

4

Trabalho e saúde

Françoise Doppler

Agradecimentos à sra. Catherine Sauvagmac, doutora em ergonomia, por sua contribuição inicial a este capítulo.

As relações entre o trabalho e a saúde dizem respeito a várias disciplinas, entre as quais podemos citar: a ergonomia, a medicina do trabalho, a prevenção dos riscos, a toxicologia, a psicodinâmica, a epidemiologia e a saúde pública, mas também a sociologia, ou mesmo a economia da saúde. Aqui, abordaremos em particular duas das disciplinas citadas: a medicina do trabalho e a ergonomia, e investigaremos a relação entre as duas.

As relações entre o trabalho e a saúde se mostram complexas: o ponto de vista mais amplamente admitido é que o trabalho prejudica a saúde; um outro ponto de vista menos difundido é que a saúde é necessária para a realização do trabalho. Mas o trabalho pode ser também uma fonte de saúde e de realização pessoal. São essas conexões polimorfos e as possibilidades de ações que delas decorrem que serão examinadas neste capítulo.

Ele está dividido em 4 seções: são examinadas sucessivamente as noções de trabalho, de populações no trabalho, de saúde, insistindo nas evoluções pelas quais vêm passando; e então são abordados os diferentes pontos de vista sobre o confronto entre trabalho e saúde.

O trabalho

O trabalho pode ser descrito em seu estado atual segundo diferentes dimensões, que permitem entrever o que podem ser as relações entre trabalho e saúde – saúde entendida aqui no sentido global do termo, incluindo os componentes físico, cognitivo, psíquico e social. Voltaremos mais adiante a esses diferentes componentes.

As dimensões do trabalho consideradas aqui são: o estatuto do trabalho, o tempo do trabalho, a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho, e por fim as condições do trabalho.

Estatuto do trabalho. – Alguns poderão achar que essa questão diz mais respeito à sociologia do trabalho do que ao campo das relações trabalho-saúde, mas nos parece

difícil compreender a situação atual sem evocar esse aspecto histórico. Com efeito, o que se pode chamar a "vida ativa" passou por grandes mudanças nos últimos trinta anos: a contratação tardia dos jovens, os períodos de desemprego, o fim antecipado da atividade induziram profundas modificações do valor "Trabalho".

Desde o século passado, o trabalho passou por metamorfoses consideráveis, seu estatuto na sociedade não é mais o mesmo e o investimento que cada um pode fazer nele acabou se modificando notavelmente, o que sem dúvida atinge de maneira significativa a saúde.

No século XIX, o trabalho era ainda essencialmente agrícola e artesanal, ocorrendo geralmente no local onde se vivia; as ferramentas para realizá-lo, fora o arado e a foice, ainda eram fabricadas pelos próprios artesãos, atendendo assim às suas necessidades e funcionamento. A revolução industrial veio transformar profundamente as diferentes dimensões do trabalho. A criação das fábricas modificou o local do trabalho, enquanto o nascimento da organização científica do trabalho, ou OCT, tendo por consequência o parcelamento das tarefas, atingiu o conteúdo do trabalho do operador. Este último, ao se tornar o executor de tarefas em princípio inteiramente prescritas pela direção, perdeu não somente sua autonomia, mas também o aspecto global de sua "obra". Foi nessa época que se constituíram os coletivos de trabalho, tanto no interior das oficinas quanto no plano sindical.

Desde o fim da década de 1970, o trabalho industrial tem estado em declínio relativo e o aparecimento do desemprego em massa trouxe modificações profundas às motivações e investimentos. O desemprego prejudica o vínculo social fundado no trabalho (Bidet e Tixier, 1994) e desestrutura as solidariedades coletivas.

Esboços de soluções foram propostos, relativos às noções de divisão do trabalho, de redução do tempo de trabalho (Gorz, 1991), de desenvolvimento de outras atividades "não produtivas mas necessárias ao equilíbrio individual e à coesão social" (Meda, 1995). Também tem sido discutida a ideia de uma repartição dos recursos sem ser através do trabalho, com a distribuição de uma renda mínima a cada um fora do contrato de trabalho.

O desenvolvimento nesse período de formas precárias de trabalho – trabalho temporário, contrato com duração determinada – contribui igualmente para a desestruturação do vínculo social (Paugam, 2000). Por fim, a entrada na era da globalização acarretando fusões, aquisições e reestruturações de empresas engendra um sentimento de insegurança que atinge o conjunto dos assalariados, inclusive os executivos de direção.

A fragilidade de um investimento exclusivo no trabalho se torna manifesta e pode-se ler o relativo retraimento de certos assalariados em relação à atividade profissional como um reflexo de preservação da saúde; mas isso não impede que a insegurança do trabalho permaneça sendo uma fonte de estresse, ou mesmo de patologia.

Modificação do tempo do trabalho. – A carga horária de trabalho mantém na França o movimento de decréscimo que se verifica desde o início do século XX (Gollac e Volkoff, 2000): de 3.000 horas anuais no início do século XX, a carga horária média de trabalho passara a ser de 1.600 horas em 1990.

No entanto, a evolução da carga horária de trabalho não é apenas quantitativa, mas também qualitativa. Junto com a lógica social que visa melhorar as condições de trabalho e de vida dos assalariados, há também em ação a lógica da empresa que tem por objetivo

"otimizar a carga horária de médicos em equipes de grau os parciais e a carte" t

O vêm s efetua impos mínit que p

(diz re ção a escol

está Alé hor é re

ma pr

se tu a c c

diffícil compreender a situação atual sem evocar esse aspecto histórico. Com efeito, o que se pode chamar a "vida ativa" passou por grandes mudanças nos últimos trinta anos: a contratação tardia dos jovens, os períodos de desemprego, o fim antecipado da atividade induziram profundas modificações do valor "Trabalho".

Desde o século passado, o trabalho passou por metamorfoses consideráveis, seu estatuto na sociedade não é mais o mesmo e o investimento que cada um pode fazer nele acabou se modificando notavelmente, o que sem dúvida atinge de maneira significativa a saúde.

No século XIX, o trabalho era ainda essencialmente agrícola e artesanal, ocorrendo, geralmente no local onde se vivia; as ferramentas para realizá-lo, fora o arado e a foice, ainda eram fabricadas pelos próprios artesãos, atendendo assim às suas necessidades e funcionamento. A revolução industrial veio transformar profundamente as diferentes dimensões do trabalho. A criação das fábricas modificou o local do trabalho, enquanto o nascimento da organização científica do trabalho, ou OCT, tendo por consequência o parcelamento das tarefas, atingiu o conteúdo do trabalho do operador. Este último, ao se tornar o executor de tarefas em princípio inteiramente prescritas pela direção, perdeu não somente sua autonomia, mas também o aspecto global de sua "obra". Foi nessa época que se constituíram os coletivos de trabalho, tanto no interior das oficinas quanto no plano sindical.

Desde o fim da década de 1970, o trabalho industrial tem estado em declínio relativo e o aparecimento do desemprego em massa trouxe modificações profundas às motivações e investimentos. O desemprego prejudica o vínculo social fundado no trabalho (Bidet e Tótier, 1994) e destrutura as solidariedades coletivas.

Esboços de soluções foram propostos, relativos às noções de divisão do trabalho, de redução do tempo de trabalho (Gorz, 1991), de desenvolvimento de outras atividades "não produtivas mas necessárias ao equilíbrio individual e à coesão social" (Meda, 1995). Também tem sido discutida a ideia de uma repartição dos recursos sem ser através do trabalho, com a distribuição de uma renda mínima a cada um fora do contrato de trabalho.

