

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

Séridon Lanna de Miranda

**Identificação de instrumentos inadequados para avaliação dos
riscos psicossociais do trabalho por uma via alternativa à
conceituação.**

CURITIBA

2025

Séridon Lanna de Miranda

Identificação de instrumentos inadequados para avaliação dos riscos psicossociais do trabalho por uma via alternativa à conceituação.

Trabalho apresentado à Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Prof MSc Raffaello Popa Di Bernardi.

CURITIBA

2025

RESUMO

A obrigatoriedade da avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho nos PGRs pela nova NR1 fez a temática destes fatores ressurgir com força total e vários mal entendidos vieram à tona. Um deles é a avaliação de riscos psicossociais do trabalho baseada em instrumentos que aferem riscos laborais não psicossociais como se psicossociais fossem, especialmente quando estes riscos associam-se a algum transtorno mental relacionado ao trabalho ou um atributo ou transtorno psíquico é aferido isoladamente. Como nem todo transtorno mental relacionado ao trabalho é resultado de um risco psicossocial do trabalho e o risco psicossocial do trabalho não é definido apenas pelo atributo psíquico ou transtorno mental, é temeroso crer que todos os instrumentos que avaliam riscos relacionados a transtornos mentais do trabalho sejam instrumentos de avaliação de riscos psicossociais do trabalho ou que a aferição de atributos psíquicos ou de transtornos mentais isoladamente diga algo sobre os riscos psicossociais do trabalho, mas infelizmente essa confusão é comum. A ausência de definição clara e universal de fatores de risco psicossocial do trabalho talvez contribua para ocorrência dos erros comentados e a edição da NR1 torna estes erros mais comuns. Como solução propomos um método que sem a necessidade dessa definição identifica instrumentos de avaliação de risco psicossocial do trabalho que incorrem no erro de não avaliar estes fatores de riscos.

Palavras-Chave: *Risco Psicossocial, Saúde do Trabalhador, Avaliação Psicossocial*

ABSTRACT

The mandatory assessment of psychosocial risk factors at work in PGRs by the new NR1 made the issue of these factors resurface with full force and several misunderstandings came to light. One of them is the assessment of psychosocial risks at work based on instruments that measure non-psychosocial work risks as if they were psychosocial, especially when these risks are associated with some work-related mental disorder or a psychological attribute or disorder is measured alone. As not every mental disorder at work is the result of a psychosocial risk at work and the psychosocial risk at work is not defined only by the psychic attribute or mental disorder, it is fearful to believe that all instruments that assess risks related to mental disorders at work are instruments for assessing psychosocial risks at work or that the measurement of psychic attributes or mental disorders alone says something about the psychosocial risks at work, but unfortunately this confusion is common. The absence of a clear and universal definition of psychosocial risk factors at work may contribute to the occurrence of the mentioned errors and the edition of NR1 makes these errors more common. As a solution, we propose a method that, without the need for this definition, identifies instruments for assessing psychosocial risk at work that make the mistake of not evaluating these risk factors.

Key-Words: *Psychosocial Risk, Occupational Health, Psychosocial Assessment*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	12
3. METODOLOGIA	12
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROPOSTA APRESENTADA	13
5. A EVOLUÇÃO DAS TEORIAS SOBRE OS FATORES DETERMINANTES DA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA / TRABALHO	26
5.1 A ‘descoberta’ da relação saúde-doença / trabalho	26
5.2 As características físicas dos trabalhadores como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho	27
5.3 As características psicológicas dos trabalhadores como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho	30
5.4 As características do ambiente laboral como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho	33
5.5. O padrão de interação como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho.	37
5.5.1. A ergonomia anglo-saxônica e o enfoque na biomecânica da interação	39
5.5.2. A ergonomia francófona, a psicologia do trabalho e o enfoque nas características da organização do trabalho	41
6. CATEGORIAS DE FATORES DE RISCO POR PROVENIÊNCIA	46
7. RESULTADO / SÍNTESE	49
8. PROPOSTA DE MÉTODO E EXEMPLO	50
9. DISCUSSÃO	51
10. CONCLUSÃO	54
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

