprios, trabalhadores. A invisibilidade das estratégias criadas pelos profissionais de saúde dos CRST, entre eles os TOs, para garantir que seu trabalho aconteça dificultam os processos de reconhecimento e conseqüentemente de formação identitária. A inteligência desenvolvida no trabalho é construída por meio da prática e da vivência ao longo dos anos.

A falta de espaço para troca de conhecimentos em fóruns específicos e a impossibilidade de transmitir o conhecimento construído nesses anos de trabalho vem sendo uma das fontes de inquietação e tem reforçado a sensação de ausência de reconhecimento pela falta de avaliações e de

processos que garantam a visibilidade do trabalho realizado. A falta de contratação de novos profissionais dificulta a transmissão desse conhecimento para novas gerações.

A inteligência e a habilidade desenvolvidas pelos trabalhadores estão além da própria consciência que eles têm delas. A visibilidade do trabalho realizado é, portanto, uma condição necessária aos processos de reconhecimento no trabalho, processos esses fundamentais aos mecanismos psíquicos que garantem a saúde dos que trabalham (LANCMAN; JARDIM, 2004).

As novas relações de poder que se estabelecem com o caráter “fiscalizador/punitivo”, adotado quando os profissionais da saúde atuam como autoridades sanitárias, geraram dificuldades no estabelecimento de relações que caminhem para a construção coletiva de propostas de transformação, com a participação de todos os atores envolvidos - representantes dos empresários, trabalhadores da empresa e profissionais de saúde da VISAT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Movidos pela necessidade de responder as demandas surgidas nos CRST, com seu engajamento, os TOs, e os demais profissionais desses serviços construíram um saber prático, o “saber-fazer” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Na falta de espaços formais, algumas equipes procuraram estruturar esse saber por meio de trocas informais de experiências, construindo um jeito peculiar de atuar.

Verificamos que a VISAT não é um processo linear, está sujeita a tensões e conflitos de várias naturezas que deveriam ser considerados no estabelecimento dos critérios adotados para sua avaliação e na busca de avanços no alcance dessas ações.

A carência de recursos materiais, humanos e de processos de capacitação podem trazer prejuízos ao trabalho. A forma desordenada como vem sendo acolhida a demanda de AT no município e o número insuficiente de autoridades sanitárias para atender à essa demanda podem estar comprometendo a qualidade e a capacidade efetiva das ações de VISAT.

Espera-se pela criação de mecanismos de avaliação que consigam ir além do uso de meros critérios quantitativos e que considerem as estratégias operatórias⁽³⁾ adotadas pelos

(2) Do francês *savoir-faire*. Série de conhecimentos, aptidões, competência e técnicas adquiridas pelos trabalhadores, geralmente através da experiência, utilizados na execução de tarefas práticas.

(3) O conceito de estratégia operatória utilizado pela ergonomia define os processos de regulação desenvolvidos pelos trabalhadores para garantir que o trabalho aconteça. Envolvem mecanismos cognitivos e o uso de competências para responder às exigências da tarefa e aos limites pessoais do trabalhador na resolução de problemas (ABRAHÃO, et al, 2009).

profissionais de VISAT para cumprir suas metas. Almeja-se, ainda o reconhecimento do uso que esses profissionais têm feito de si para a realização de suas ações, modulado pela dimensão psíquica do trabalho e pelas relações de prazer e sofrimento.

Insuficientes processos de avaliação, de reconhecimento e de troca de experiência somados a aproximação da aposentadoria da maioria dos profissionais que atuam em VISAT no município, inclusive dos TOs, evidenciam a possibilidade de que o “saber-fazer” acumulado se perca.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Occupational therapy in surveillance of workers' health. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 216-22, set./dez. 2012.

ABSTRACT: Since the 1980s, occupational therapy has been included in the fields of occupational health/workers' health (ST), and Surveillance of Workers' Health (VISAT) which is essential to research, analysis and intervention in work organization and conditions for the purpose of health promotion, and prevention of occupational accidents and illness. This article presents a brief history of the fields and the paths occupational therapists have taken, with a focus on the Reference Centers for Workers' Health (CRST) of the city government of São Paulo (PMSP) and the national public health system (SUS). It is based on research that analyzed official documents, bibliographic production, 68 questionnaires and 13 semi-structured interviews answered by professionals at the CRST/PMSP. The material was used as a source for information on history and context. The conclusion is that occupational therapists joined became part of the teams and that their difficulties, such as the lack of planning and systematization of activities and the failure to consider the already constructed knowledge, were no different than for others and that these could be making it more difficult to carry out the work and to promote worker health.

KEYWORDS: Occupational health; Surveillance of the workers health; Occupational health policy; Health policy.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO J. I., SZNELWAR L. I., SILVINO A. M. D., SARMET M. M., PINHO D. L. M. **Introdução à ergonomia:** da prática à teoria. São Paulo: Edgard Blucher, 2009.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. **Anuário estatístico de acidentes de trabalho.** Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão de Saúde do Trabalhador. **Relatório final** da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.679 de 19/09/2002** dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, DF, 2006.

DALDON, M. T. B. **Processo de trabalho dos profissionais de saúde em Vigilância em Saúde do Trabalhador** [dissertação]. São Paulo, 2012. Departamento de Fonoaudiologia, Físio-

terapia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da USP.

DANIELLOU, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Ed. Edgard Blucher, 2004.

DEJOURS, C. **A Banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1999.

GUERÍN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KEGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo:** a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

LACAZ, F. A. C. Saúde do Trabalhador no Brasil: vinte anos de história. In: **Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Mato Grosso do Sul, 2005.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.; UCHIDA, S.; TUACEK, T. A. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface* (Botucatu), v. 11, n. 21, p. 79-92, 2007.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs). **Christophe Dejourns:**

da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo15, 2004.

LANCMAN, S. Construção de novas teorias e práticas em Terapia Ocupacional, saúde e trabalho. In: LANCMAN, S. (Org.) **Saúde, trabalho e terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004. cap. 3, p. 71-83.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 42-89, 2004.

MACHADO, J. M. H. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância. Campinas, 1996. 189f. (Tese Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas.

SANTOS, A. P. L. **Entre o imediatismo e o planejamento**: o desafio da construção da vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo. Rio de Janeiro, 2001. 148f. (Dissertação Mestrado em

Saúde Pública) - Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

SÃO PAULO (Cidade). **Lei municipal nº 13.725 de 09/01/2004** que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo, 2004. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/financas/legislacao/Lei-13725-2004.pdf>. Acesso em 02 fev. 2010.

SATO, L.; ARAÚJO, M. D.; UDIHARA, M. L.; FRANCO, M.; NICOTERA, F. N.; DALDON, M. T.; SETTIMI, M. M.; SILVESTRE, M. P. Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 79, p. 49-62, 1993.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.

VILELA, R. A. G. **Da vigilância para a prevenção**: contribuição da Ergonomia da Atividade no Aprimoramento do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho SIVAT – Piracicaba. 2010. 138f. (Tese Livre-docência em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo..

VILELA, R. A. G. **Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho**. São Paulo: LTR, 2003.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. Tradução de Roberto leal Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

Recebido para publicação: 01/06/2012.

Aceito para publicação: 21/08/2012.