O desenvolvimento nesse período de formas precárias de trabalho – trabalho temporário, contrato com duração determinada – contribui igualmente para a desestruturação do vínculo social (Paugam, 2000). Por fim, a entrada na era da globalização acarretando fusões, aquisições e reestruturações de empresas engendra um sentimento de insegurança que atinge o conjunto dos assalariados, inclusive os executivos de direção.

A fragilidade de um investimento exclusivo no trabalho se torna manifesta e pode-se ver o relativo retraimento de certos assalariados em relação à atividade profissional como um reflexo de preservação da saúde; mas isso não impede que a insegurança do trabalho permaneça sendo uma fonte de estresse, ou mesmo de patologia.

Modificação do tempo do trabalho. – A carga horária de trabalho mantém na França o movimento de decréscimo que se verifica desde o início do século XX (Gollac e Volkoff, 2000): de 3.000 horas anuais no início do século XX, a carga horária média de trabalho passou a ser de 1.600 horas em 1990.

No entanto, a evolução da carga horária de trabalho não é apenas quantitativa, mas também qualitativa. Junto com a lógica social que visa melhorar as condições de trabalho e de vida dos assalariados, há também em ação a lógica da empresa que tem por objetivo

"otimizar" produtividade e flexibilidade (Sciences Humaines, 2001). Desse modo, a evolução da carga horária de trabalho é acompanhada por uma modificação de sua estrutura temporal através de medidas tais como a reorganização do tempo de trabalho, o trabalho noturno, o trabalho dito em equipes alternantes ou não, que estão em desenvolvimento e contrariam em maior ou menor grau os ritmos biológicos, conforme o caso. A flexibilidade pode significar também um tempo parcial obrigatório, ou a atualização do tempo de trabalho, mesmo se os horários flexíveis "à la carte" tenham se desenvolvido também em resposta às reivindicações dos assalariados.

O trabalho é na maioria das vezes fracionado, em particular no comércio: os caixas efetuam um verdadeiro trabalho de gestão da alternância entre tempo trabalhado e descanso imposto. Inversamente, alguns assalariados tentam agrupar seu tempo de trabalho num mínimo de dias para salvaguardar seu espaço privado: citemos o exemplo das enfermeiras que preferem efetuar seu trabalho por turnos de dez horas consecutivas.

O trabalho em tempo parcial se desenvolve, por escolha ou imposição. Quando é imposto, diz respeito à fragmentação do tempo a serviço da empresa e coloca o problema de sua adequação aos outros tempos sociais; quando é escolhido, remodela a posição dos assalariados que o escolhem em relação a sua empresa, indicando um engajamento consciente.

Quanto à implantação recente das 35 horas na França, parece que o ganho de tempo está sendo apreciado, desde que não seja um freio para a organização da semana seguinte. Além disso, os atores de todos os níveis hierárquicos percebem um efeito perverso das 35 horas em termos de intensificação do trabalho, quando uma diminuição dos objetivos não é renegociada, ou quando essa implantação não é acompanhada por contratações.

Modificação do conteúdo do trabalho. – O trabalho mudou: o trabalho terciário domina, marcado pela modernização das ferramentas; a organização do trabalho, o gerenciamento e a prescrição evoluem, transformando as condições da saúde psíquica.

Realidade da ascensão do trabalho no setor terciário. – Embora o trabalho no setor terciário se desenvolveu consideravelmente, isso não significa que as situações de trabalho fisicamente árduas tenham desaparecido. Por um lado, esse setor inclui todas as atividades do comércio e do transporte, entre as quais há algumas ainda submetidas a constrangimentos físicos severos; por outro lado, mesmo no setor terciário propriamente dito, há trabalho árduo, em particular nas atividades de serviço.

Além disso, o trabalho operário não desapareceu (Gollac e Volkoff, 2000) e permanece exposto aos efeitos nocivos do ruído, a constrangimentos de postura e a substâncias tóxicas. Embora a automatização tenha trazido elementos positivos, não fez o trabalho físico desaparecer, e às vezes até o sujeitou aos ritmos das máquinas.

Modernização do trabalho. – A multiplicação dos computadores e dos autômatos aumentou a importância do trabalho mental. A ferramenta básica não é mais a mão, mas o pensamento e as operações cognitivas (Clot, 1994); os dispositivos atuais pressupõem de fato que o operador envolvido utilize suas próprias ferramentas cognitivas, o que coloca o próprio sujeito em primeiro plano; é uma das causas da subjetivação do trabalho.

O trabalho de supervisão dos sistemas complexos aumentou, o que coloca o problema das representações que os operadores se fazem do estado do sistema, sua intervenção se limita a quando ocorrem incidentes ou disfunções.

Modificações da organização. – As escolhas que foram feitas em matéria de organização produziram ao menos duas ordens de consequências que podem ter incidência sobre a saúde.

1. A intensificação e o adensamento do trabalho: por um lado, a redução do tempo de trabalho obrigou muitos operadores a efetuarem as mesmas tarefas num tempo menor; por outro lado, o trabalho se tornou mais denso porque as pausas e os tempos mortos diminuíram; ora, muitas trocas sobre o trabalho e atividades reflexivas, com frequência coletivas, ocorrem de maneira informal durante esses tempos de pausa.
2. O aumento das interrupções: elas são cada vez mais frequentes em diversas profissões, em razão da onipresença dos meios de difusão da informação e dos instrumentos de comunicação; cada vez mais, o telefone, as mensagens eletrônicas interrompem o trabalho.

Desenvolvimento de novas formas de produção. – As empresas voltaram a se centrar em suas atividades consideradas específicas, seu “core business”. Desenvolveram a terceirização e a externalização das outras atividades, o que não deixa de ter consequências no trabalho dos operadores. Efetivamente, as relações do tipo “cliente-fornecedor” intensificam a pressão temporal, e a precariedade do trabalho aumenta. Uma outra consequência é também o desaparecimento nas empresas de certos cargos com exigências menores ligados às atividades terceirizadas, para os quais podiam ser designados os assalariados com restrições temporárias ou permanentes de aptidões.

Enfim, a política chamada “just in time” cria igualmente novas formas de pressão temporal.

Novas formas de gerenciamento. – A ênfase colocada na gestão individual das competências tem como consequência uma responsabilização dos indivíduos em relação ao seu próprio desempenho.

O controle sobre o trabalho aumenta e as práticas de avaliação se desenvolvem, com frequência no momento do “controle de qualidade”. A avaliação do trabalho influi nos indivíduos de duas maneiras aparentemente contraditórias:

- pelo desenvolvimento da avaliação individual do desempenho, o que corresponde à modificação das práticas de gestão (contabilidade analítica);
- pela ênfase colocada no comportamento, mais no saber-ser do que no saber-fazer e no resultado do trabalho; é outra causa da subjetivação das relações de trabalho (Le Goff, 1999).

Formas da prescrição. – No geral, pode-se dizer que o modo de prescrição evoluiu. A *sobreprescrição*, indicando precisamente os objetivos e os meios da ação, parece ter recuado. Na verdade, uma outra forma de *sobreprescrição* mais insidiosa aparece através de todos os procedimentos de qualidade e normalização (ISO): “escrever tudo o que se faz e fazer tudo o que se escreve”. Essas orientações são acompanhadas de práticas de auditoria.