1. INTRODUÇÃO:

Nos últimos meses muito se tem falado acerca dos fatores de riscos psicossociais do trabalho (FRPT). Não faltam publicações versando sobre o que são, sua importância e como avaliá-los. Embora, como aponte Fischer (Fischer 2012)¹, a concepção destes fatores remonte à década de 70 do século passado, e a constatação da importância de seu controle para a manutenção da saúde dos trabalhadores date da década de 80 daquele século, a inclusão recente destes fatores (em agosto de 2024, aproximadamente meio século após sua identificação), na NR1 via Portaria n.º 1419/2024² do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), obrigando a avaliação dos seus riscos para a constituição de todos Programas de Gerenciamento de Risco Ocupacional (PGR), fez deste tema uma verdadeira “trend” entre os profissionais relacionados à Segurança e Saúde do Trabalho.

O aumento do volume de discussões a respeito do tema envolvendo engenheiros, ergonomistas, auditores fiscais do trabalho, médicos, psicólogos, técnicos de segurança do trabalho, dentre outros profissionais, é absolutamente concebível em função da alteração política instituída possibilitar a cobrança da observação dos riscos psicossociais do trabalho em todas as situações laborais e abrir espaço para a aplicação de sanções se o risco não for adequadamente manejado nos ambientes de trabalho. Entretanto, chama atenção o fato de emergirem destas discussões formas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho um tanto discutíveis, que podem ter desdobramentos consideráveis.

São várias as circunstâncias motivadoras para realização de uma avaliação de riscos psicossociais do trabalho: a avaliação ergonômica preliminar (AEP), a análise ergonômica do trabalho (AET), o exame periódico da saúde dos trabalhadores e a emissão de Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), tarefas ligadas ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de responsabilidade das empresas, ou a confecção de laudo pericial de confirmação e classificação ou exclusão denexo causal entre uma doença e um fator de risco psicossocial do trabalho, no caso de um litígio trabalhista, são alguns exemplos. É inegável que uma avaliação de riscos psicossociais do trabalho realizada com critério (que considere o escopo do instrumento de avaliação, o contexto da aplicação dessa ferramenta e

suas repercussões), baseada em dados e evidências bem definidos, quando interpretados com precisão (de forma clara), são de grande valia para a tomada de decisões, porém uma avaliação realizada de forma inadequada gera resultados que podem ter sérias implicações, tanto para o trabalhador como para as empresas e para o Estado, seja em função de um resultado falso negativo, seja em função de um resultado falso positivo.

No primeiro caso, na ocorrência de um resultado falso negativo, quando existe o risco psicossocial do trabalho no trabalho mas o instrumento indicou não haver, a interpretação equivocada do resultado pode impedir que a situação laboral inadequada e adoecedora, o risco psicossocial do trabalho, possa ser manejado de forma apropriada, o que pode levar ao adoecimento do trabalhador, resultar em perda de produtividade para a empresa e onerar ao Estado através da suas vertentes de amparo via saúde pública e seguridade social; no segundo caso, na ocorrência de um resultado falso positivo, quando não existe o risco psicossocial do trabalho no trabalho mas o instrumento indicou haver, a interpretação equivocada da presença de um risco psicossocial do trabalho como fator adoecedor do trabalhador pode levar desde dispêndios desnecessários de recursos para sanar um problema não existente, até ao estabelecimento de um nexo causal inverídico e à sanção da empresa nas esferas trabalhista, civil ou mesmo penal, a depender do caso concreto. Ademais, considerando que uma avaliação dos riscos psicossociais do trabalho embasada em resultados de instrumentos que não aferem os riscos psicossociais do trabalho (como aferição de personalidade ou transtornos psiquiátricos isoladamente) de nada servirão para dizer algo sobre os riscos psicossociais do trabalho, e considerando que decisões judiciais podem ser tomadas baseadas nestas avaliações, podemos imaginar os possíveis desdobramentos jurídicos em função do questionamento da validade técnica da avaliação inadequada utilizada que, se não atuou como fator promotor, de certo foi coadjuvante da sentença proferida.