Quanto à *subprescrição*, ela não é somente fonte de autonomia; pode ser fonte de estresse e de constrangimentos psíquicos; de fato o trabalho é agora prescrito com frequência sob a forma de missão, o que reforça a parte de responsabilidade do operador. Mesmo assim, não se pode dizer que se tenha passado da lógica da operação a uma lógica da ação (Zarifian, 1995): a divisão da atividade de trabalho utilizada para os referenciais de competências ou para os procedimentos de qualidade, continua a fragmentar a tarefa.

Modificações da organização. – As escolhas que foram feitas em matéria de organização produziram ao menos duas ordens de consequências que podem ter incidência sobre a saúde.

1. A intensificação e o adensamento do trabalho: por um lado, a redução do tempo de trabalho obrigou muitos operadores a efetuarem as mesmas tarefas num tempo menor; por outro lado, o trabalho se tornou mais denso porque as pausas e os tempos mortos diminuíram; ora, muitas trocas sobre o trabalho e atividades reflexivas, com frequência coletivas, ocorrem de maneira informal durante esses tempos de pausa.
2. O aumento das interrupções: elas são cada vez mais frequentes em diversas profissões, em razão da omnipresença dos meios de difusão da informação e dos instrumentos de comunicação; cada vez mais, o telefone, as mensagens eletrônicas interrompem o trabalho.

Desenvolvimento de novas formas de produção. – As empresas voltaram a se centrar em suas atividades consideradas específicas, seu "core business". Desenvolveram a terceirização e a externalização das outras atividades, o que não deixa de ter consequências no trabalho dos operadores. Efetivamente, as relações do tipo "cliente-fornecedor" intensificam a pressão temporal, e a precariedade do trabalho aumenta. Uma outra consequência é também o desaparecimento nas empresas de certos cargos com exigências menores ligados às atividades terceirizadas, para os quais podiam ser designados os assalariados com restrições temporárias ou permanentes de aptidões.

Enfim, a política chamada "just in time" cria igualmente novas formas de pressão temporal.

Novas formas de gerenciamento. – A ênfase colocada na gestão individual das competências tem como consequência uma responsabilização dos indivíduos em relação ao seu próprio desempenho.

O controle sobre o trabalho aumenta e as práticas de avaliação se desenvolvem, com frequência no momento do "controle de qualidade". A avaliação do trabalho influi nos indivíduos de duas maneiras aparentemente contraditórias:

- pelo desenvolvimento da avaliação individual do desempenho, o que corresponde à modificação das práticas de gestão (contabilidade analítica);
- pela ênfase colocada no comportamento, mais no saber-ser do que no saber-fazer e no resultado do trabalho; é outra causa da subjetivação das relações de trabalho (Le Goff, 1999).

Formas da prescrição. – No geral, pode-se dizer que o modo de prescrição evoluiu. A *sobrescrição*, indicando precisamente os objetivos e os meios da ação, parece ter recuado. Na verdade, uma outra forma de *sobrescrição* mais insidiosa aparece através de todos os procedimentos de qualidade e normalização (ISO): "escrever tudo o que se faz e fazer tudo o que se escreve". Essas orientações são acompanhadas de práticas de auditoria.

Quanto à *subprescrição*, ela não é somente fonte de autonomia; pode ser fonte de estresse e de constrangimentos psíquicos; de fato o trabalho é agora prescrito com frequência sob a forma de missão, o que reforça a parte de responsabilidade do operador. Mesmo assim, não se pode dizer que se tenha passado da lógica da operação a uma lógica da ação (Zarifian, 1995): a divisão da atividade de trabalho utilizada para os referenciais de competências ou para os procedimentos de qualidade, continua a fragmentar a tarefa.

Condições de trabalho. – Apesar da modernização e dos desenvolvimentos tecnológicos, as condições de trabalho se mantêm preocupantes (Gollac e Volkoff, 2000). Os fatores físicos ligados ao ambiente de trabalho, que tinham sido objeto de políticas de prevenção na década de 1980 (ruído, vibrações, partículas em suspensão, radiações...), não desapareceram, e mesmo aumentaram em alguns setores. Novos riscos químicos e biológicos surgiram, bem como novos constrangimentos diretamente ligados à organização do trabalho: físicos, como os gestos repetitivos, ou psíquicos. Todos esses constrangimentos são consequências diretas das escolhas técnicas, organizacionais e gerenciais.

As populações no trabalho e sua evolução

O trabalho mudou no último século, e as populações no trabalho também passaram por evoluções. Assiste-se a um envelhecimento das populações nos países ocidentais. Essa evolução demográfica faz com que haja interesse no fenômeno do envelhecimento no trabalho (Marqué, Paumés e Volkoff, 1995). Os assalariados mais velhos encontram dificuldades que podem ser obstáculos a sua saúde (Laville e Volkoff, 1999). Remetemos o leitor ao capítulo de Laville e Volkoff neste livro, que desenvolve esta questão.

A concentração da vida ativa nas idades intermediárias. – Os jovens cada vez mais buscam estudos superiores longos e formações profissionais, o que tem como consequência o avanço da idade de entrada na vida ativa. Além disso, o fim da vida ativa ocorre cada vez mais cedo. Isso é consequência paradoxal do aumento da idade de aposentadoria, porque antes, no contexto da redução do efetivo das empresas quando ocorreu mercado de trabalho fusão, reestruturação ou "otimização" econômica (Beaujolin, 1999).

Isso não deixa de ter consequências na saúde; de fato, embora possa ser benéfico parar de trabalhar mais cedo, as demissões e as rupturas são com frequência vividas com dificuldade e implicam um luto real.

O trabalho dos jovens. – Cada vez melhor formados, os jovens chegam às empresas com um bom conhecimento das técnicas da informática, o que é com certeza uma vantagem. Em compensação, seu conhecimento do trabalho é apenas teórico; anteriormente eles podiam se beneficiar de um acompanhamento e de uma formação ao longo da tarefa, no próprio local de trabalho, por parte dos mais velhos que conheciam a realidade do trabalho. Essa forma de "compagnonnage"¹ se revela cada vez mais rara e difícil, por um lado porque os mais velhos são menos numerosos, e por outro porque os constrangimentos temporais são tamanhos que não resta mais tempo disponível para os mais velhos formarem os mais novos, apesar de algumas empresas terem tentado desenvolver a tutoria.

O trabalho das mulheres. – Em um século, a atividade feminina assalariada se desenvolveu muito (Battagliola, 2000). O trabalho feminino, apesar de suas evoluções, conserva certas especificidades como a interrupção da carreira devido ao nascimento dos filhos, o constrangimento da dupla jornada, ou seja, garantir o trabalho assalariado e o doméstico; enfim, mantêm-se ainda com frequência desigualdades nos cargos e na remuneração (Messing, 2000, e o cap. 18 deste livro).

¹ Palavra francesa que designa a relação mestre-aprendiz própria da Idade Média. N. T.

A saúde

A saúde no trabalho é um conceito em contínua evolução, porque os agravos à saúde engendrados pelo trabalho evoluem com o próprio trabalho, e a própria noção de saúde evolui (Gargulhem, 1996).

Por muito tempo a saúde se manteve um conceito vazio (Pequignot, 1984), definido por ausências, como lembram Laville e Volkoff (1993), "sem patologias, sem deficiências, sem restrições à vida social, sem miséria econômica". A saúde ainda não era definida por um conteúdo específico.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) dá esta definição: "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas numa ausência de doença ou enfermidade." Essa definição, embora vá além da noção de ausência, guarda todavia um caráter estático com frequência criticado. Coppée (1993) fala em equilíbrio dinâmico, e Pequignot (1984) escreve: "a saúde jamais foi um dado, ela sempre foi uma conquista difícil, superando ou enganando, suprimindo ou coabitando com as doenças". De fato, a saúde é cada vez mais considerada, numa visão positiva e dinâmica, como o resultado de um processo de construção (Dejours, 1995; Falzon, 1998), processo no qual o trabalho ocupa um lugar privilegiado. Voltaremos a isso.

Evolução dos agravos à saúde. – A história dos agravos à saúde relacionados ao trabalho é longa. É a Ramazzini que se deve o primeiro tratado, *De Morbis Artificum Diatriba* (As doenças dos trabalhadores), publicado em 1700. Nele, descreve os agravos que identificou junto aos mineiros, os douradores, aqueles "que fazem as fricções de medicamentos a base de mercúrio" (Ramazzini, tradução francesa, 1990). Os conhecimentos se construíram pelo reconhecimento sucessivo de relações entre uma dada patologia e uma etiologia profissional, geralmente segundo o modelo da causalidade única; citemos a título indicativo as etapas que constituíram a identificação da origem profissional da silicose nos mineiros, e aquelas das patologias relacionadas à utilização de solventes, nesse caso relacionadas a certas substâncias, às condições de sua utilização e não mais a uma profissão. Tudo isso resultará num corpus de conhecimentos médicos e regulamentações sobre a patologia profissional.

Esse longo caminho de reconhecimento foi pontuado por armadilhas, como mostra o problema do amianto, apesar da existência desde 1946 de um corpo de médicos do trabalho, na França. Com a chegada da era industrial e, sobretudo a partir do início do século XX, os próprios empregadores criaram serviços médicos internos nas empresas, provavelmente mais para salvaguardar a força de trabalho do que para promover a saúde dos assalariados. A saúde, aliás, continua sendo considerada como um recurso para as organizações; é em particular o caso das empresas a risco onde a saúde é um componente da confiabilidade, o que não chega a ser um problema, desde que ela não se restrinja a isso.

Nas últimas décadas, a patologia profissional evoluiu com o trabalho. Os agravos físicos regressaram; embora caiba ser prudente, pois o desenvolvimento dos distúrbios osteomusculares, tende a provar o contrário. Pode-se no entanto constatar que a carga física diminuiu de importância em relação ao que se convencionou chamar de carga mental, cujo conteúdo mais ou menos implícito caberia examinar, pois alguns, quando falam em carga mental, estão na verdade se referindo a carga cognitiva.

O plano afetivo reconhecimento/frustração, prazer/desprazer, e de modo mais amplo o plano dos afetos e do emocional, não foi levado em conta pela ergonomia, tendo sido

deixado para a área de concepção das situações de trabalho a dimensão afetiva e

Agravos à saúde no trabalho é um perigo que ele pode ser as

Agravos à saúde multidisciplinares na introdução, e representação e d

1. Os acidentes graves à saúde das instalações e riscos profissionais de risco se desloca precária são mais pouco tempo pa

O acidente técnico, organizacional, rápido demais e principal é sempre a organização hierárquica do contexto das funções estão cada vez lugar essencial evidência as condições modo a análise permite compreender para reduzir o

O acidente dimensão física é sempre um pessoa acidentada muitos casos própria pessoa nas proximidades traumatismo

2. As pessoas com alergias, infecções, exposição à radiação, como os da indústria, de substâncias

3. As pessoas com doenças

A saúde

A saúde no trabalho é um conceito em contínua evolução, porque os agravos à saúde originados pelo trabalho evoluem com o próprio trabalho, e a própria noção de saúde evolui (Gargalhem, 1988).

Por muito tempo a saúde se manteve um conceito vazio (Pequignot, 1984), definido por ausências, como lembram Laroche e Volkoff (1993), "sem patologias, sem deficiências, sem restrições à vida social, sem miséria econômica". A saúde ainda não era definida por um conteúdo específico.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) dá esta definição: "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas numa ausência de doença ou enfermidade." Essa definição, embora vá além da noção de ausência, guarda todavia um caráter estático com frequência criticado. Coppée (1993) fala em equilíbrio dinâmico, e Pequignot (1984) escreve: "a saúde jamais foi um dado, ela sempre foi uma conquista difícil, superando ou enganando, numa visão positiva e dinâmica, como o resultado de um processo de construção (Dejours, 1996; Falzon, 1998), processo no qual o trabalho ocupa um lugar privilegiado. Voltaremos a isso.

Evolução dos agravos à saúde. - A história dos agravos à saúde relacionados ao trabalho é longa. É a Ramazzini que se deve o primeiro tratado, *De Morbis Artificum* (*As doenças dos trabalhadores*), publicado em 1700. Nele, descreve os agravos que identificou junto aos mineiros, os douradores, aqueles "que fazem as frições de medicamentos a base de mercúrio" (Ramazzini, tradução francesa, 1990). Os conhecimentos se construíram pelo reconhecimento sucessivo de relações entre uma dada patologia e uma etiologia profissional, geralmente segundo o modelo da causalidade única; citemos a título indicativo as etapas que constituíram a identificação da origem profissional da síscose nos mineiros, e aquelas das patologias relacionadas à utilização de solventes, nesse caso relacionadas a certas substâncias, às condições de sua utilização e não mais a uma profissão. Tudo isso resultará num corpus de conhecimentos médicos e regulamentações sobre a patologia profissional.

Esse longo caminho de reconhecimento foi pontuado por armadilhas, como mostra o problema do amianto, apesar da existência desde 1946 de um corpo de médicos do trabalho, na França. Com a chegada da era industrial e, sobretudo a partir do início do século XX, os próprios empregadores criaram serviços médicos internos nas empresas, provavelmente mais para salvaguardar a força de trabalho do que para promover a saúde dos assalariados. A saúde, aliás, continua sendo considerada como um recurso para as organizações; é em particular o caso das empresas a risco onde a saúde é um componente da confiabilidade, o que não chega a ser um problema, desde que ela não se restrinja a isso.

Nas últimas décadas, a patologia profissional evoluiu com o trabalho. Os agravos físicos regressaram, embora caia ser prudente, pois o desenvolvimento dos distúrbios osteomusculares, tende a provar o contrário. Pode-se no entanto constatar que a carga física diminuiu de importância em relação ao que se convencionou chamar de carga mental, cujo conteúdo mais ou menos implícito caberia examinar, pois alguns, quando falam em carga mental, estão na verdade se referindo a carga cognitiva.

O plano afetivo reconhecimento/frustração, prazer/desprazer, e de modo mais amplo o plano dos afetos e do emocional, não foi levado em conta pela ergonomia, tendo sido

deixado para a área da psicopatologia e da psicodinâmica. As ações de modificação ou de concepção das situações de trabalho, com frequência pertinentes, não levaram em conta a dimensão afetiva até o presente momento.

Agravos à saúde e construção da saúde. - Uma questão permanece central aqui: o trabalho é um perigo para a saúde ou pode ser um promotor de saúde? Os fatos mostram que ele pode ser as duas coisas.

Agravos à saúde ligados ao trabalho - Esse campo é tão vasto, estudado de maneira multidisciplinar pela medicina do trabalho, epidemiologia e todas as disciplinas citadas na introdução, e está fora de questão estabelecer um catálogo exaustivo. Trataremos da representação e da evolução desses agravos.