Lucca (apud Guimarães, Martins e Botelho, 2013)³, a respeito das avaliações inadequadas dos fatores de riscos psicossociais do trabalho, cita casos em que a inadequação reside exatamente no uso de instrumentos que avaliavam

características pessoais dos trabalhadores, e não riscos psicossociais propriamente ditos como mencionamos acima. Cita Lucca³:

A maioria das avaliações era composta por testes projetivos de personalidade, de avaliação de atenção e escalas de mensuração da dimensão de sociabilidade do indivíduo. Alguns profissionais elaboravam questionários como ferramentas de complementação aos testes e encerravam a avaliação fornecendo um laudo psicológico individual em que constava a orientação para a aptidão ou inaptidão. (Lucca, 2020, p.5)³

Ainda a respeito dessa confusão conceitual apontam Lucca³ e por Rodrigues e Faiad⁴:

Segundo Lucca:

Parece haver uma confusão de conceitos, incluindo as avaliações psicossociais, que se aproximam mais da avaliação psicológica e menos das dimensões psicossociais que envolvem o trabalho. (Lucca, 2020, p.7).

Segundo Rodrigues e Faiad⁴

As propostas que incorporam instrumentos desenvolvidos para avaliação no contexto clínico, apresentam foco na identificação de sintomas de transtornos mentais que em situações de trabalho perigoso ou insalubre podem ser agravados ou produzir comportamentos que coloquem o trabalhador ou seus colegas em risco. No entanto, a avaliação com base em psicopatologias não necessariamente identificará os indivíduos com características mais adequadas para as especificidades do contexto dos trabalhos descritos nas NRs. Além disso, podem desconsiderar fatores do ambiente de trabalho na avaliação, fato comum nas avaliações em psicologia organizacional e do trabalho ao se utilizar instrumentos que não são criados para o contexto laboral (Rodrigues, Faiad, 2018, p.295-296).

Além do fator de risco psicossocial não ser apreendido através da aferição isolada de atributos psicológicos dos trabalhadores, outro ponto a ser destacado é que nem todo o transtorno mental relacionado ao trabalho é causado por um fator de risco psicossocial do trabalho. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho têm etiologias variadas e nas situações nas quais se faz necessário avaliar o nexos causal entre uma dada situação laboral e um transtorno mental relacionado ao trabalho fica ainda mais evidente a necessidade de que o profissional compreenda a multiplicidade de etiologias possíveis para os transtornos mentais relacionados ao trabalho e esteja ciente da multiplicidade de fatores de riscos a serem buscados nos ambientes laborais, sendo um deles o risco psicossocial do trabalho, para realizar o devido diagnóstico diferencial e estabelecer ou refutar o nexos, conforme for comprovado.

Outro fator de engano acerca dos fatores de riscos psicossociais do trabalho é a crença de que todo efeito danoso de um fator de risco psicossocial do trabalho se manifeste de forma clara através de sintomas psicológicos / psiquiátricos, pois é possível que somatizações ou comportamentos de fuga / esquiva sejam reflexos dos efeitos dos fatores de risco psicossocial do trabalho não controlados adequadamente.

A esse respeito relata Lucca⁵,

A caracterização do nexo dos transtornos mentais relacionados ao trabalho depende da experiência e do conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos aspectos médicos-clínicos, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas. Neste sentido, os TMRT podem ser desencadeados pela exposição à agentes tóxicos, de ação neuro-comportamental, como a exposição ao mercúrio, manganês, chumbo e sulfeto de carbono; critérios epidemiológicos em grupos específicos de trabalhadores, como por exemplo, a Síndrome de Burnout nas profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas e profissões que envolvem alto investimento afetivo e pessoal, como professores (a)s, trabalhadores da saúde, assistentes sociais, etc.; transtornos pós-traumáticos (TEPT) desencadeados a partir de vivências de situações traumáticas no ambiente de trabalho, cada vez mais frequentes, como, por exemplo, de assaltos a agências bancárias com reféns, catástrofes, acidentes graves e acometendo bancários, vigias, policiais e outros trabalhadores que vivenciaram a situação traumática. Os profissionais de saúde e a vigilância em saúde do trabalhador, dos setores públicos e privados, devem considerar a multiplicidade de fatores envolvidos na determinação das doenças mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho. Em alguns casos, são de natureza química, em outros, intrinsecamente relacionados às formas de organização e gestão do trabalho ou mesmo da ausência de trabalho e, em muitos casos, decorrem de uma ação sinérgica desses fatores. Há de se considerar ainda que o sofrimento psíquico dos trabalhadores pode se manifestar de forma indireta nas organizações de trabalho, tais como: Elevado turnover; Elevado absenteísmo por doenças (com CID F) ou sintomas psicossomáticos; Presenteísmo (vir trabalhar doente com medo de perder o emprego); Ocorrência de acidentes de trabalho. (Lucca, 2017, p.155-156).

Levando em conta o exposto, podemos deduzir que são incorretas as premissas de que todo instrumento que avalia um fator de risco laboral associado a transtorno mental relacionado ao trabalho seja um instrumento que realiza avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho; que um instrumento que avalie atributos psicológicos dos trabalhadores seja um instrumento de avaliação dos fatores psicossociais do trabalho; que o adoecimento mental dos trabalhadores confirme a presença de fatores de riscos psicossociais do trabalho independente de avaliação laboral, ou que um trabalho sem funcionários com queixas psicológicas /

psiquiátrica seja um trabalho sem fatores de risco psicossocial e portanto que a avaliação dos riscos psicossociais do trabalho seja dispensável.

Dadas as múltiplas possibilidades de engano a respeito da escolha de um instrumento de avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho é imperativo nos assegurarmos que o instrumento utilizado afira de fato os fatores de riscos psicossociais do trabalho, e não algum risco laboral não psicossocial ligado aos transtornos mentais do trabalho ou mesmo as características psíquicas ou de transtorno mental do trabalhador tomados isoladamente, sem relação com o contexto laboral. Também é importante nos lembrarmos da importância da avaliação dos riscos psicossociais do trabalho mesmo nos casos nos quais não exista queixa psicológica / psiquiátrica, visto a chance de manifestações indiretas. Entretanto, infelizmente, não é incomum observarmos falhas nesses cuidados.

O uso, por parte de profissionais avaliadores dos fatores de risco psicossocial do trabalho, de instrumentos de avaliação cujo escopo não abrange o construto a ser avaliado (fatores de riscos psicossociais do trabalho) nos remete à possibilidade de que o uso de um instrumento inadequado resida na dificuldade por parte destes avaliadores de domínio do construto, ou seja, na dificuldade da pessoa saber o que constitui a categoria dos fatores de riscos psicossociais do trabalho para escolher, através da semelhança dos itens avaliados pelo instrumento com o conceito da categoria que se pretende avaliar, o instrumento que a avalie de forma devida.

Neste caso a estratégia de reforço conceitual, treinar o conceito com o conhecimento de diferentes formas de escrevê-lo, é útil para resolver esse problema, e por isso buscamos na literatura algumas definições de fatores de risco psicossocial do trabalho. Uma das definições mais conhecidas é a que foi proposta na década de 80 pela Organização Internacional do Trabalho (1986)⁶ que descrevemos a seguir:

Psychosocial factors at work refer to interactions between and among work environment, job content, organisational conditions and workers' capacities, needs, culture, personal extra-job considerations that may, through perceptions and experience, influence health, work performance and job satisfaction. (OIT, 1986, p3)⁶.

Fatores de risco psicossocial do trabalho referem-se às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, as necessidades, a cultura e as considerações pessoais extra-laborais dos trabalhadores que podem, através das percepções e da

experiência, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho. (tradução livre).

Em âmbito nacional, dentro do arcabouço legal, encontramos as seguintes definições;

Instrução Normativa DC/INSS nº 98, de 5 de dezembro de 2003⁷:

Os fatores psicossociais do trabalho são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho. Como exemplo de fatores psicossociais podemos citar: considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho. A "percepção" psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho. (Brasil, 2003)⁷.

Guia técnico da NR-33, Ministério do Trabalho e Emprego; 2013⁸ :

Riscos psicossociais - influência na saúde mental dos trabalhadores, provocada pelas tensões da vida diária, pressão do trabalho e outros fatores adversos (Brasil, 2013 p.54; Brasil, 2014; p.30)⁸

Além destas definições podemos encontrar outras na bibliografia nacional ou internacional, mas conforme observado por Lucca (2020)³, “não existe um consenso a respeito do termo”.