1. Os acidentes de trabalho. Permanecem uma das fontes mais importantes de agravos à saúde. As situações de trabalho com riscos subsistem apesar da modernização das instalações industriais e do reforço da regulamentação relativa à prevenção dos riscos profissionais. As estatísticas oficiais não devem encobrir o fato que as situações de risco se deslocaram para as atividades terceirizadas, que os jovens já em situação precária são mais expostos aos riscos, que os constrangimentos econômicos deixam pouco tempo para os operadores aprenderem a dominar o risco. *const. ch2 / metodologia*

O acidente de trabalho é quase sempre o resultado da combinação de vários fatores: técnico, organizacional e humano. A maioria dos relatórios relativos aos acidentes faz aparecer rápido demais o fator humano como sendo o desencadeador do evento, a motivação principal é sempre apontar responsabilidades. De fato, todos os processos da empresa e sua organização hierárquica se baseiam na noção de responsabilidade individual e coletiva, no contexto das funções e das missões, e hoje em dia os critérios de avaliação e auto-avaliação estão cada vez mais presentes e personalizados. É aqui que a ergonomia encontra um lugar essencial para analisar o trabalho e sobretudo as estratégias operatórias, pôr em evidência as dificuldades eventuais que os operadores enfrentam, e enriquecer desse modo a análise do encadeamento dos eventos que levaram ao acidente. A ação ergonômica permite compreender o que realmente aconteceu, e buscar as medidas mais apropriadas para reduzir os riscos.

O acidente é definido como um agravo brutal à integridade física da pessoa. Além dessa dimensão física, cabe igualmente levar em conta a dimensão psíquica, pois um acidente é sempre um evento doloroso, e sua ocorrência jamais deixa de ter consequências para a pessoa acidentada. Às consequências em relação direta com o traumatismo, convém em muitos casos agregar aquelas ligadas ao fenômeno da culpabilização pelo entorno ou pela própria pessoa. Por fim, as pessoas pertencentes ao coletivo de trabalho e aquelas situadas nas proximidades do lugar onde ocorreu o acidente podem ter passado também por um traumatismo psíquico. As patologias pós-traumáticas demonstram essa realidade.

2. As patologias decorrentes do ambiente. Entre elas estão as doenças infecciosas, as alergias, infecções relacionadas à presença de agentes biológicos e as intoxicações devidas à exposição a produtos químicos na situação de trabalho. Atingem setores tão variados como os da agricultura e do agroalimentar, os laboratórios de pesquisa, o setor sanitário ou a indústria. Os cânceres profissionais se incluem nessa categoria: estão ligados à presença de substâncias cancerígenas tais como o amianto, as serragens, os óleos minerais.

3. As patologias ditas de sobrecarga física. Estão relacionadas ao porte de cargas pesadas, aos movimentos repetitivos, posturas prejudiciais, vibrações intensas e agressões

sonoras. Entre elas os distúrbios osteomusculares, como assinalamos anteriormente, têm um crescimento muito nítido. Atingem evidentemente os operadores efetuando tarefas repetitivas e submetidos a constrangimentos temporais, como os digitadores, os operadores de entrada de dados, os caixas de supermercado. Esse aumento estaria ligado à intensificação do trabalho (Gollac e Volkoff, 2000) e constitui um assunto de pesquisa nessa área.

4. As patologias de ordem psicológica. Podem assumir formas diversas. Têm crescido muito nesses últimos anos e tendem a representar hoje o que as patologias físicas representavam no passado.

- a) O *burn-out* ou síndrome de esgotamento profissional (Freudenberger, 1987), caracterizado por um estado depressivo e uma fadiga extrema: foi descrito há cerca de trinta anos no Canadá em relação aos professores, nos executivos e dirigentes, e nos agentes de serviço em contato com a clientela.
- b) As patologias relacionadas à sobrecarga de trabalho, ao estresse, à hiperatividade profissional; podem assumir formas muito diferentes e de intensidade variável como as síndromes depressivas ou se exprimir por sintomas mais de ordem cognitiva, com distúrbios de memória ou do pensamento.
- c) As patologias consecutivas às manifestações de violência:
 - as afecções pós-traumáticas em primeiro lugar. Conhecidas há muito tempo nas vítimas de acidentes de trabalho sob o nome de neurose pós-traumática, têm sido descritas mais recentemente nos assalariados vítimas de agressão durante seu trabalho: citemos em particular os caixas de bancos, os motoristas de ônibus e os professores;
 - as patologias que se apresentam como consequências do assédio moral que Hirigoyen (1998, 2001) descreveu como uma conduta abusiva que agride a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa e põe em perigo seu emprego ou degrada o clima de trabalho.

5. As patologias infraclínicas. Ao lado das marcas socialmente reconhecidas (acidentes, doenças profissionais), existem numerosos outros agravos à saúde. Esses traços, essas patologias infraclínicas se manifestam em prazo mais ou menos longo, e contaminam os diversos âmbitos da vida sob a forma de contaminação da linguagem, obsessão com horários, enrijecimento dos modos de pensamento. São sinais ou objetos tanto de estudos para os pesquisadores quanto de inquietação para os ergonomistas em atividade profissional.

Agravos à saúde ligados ao "não-trabalho". Se o trabalho pode ser um perigo para a saúde, sua ausência e o desemprego estão longe de serem sinônimos de saúde, como provam as observações clínicas que foram feitas junto a desempregados. A angústia do desempregado não se reduz à perda de sua remuneração. O desemprego constitui para muitos um traumatismo social generalizado que repercute em todos os aspectos da vida cotidiana e em todas as dimensões da pessoa, em particular na saúde. A perda de referências no espaço e no tempo (Schnapper, 1981), o sentimento de inutilidade no mundo (Castel, 1995), a impotência em se projetar no futuro, o esfacelamento do status social, o desaparecimento dos vínculos com os outros, conduzem a uma crise de identidade que, em termos de saúde, pode se exprimir tanto no plano somático quanto no da saúde mental, com mais frequência através de uma síndrome depressiva.

Construção da saúde como um processo de permanente. Dejours (neste processo um lugar de realização.

O trabalho pode, às vezes, ser favorável para quem o realiza, a serviço de uma realização, como às vezes ocorre.

As competências também de capacidade física e de trabalho em rede.

É também através do reconhecimento hierárquico. Essa saúde (Baudet).

Falzon (1998) de uma visão da maneira original de se dispor de...

Os diferentes

As diferenças

Ponto de vista da saúde não é segredo esse causa ou a efetuada; h levar em c respostas

Ponto de vista da saúde higiene e a Higiene organiza cundária trabalho mária c os fatos toxicol enrique

sonoras. Entre elas os distúrbios osteomusculares, como assinalamos anteriormente, têm um crescimento muito rápido. Atingem evidentemente os operadores efetuando tarefas repetitivas e submetidos a constrangimentos temporais, como os digitadores, os operadores de entrada de dados, os caixas de supermercado. Esse aumento estaria ligado à intensificação do trabalho (Gollac e Volkoff, 2000) e constitui um assunto de pesquisa nessa área.

4. As patologias de ordem psicológica. Podem assumir formas diversas. Têm crescido muito nesses últimos anos e tendem a representar hoje o que as patologias físicas representavam no passado.