Notamos que as definições de fatores de risco psicossocial do trabalho são múltiplas, não totalmente coincidentes e envolvem alto grau de abstração para sua compreensão. Acreditamos que essa profusão de conceitos, embora tentem delimitar o construto, podem levar a interpretações díspares, diminuindo a efetividade da estratégia do reforço conceitual, o que por sua vez pode resultar na manutenção do uso de instrumentos inadequados para avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho.

Outra forma de evitar o uso de instrumentos inapropriados para avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho, apontada por alguns profissionais da área de Segurança e Saúde do Trabalho, seria o estabelecimento via NR1 dos instrumentos aceitos para essa avaliação. Considera-se neste caso que os instrumentos selecionados já teriam confirmadas suas características de avaliação desse fator de risco pela equipe selecionadora, não sendo necessário portanto a interpretação do usuário sobre sua adequação ou não. Essa proposta, apesar de ter méritos como a possibilidade de comparação de resultados entre trabalhos pela

utilização dos mesmos instrumentos de avaliação por diferentes avaliadores em diferentes situações laborais, tem a desvantagem de considerar que todos os ambientes laborais apresentam conjuntos de fatores de riscos psicossociais do trabalho similares, com o mesmo peso nas diferentes situações laborais, e sempre aferíveis pelos instrumentos propostos, o que acreditamos não condizer à realidade da categoria dos fatores riscos sob análise, dada a multiplicidade das possibilidades de agrupamentos de fatores riscos psicossociais do trabalho e a singularidade de cada ambiente de trabalho, como bem apontam Lucca³, Faiad e Rodrigues⁴. Este parece ser também o entendimento do Estado, visto que a NR1 deixa claro que o método não será definido pelo regulamento, devendo ser escolhido o instrumento apropriado para cada caso.

Considerando o exposto até o momento, no intuito de evitar as consequências nefastas que o erro crasso do uso de um instrumento não adequado para aferir os fatores de riscos psicossociais do trabalho pode trazer no contexto de uma avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho; de evitar a perspectiva da adoção mandatória de um grupo seletivo de testes como padrão para qualquer avaliação psicossocial como resposta a esse problema, que como vimos aparentemente também seria inadequado, e dada a natureza do fenômeno sob análise, considerando a dificuldade de definirmos claramente o que sejam os fatores de risco psicossociais, nos deparamos com a seguinte pergunta:

Como um profissional do campo da Saúde do Trabalhador pode identificar, sem usar a definição de riscos psicossociais do trabalho (que é, como vimos, variada e abstrata) que um instrumento de avaliação de riscos laborais é inadequado para realização da análise dos riscos psicossociais do trabalho, especialmente quando este instrumento avalia riscos laborais associados a transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos ou transtornos mentais do trabalhador?

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral:

Desenvolver um método que, por uma via alternativa ao uso da definição de fatores de riscos psicossociais do trabalho, nos permita identificar se um instrumento é inadequado para avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho,

especialmente quando este instrumento avalia apenas fatores de riscos laborais não psicossociais associados a transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos ou transtornos mentais do trabalhador fora do contexto laboral.

2.1 Objetivo específico:

Criar uma via alternativa ao uso do conceito de fatores de risco psicossocial do trabalho e à restrição normativa da escolha de instrumento para avaliação dos fatores riscos psicossociais para identificação de instrumentos inadequados em uma avaliação de riscos psicossociais;

Contribuir para evitar as consequências indesejáveis do uso de um instrumento de avaliação inadequado para a avaliação destes riscos psicossociais;

Estimular a revisão dos fatores de risco laborais existentes na área da Saúde do Trabalhador;

Facilitar a compreensão do conceito de fator de risco psicossocial a partir da compreensão das características inovadoras deste conceito para o campo da Saúde do Trabalhador em comparação aos conceitos dos fatores de riscos laborais precedentes;

Possibilitar o diagnóstico diferencial entre um fator de risco psicossocial do trabalho e outros fatores de risco laborais relacionados ao desfecho de transtorno mental relacionado ao trabalho, facilitando a adoção da correta terapêutica para cada caso.