- a) O *burn-out* ou síndrome de esgotamento profissional (Freudenberger, 1987), caracterizado por um estado depressivo e uma fadiga extrema: foi descrito há cerca de trinta anos no Canadá em relação aos enfermeiros e os trabalhadores sociais. Pode ser observada também nos professores, nos executivos e dirigentes, e nos agentes de serviço em contato com a clientela.
- b) As patologias relacionadas à sobrecarga de trabalho, ao estresse, à hiperatividade profissional, podem assumir formas muito diferentes e de intensidade variável como as síndromes depressivas ou se exprimir por sintomas mais de ordem cognitiva, com distúrbios de memória ou do pensamento.
- c) As patologias consecutivas às manifestações de violência:
 - as afecções pós-traumáticas em primeiro lugar. Conhecidas há muito tempo nas vítimas de acidentes de trabalho sob o nome de neurose pós-traumática, têm sido descritas mais recentemente nos assalariados vítimas de agressão durante seu trabalho: citemos em particular os caixas de bancos, os motoristas de ônibus e os professores;
 - as patologias que se apresentam como consequências do assédio moral que Hirigoyen (1998, 2001) descreveu como uma conduta abusiva que agride a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa e põe em perigo seu emprego ou degrada o clima de trabalho.

5. As patologias intrínsecas. Ao lado das marcas socialmente reconhecidas (acidentes, doenças profissionais), existem numerosos outros agravos à saúde. Esses traços, essas patologias intrínsecas se manifestam em prazo mais ou menos longo, e contaminam os diversos âmbitos da vida sob a forma de contaminação da linguagem, obsessão com horários, enrijecimento dos modos de pensamento. São sinais ou objetos tanto de estudos para os pesquisadores quanto de inquietação para os ergonomistas em atividade profissional.

Agravos à saúde ligados ao "não-trabalho". Se o trabalho pode ser um perigo para a saúde, sua ausência e o desemprego estão longe de serem sinônimos de saúde, como provam as observações clínicas que foram feitas junto a desempregados. A angústia do desempregado não se reduz à perda de sua remuneração. O desemprego constitui para muitos um trauma social generalizado que repercute em todos os aspectos da vida cotidiana e em todas as dimensões da pessoa, em particular na saúde. A perda de referências no espaço e no tempo (Schnapper, 1981), o sentimento de inutilidade no mundo (Castel, 1996), a impotência em se projetar no futuro, o esfacelamento do status social, o desaparecimento dos vínculos com os outros, conduzem a uma crise de identidade que, em termos de saúde, pode se exprimir tanto no plano somático quanto no da saúde mental, com mais frequência através de uma síndrome depressiva.

Construção da saúde. A saúde é vista atualmente, como mencionamos anteriormente, como um processo de construção ao longo da vida toda, uma espécie de conquista permanente. Dejours (1993) fala também em objetivo, ideal a alcançar. O trabalho ocupa nesse processo um lugar de destaque, o da conquista da identidade no campo social, o da realização.

O trabalho pode ser fonte de plenitude (Thévenet, 2000), de elaboração de competências, ou mesmo de especialização. A liberdade de iniciativa e a autonomia são fatores favoráveis para que o operador encontre um prazer pessoal em colocar suas competências a serviço de uma obra individual ou coletiva; desde que essa autonomia não seja acompanhada de um aumento da pressão, dos constrangimentos de tempo e qualidade como às vezes ocorre atualmente.

As competências dos operadores podem incidir no campo profissional, mas tratam-se também de competências individuais ou coletivas em relação com sua saúde e sua capacidade física em particular. Podem servir para redefinir a organização dos coletivos de trabalho em relação às aptidões de cada um.

É também durante o trabalho que pode ser construído o reconhecimento social através do reconhecimento do resultado e das competências pelos colegas e superiores hierárquicos. Essa dimensão é parte importante no processo de realização e construção da saúde (Baudelot e Gollac, 1997).

Falzon (1998) lembra que a saúde faz parte dos objetivos da ergonomia e isso dentro de uma visão dinâmica de construção da saúde integrando uma dimensão cognitiva. De maneira original, Montmollin (1993) define a saúde cognitiva como "ser competente", ou seja dispor de competências permitindo ser contratado, ser bem-sucedido e progredir.

Os diferentes pontos de vista quanto ao confronto entre trabalho e saúde

As diferentes disciplinas abordam as situações de trabalho de maneira diferente.

Ponto de vista da toxicologia. – Fundada no modelo da causalidade única, a atividade não é portanto levada em conta. A atitude do toxicólogo ou do médico toxicólogo segue esse modelo de causalidade única, relacionando um distúrbio constatado a uma causa ou a um leque de causas que convém suprimir: é essa a natureza da prescrição efetuada; hoje, a toxicologia tende a se tornar uma ergotoxicologia que se enriquece ao levar em conta a atividade do operador, para dar conta, por exemplo, da diferença de respostas em pessoas expostas no entanto à mesma situação.

Ponto de vista da medicina do trabalho. – Lembremos que a medicina é filha de Esculápio. Este tinha duas filhas, Panacéia, deusa da terapêutica, e Higiéia, deusa da higiene e da prevenção. A medicina do trabalho tem obedecido até agora sobretudo a Higiéia, desenvolvendo três níveis de prevenção: a prevenção terciária consiste em organizar os tratamentos de emergência e em prevenir os acidentes, a prevenção secundária consiste em localizar os agravos à saúde e estabelecer suas relações com o trabalho (para tanto a contribuição da epidemiologia é fundamental), a prevenção primária consiste em intervir nas situações de trabalho a montante e suprimir ou reduzir os fatores de risco. Por muito tempo a medicina do trabalho adotou o ponto de vista da toxicologia, dedicando-se antes de mais nada ao estudo das causas. Atualmente, tem se enriquecido com os pontos de vista ergonômico e psicodinâmico.

Ponto de vista psicodinâmico, a clínica do trabalho. – A atitude do profissional desta área é orientada para a autonomia dos indivíduos que sofrem; a prescrição aqui não pode ser imposta, e convém deixar a cada um o empenho de encontrar sua solução, não pode ser satisfatória, mesmo quando uma reflexão coletiva favorece a sua emergência (Clot, 1994). Davezies (1997) propõe ao médico do trabalho que mude de postura: gência (Clot, 1994). Davezies (1997) propõe ao médico do trabalho que mude de postura: trata-se de passar do interrogatório, que subjuga o outro, à escuta do relato que o permite se manifestar enquanto humano. O relato “é uma ocasião de trabalho para aquele que conta. Com efeito, o relato se desenvolve a partir da vivência singular do sujeito”.

Ponto de vista ergonômico. – A atitude do ergonomista é orientada para a análise da atividade humana nas situações de trabalho. O objetivo é uma melhor compreensão do trabalho real e um auxílio aos projetistas para integrar os conhecimentos relativos ao homem no trabalho. A abordagem ergonômica não pressupõe que as motivações e valores do sujeito sejam negligenciadas, pois são eles efetivamente a origem da maneira em que a atividade é desenvolvida com sucesso. A abordagem da situação de trabalho se faz por intermédio da atividade: esse conceito de atividade é uma contribuição significativa da ergonomia e se define como o conjunto dos fenômenos de ordem fisiológica, cognitiva, psíquica e social que o operador coloca em ação para realizar a tarefa (Guérin, 1997).

A saúde é sempre parte integrante da abordagem do ergonomista, estando ou não inscrita na demanda, sendo uma preocupação na análise da atividade e na fase do diagnóstico, estando integrada no processo de concepção, representando ou não uma classe de indícios permitindo avaliar as transformações operadas.

Nos meios do trabalho em que se discute a multidisciplinaridade, as intervenções dos médicos do trabalho e dos ergonomistas cruzam-se com as dos profissionais da medicina preventiva e dos outros atores da saúde no trabalho: sanitaristas, engenheiros de concepção e projeto, especialistas do risco.