Acreditamos ainda que o melhor entendimento sobre o que são os fatores de riscos psicossociais do trabalho pode, eventualmente, capacitar o leitor para construção de critérios inéditos destes fatores em diversos ambientes laborais, colaborando assim para uma ação sobre os fatores de riscos psicossociais de trabalho cada vez mais acurada.

3. METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo teórico para fundamentação e elaboração de um método rastreio de instrumentos inapropriados para avaliação dos fatores de riscos psicossociais do trabalho sem o uso da conceituação dessa categoria de riscos.

A pesquisa bibliográfica teve por objetivo encontrar material (livros e artigos) que versasse sobre os temas 'evolução do conhecimento científico' e 'história da saúde do trabalhador'.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PROPOSTA APRESENTADA

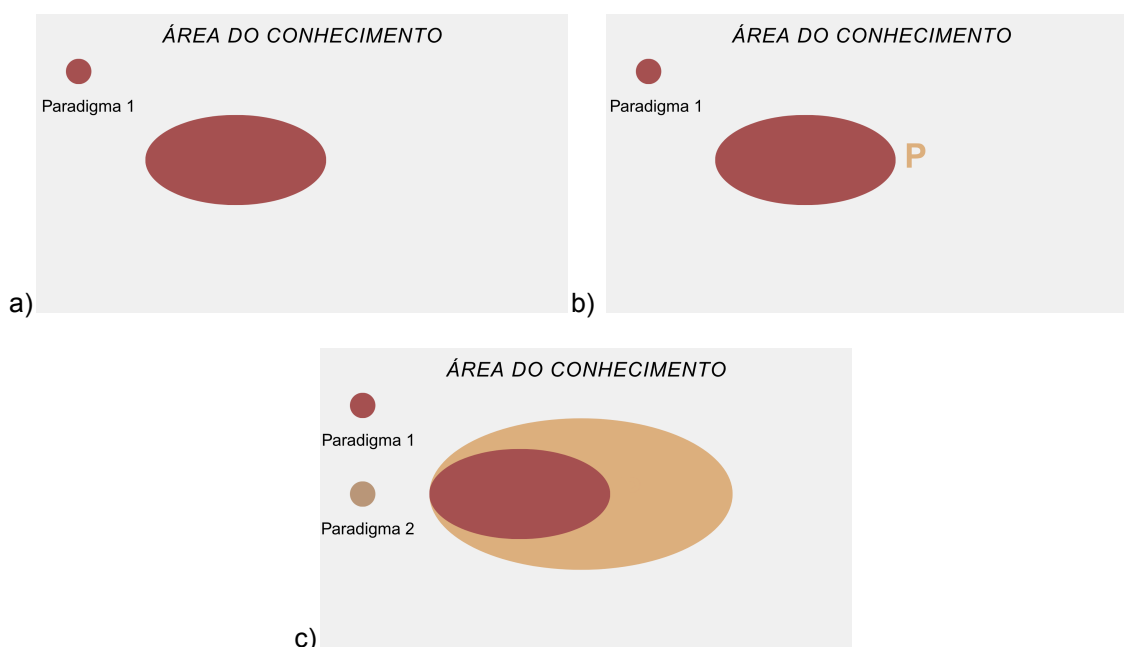
A perspectiva de podermos, sem a necessidade do uso da definição de fatores riscos psicossociais do trabalho, identificar avaliações de riscos psicossociais do trabalho que não avaliam de fato os riscos psicossociais do trabalho, especialmente quando o instrumento usado para fundamentar a avaliação afere riscos laborais associados a transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos e/ou transtornos mentais do trabalhador fora do contexto laboral, é apoiada em uma tese e em uma premissa: a tese de que todo conhecimento se desenvolve por etapas, sendo cada uma destas etapas marcada pela introdução de conceitos qualitativamente diferentes aos demais, e a premissa de que os fatores de riscos do trabalho (dentre eles os fatores de risco psicossocial do trabalho), como conhecimento acerca da relação saúde-doença / trabalho desenvolvido pela área da Saúde do Trabalhador, tem seu desenvolvimento nos moldes indicados pela tese referida.

Para discorrer acerca da tese e deixá-la mais clara podemos nos reportar a Thomas Kuhn⁹ e sua obra "A Estrutura das Revoluções Científicas", e Vygotsky, Leontiev e Engeström na elaboração dos conceitos da Teoria da Atividade Histórico-Cultural¹⁰.

Para Kuhn⁹ a evolução de um conhecimento inicia-se quando uma área de conhecimento com um dado paradigma - suas "noções" / "idéias" predominantes, que determinam os problemas a serem resolvidos, as formas de análise e ação técnica sobre esses problemas (Figura 1a) - encontra um problema inicialmente insolúvel e é desafiada a resolvê-lo, instaurando uma crise no paradigma vigente ao instaurar um processo de revisão deste paradigma objetivando a resolução do problema (Figura 1b). O processo desencadeado pela crise envolve a formulação de hipótese com propostas conceituais tão disruptivas dentro dessa área de conhecimento que os conceitos emergentes nesse processo, muito mais do que representarem um salto conceitual quantitativo na área do conhecimento pelo acréscimo de mais um conceito, representam um salto qualitativo em relação aos

conceitos precedentes por alterarem a “natureza” da explicação fornecida pelo área. Essa mudança qualitativa dos conceitos emergentes os fazem essencialmente diferentes dos conceitos anteriores, bem como aos seus elementos, visto que os elementos abrangidos por cada conceito “herdam” as características do conceito do qual fazem parte (como os elementos de uma classe abstrata na programação ou dos conjuntos da matemática herdam as características de cada uma das suas classes/ conjuntos). Confirmada a hipótese enunciada através destes novos conceitos, a nova teoria baseada nestes conceitos é incorporada à área de conhecimento instituindo assim um novo paradigma, uma nova concepção “de mundo”, composto pela agregação dos novos objetos e métodos de estudo recém conceituados aos antigos remanescentes. Essa incorporação teórica estabelece ganhos para a área de conhecimento em relação ao seu estado anterior, visto que agora o alcance explicativo e interventor do novo paradigma da área de conhecimento é maior por explicar e agir tanto sobre os fatos que antes o paradigma anterior já explicava como sobre os fatos que ele falhou em explicar (Figura 1c).

Figura 1: a) Área do conhecimento e seu paradigma. b) A área do conhecimento e seu paradigma são confrontados por um problema ‘P’, insolúvel instaurando a crise deste paradigma. c) Processo instaurado pela crise de paradigma dá origem a uma nova teoria composta por conceitos, métodos de estudo e objetos qualitativamente diferentes dos da teoria precedente



Sintetizando a evolução do conhecimento, Ian Hacking⁹, autor do ensaio comemorativo do 50º ano de edição da obra referida, diz:

“Tal é a estrutura das revoluções científicas: ciência normal com um paradigma e dedicação para solucionar quebra-cabeças; seguida de sérias anomalias, que conduzem para uma crise; e finalmente resolução da crise por meio de um novo paradigma. (kuhn, 2013, p.12)⁹;

A respeito do tema, diz Kuhn⁹;

A descoberta começa com a consciência da anomalia, isto é, com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas que governam a ciência normal. Segue-se então uma exploração mais ou menos ampla da área onde ocorreu a anomalia. Esse trabalho somente se encerra quando a teoria do paradigma for ajustada, de tal forma que o anômalo se tenha convertido no esperado. **A assimilação de um novo tipo de fato exige mais do que um ajustamento aditivo da teoria.** Até que tal ajustamento tenha sido completado - até que o cientista tenha aprendido a ver a natureza de um modo diferente, o novo fato não será considerado completamente científico. (Kuhn, 2013, pg 81. Grifo nosso)⁹