Esse ambiente faz com que o médico do trabalho não possa se definir como o único ator da saúde no trabalho. Numa perspectiva histórica, pode-se ver que a atividade clínica do médico do trabalho se construiu, mal ou bem, calcando-se na atividade médica da medicina clínica, que relaciona uma série de sinais a uma categoria da nosologia. Na medicina do trabalho, as categorias utilizadas são categorias de patologia profissional, de ocupações, de risco às quais o indivíduo pode ser exposto, e categorias em termos de aptidão. Trata-se mais do que Davezies (1999) chama de “uma medicina dos riscos profissionais, mas certamente não uma medicina do trabalho”. A atividade clínica ainda se apoia demais num modelo de causalidade (Vineis, 1992) que, mesmo quando se trata de causalidade múltipla, não tem como dar conta da realidade do trabalho; de fato, o mundo do trabalho é um conjunto complexo que necessita um conjunto de abordagens coordenadas em vez de um único ponto de vista, por mais especializado que ele seja. O médico do trabalho não pode se restringir apenas a uma posição de denúncia dos riscos; deve aprofundar seu conhecimento do ambiente do trabalho e afirmar uma posição de cooperação com os outros atores, algo que é indispensável para a implantação de uma verdadeira multidisciplinaridade.

A ergonomia é uma das contribuições mais significativas no que diz respeito à saúde no trabalho. O diagnóstico ergonômico pode ser caracterizado como uma atividade de concepção (Falzon, 1993), o que o distingue da atividade do diagnóstico médico que se refere a uma classificação conhecida, ainda que a clínica da medicina do trabalho tal como foi descrita anteriormente seja igualmente um trabalho de elaboração.

Ponto de vista psicodinâmico, a clínica do trabalho. – A atitude do profissional desta área é orientada para a autonomia dos indivíduos que sofrem; a prescrição aqui não pode ser imposta, e convém deixar a cada um o empenho de encontrar sua solução, subjetivamente satisfatória, mesmo quando uma reflexão coletiva favorece a sua emergência (Clot, 1994). Davezies (1997) propõe ao médico do trabalho que o permite trata-se de passar do interrogatório, que subjugava o outro, à escuta do relato que o permite se manifestar enquanto humano. O relato "é uma ocasião de trabalho para aquele que conta. Com efeito, o relato se desenvolve a partir da vivência singular do sujeito".

Ponto de vista ergonômico. – A atitude do ergonômista é orientada para a análise da atividade humana nas situações de trabalho. O objetivo é uma melhor compreensão do trabalho real e um auxílio aos projetistas para integrar os conhecimentos relativos ao homem no trabalho. A abordagem ergonômica não pressupõe que as motivações e valores do sujeito sejam negligenciadas, pois são eles efetivamente a origem da maneira em que a atividade é desenvolvida com sucesso. A abordagem da situação de trabalho se faz por intermédio da atividade: esse conceito de atividade é uma contribuição significativa da ergonomia e se define como o conjunto dos fenômenos de ordem fisiológica, cognitiva, psíquica e social que o operador coloca em ação para realizar a tarefa (Guérin, 1997).

A saúde é sempre parte integrante da abordagem do ergonômista, estando ou não inscrita na demanda, sendo uma preocupação na análise da atividade e na fase do diagnóstico, estando integrada no processo de concepção, representando ou não uma classe de indícios permitindo avaliar as transformações operadas.

Nos meios do trabalho em que se discute a multidisciplinaridade, as intervenções dos médicos do trabalho e dos ergonômistas cruzam-se com as dos profissionais da medicina preventiva e dos outros atores da saúde no trabalho: sanitaristas, engenheiros de concepção e projeto, especialistas do risco.

Esse ambiente faz com que o médico do trabalho não possa se definir como o único ator da saúde no trabalho. Numa perspectiva histórica, pode-se ver que a atividade clínica do médico do trabalho se construiu, mal ou bem, calcando-se na atividade médica da medicina clínica, que relaciona uma série de sinais a uma categoria da nosologia. Na medicina do trabalho, as categorias utilizadas são categorias de patologia profissional, de ocupações, de risco às quais o indivíduo pode ser exposto, e categorias em termos de aptidão. Trata-se mais do que Davezies (1999) chama de "uma medicina dos riscos profissionais, mas certamente não uma medicina do trabalho". A atividade clínica ainda se apóia demais num modelo de causalidade (Vineis, 1992) que, mesmo quando se trata de causalidade múltipla, não tem como dar conta da realidade do trabalho; de fato, o mundo do trabalho é um conjunto complexo que necessita um conjunto de abordagens coordenadas em vez de um único ponto de vista, por mais especializado que ele seja. O médico do trabalho não pode se restringir apenas a uma posição de denúncia dos riscos; deve aprofundar seu conhecimento do ambiente do trabalho e afirmar uma posição de cooperação com os outros atores, algo que é indispensável para a implantação de uma verdadeira multidisciplinaridade.

A ergonomia é uma das contribuições mais significativas no que diz respeito à saúde no trabalho. O diagnóstico ergonômico pode ser caracterizado como uma atividade de refere a uma classificação conhecida, ainda que a clínica da medicina do trabalho tal como foi descrita anteriormente seja igualmente um trabalho de elaboração.

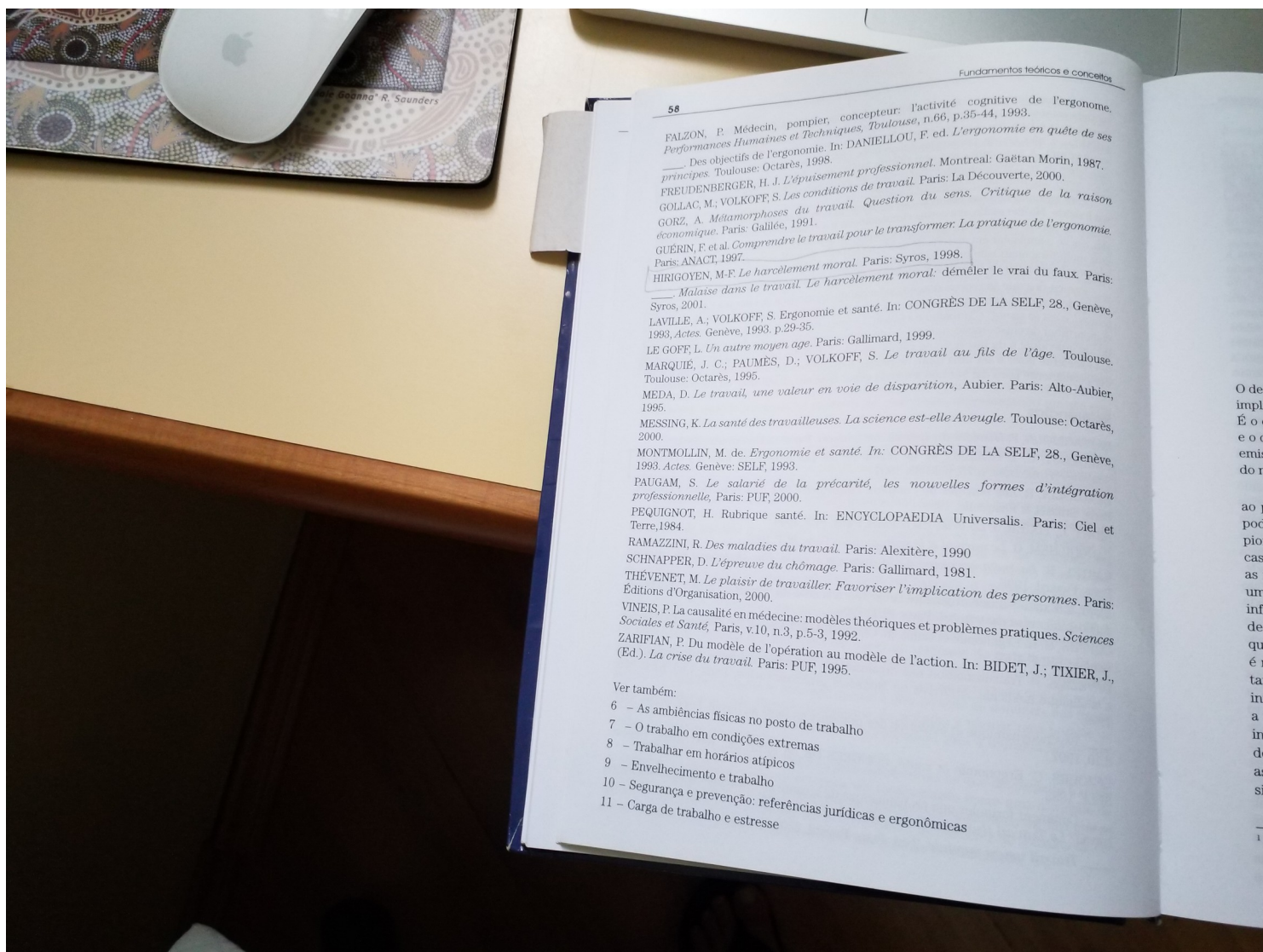
A ergonomia, através de seus objetivos (cf. cap. 1), suas ferramentas e métodos, permite estabelecer um vínculo forte entre trabalho e saúde. A ação do ergonômista, ao transformar o trabalho, age nas causas do risco, ou seja, situa-se no nível da prevenção primária, e não no da prevenção secundária (minimizar os riscos) ou terciária (os mas longe de se contentar com evitar o risco de patologias, ela procura favorecer a saúde vista como um processo de desenvolvimento).

Para concluir, pode-se observar que as novas formas de trabalho induzem novos agravos à saúde. Mesmo assim, em certas circunstâncias e sob certas condições, o trabalho pode contribuir para a realização do homem e se tornar um promotor de saúde. Frente a essa evolução multidisciplinaridade organizada, ainda mais que a importância maior da confiabilidade humana dá um lugar de destaque à saúde enquanto componente fundamental.

Parece-nos que as representações valorizando a sociedade dos lares e a redução do tempo de trabalho depreciam o lugar e o valor do trabalho. O que significa o aforismo "*le travail, c'est la santé*" ("trabalho é a saúde") é que o desenvolvimento de competências, o compartilhar da colaboração, a aquisição de saberes que fazem parte da construção da identidade individual e da inscrição no campo social. O trabalho pode constituir em si mesmo um excelente lazer e ser uma fonte de prazer, indiscutíveis fatores de saúde. É um mediador permanente para dar sentido a nossas vidas. Será ele substituível, ou insubstituível?

Referências

- BATTAGLIOLA, F. *Histoire du travail des femmes*. Paris: La Découverte, 2000.
- BAUDELLOT, C. E GOLLAC, M. Le travail ne fait pas le bonheur mais il y contribue. *Sciences Humaines*, n.75, p.30-33, 1997.
- BEAUJOLIN, R. *Les vestiges de l'emploi. L'entreprise face aux réductions d'effectifs*. Paris: Grasset & Fasquelle, 1999.
- BIDET, J.; TIXIER, J. *La crise du travail*. Paris: PUF, 1994.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1966.
- CASTEL, R. *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.
- CLOT, Y. Existe-t-il une originalité subjective à la crise du travail? In: BIDET, J.; TIXIER, J., (Ed.). *La crise du travail*. Paris: PUF, 1994.
- COPPÉE, G. H. Ergonomie et santé. In: CONGRÈS DE LA SELF, 28., Genève, 1993. *Actes*. Genève: SELF, 1993.
- DAVEZIES, P. Transformation des organisations du travail, nouvelles pathologies: défis à la clinique médicale. *Archives de Maladies professionnelles*, Paris, v.60, p.542-556, 1999.
- _____. Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail. *Les Cahiers SMT*, n.10, 1997.
- DEJOURS, C. Ergonomie et santé. CONGRÈS DE LA SELF, 28., 1993. *Actes*. Genève: SELF, 1993.
- _____. Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain*, Paris, v.58, n.1, p.1-16, 1995.
- _____. *Travail usure mentale*. 3.ed. Paris: Bayard, 2000.



Ver também:

- 6 - As ambiências físicas no posto de trabalho
- 7 - O trabalho em condições extremas
- 8 - Trabalhar em horários atípicos
- 9 - Envelhecimento e trabalho
- 10 - Segurança e prevenção: referências jurídicas e ergonômicas
- 11 - Carga de trabalho e estresse

- FALZON, P. Médecin, pompier, concepteur: l'activité cognitive de l'ergonome. *Performances Humaines et Techniques*, Toulouse, n.66, p.35-44, 1993.
- _____. Des objectifs de l'ergonomie. In: DANIELLOU, F. ed. *L'ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse: Octarès, 1998.
- FREUDENBERGER, H. J. *L'épuisement professionnel*. Montreal: Gaétan Morin, 1987.
- GOLLAC, M.; VOLKOFF, S. *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte, 2000.
- GORZ, A. *Métamorphoses du travail. Question du sens. Critique de la raison économique*. Paris: Gallée, 1991.
- GUÉRIN, F. et al. *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Paris: ANACT, 1997.
- HIRIGOYEN, M-F. *Le harcèlement moral*. Paris: Syros, 1998.
- _____. *Malaise dans le travail. Le harcèlement moral: démêler le vrai du faux*. Paris: Syros, 2001.
- LAVILLE, A.; VOLKOFF, S. Ergonomie et santé. In: CONGRES DE LA SELF, 28., Genève, 1993, Actes. Genève, 1993. p.29-35.
- LE GOFF, L. *Un autre moyen âge*. Paris: Gallimard, 1999.
- MARQUIÉ, J. C.; PAUMES, D.; VOLKOFF, S. *Le travail au fil de l'âge*. Toulouse: Toulouse: Octarès, 1995.
- MEDA, D. *Le travail, une valeur en voie de disparition*. Aubier. Paris: Alto-Aubier, 1995.
- MESSING, K. *La santé des travailleuses. La science est-elle Aveugle*. Toulouse: Octarès, 2000.
- MONTMOLLIN, M. de. *Ergonomie et santé*. In: CONGRES DE LA SELF, 28., Genève, 1993. Actes. Genève: SELF, 1993.
- PAUGAM, S. *Le salarié de la précarité, les nouvelles formes d'intégration professionnelle*. Paris: PUF, 2000.
- PEQUIGNOT, H. Rubrique santé. In: ENCYCLOPAEDIA Universalis. Paris: Ciel et Terre, 1984.
- RAMAZZINI, R. *Des maladies du travail*. Paris: Alexitère, 1990.
- SCHNAPPER, D. *L'épreuve du chômage*. Paris: Gallimard, 1981.
- THÉVENET, M. *Le plaisir de travailler. Favoriser l'implication des personnes*. Paris: Éditions d'Organisation, 2000.
- VINEIS, P. La causalité en médecine: modèles théoriques et problèmes pratiques. *Sciences Sociales et Santé*, Paris, v.10, n.3, p.5-3, 1992.
- ZARIFIAN, P. Du modèle de l'opération au modèle de l'action. In: BIDET, J.; TIXIER, J., (Ed.) *La crise du travail*. Paris: PUF, 1995.