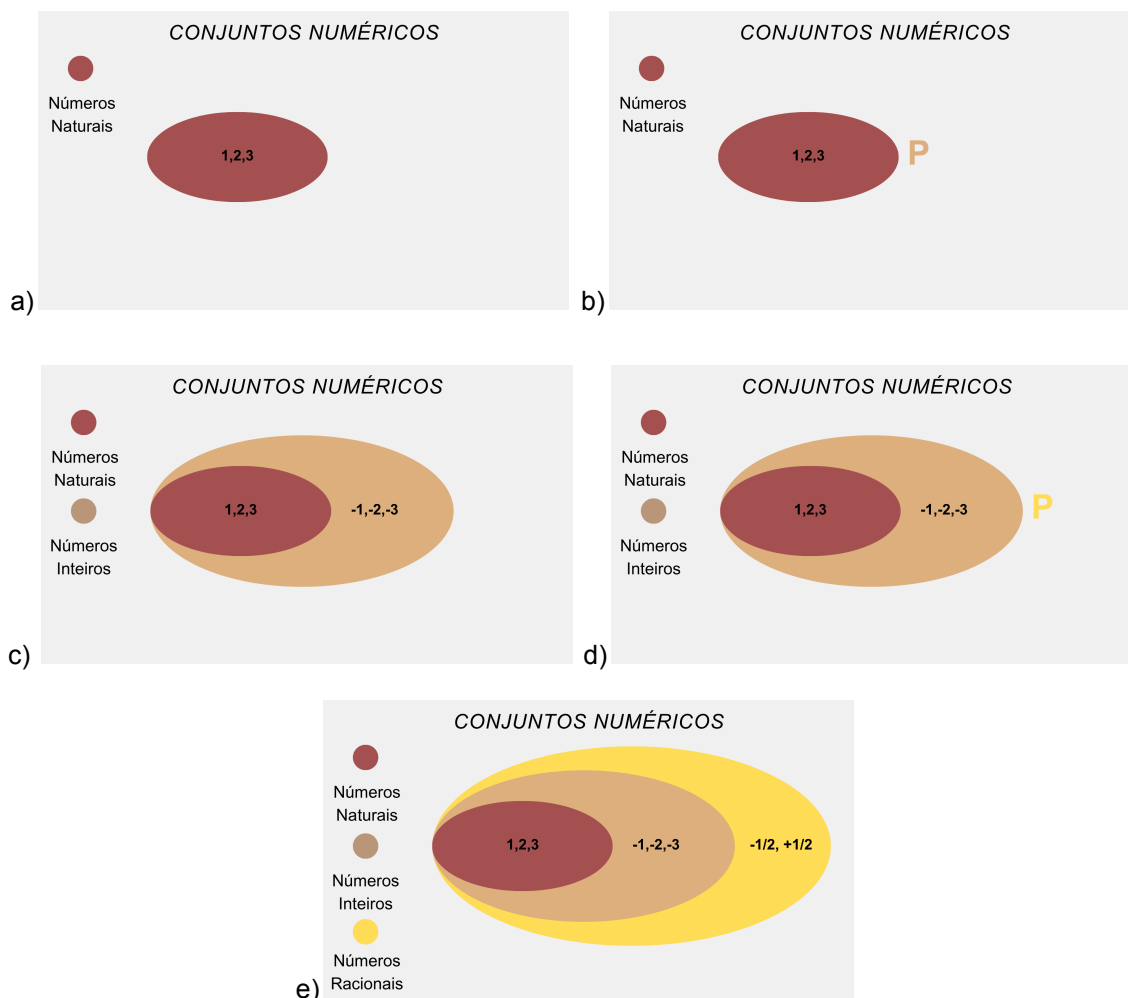
Depois da assimilação da descoberta, os cientistas encontravam-se em **condições de dar conta de um número maior de fenômenos ou explicar mais precisamente alguns dos fenômenos previamente conhecidos.** Tal avanço somente foi possível porque algumas crenças ou procedimentos anteriormente aceitos foram descartados e, simultaneamente, substituídos por outros. (Kuhn, 2013, p.93. Grifo nosso).⁹

Uma nova teoria, por mais particular que seja seu âmbito de aplicação, **nunca ou quase nunca é um mero incremento ao que já é conhecido.** Sua assimilação requer a reconstrução da teoria precedente e a reavaliação dos fatos anteriores (...) Invenções de novas teorias não são os únicos acontecimentos científicos que têm um impacto revolucionário sobre os especialistas do setor em que ocorrem. **Os compromissos que governam a ciência normal especificam não apenas as espécies de entidades que o universo contém, mas também, implicitamente, aquelas que ele não contém.** Embora esse ponto exija uma discussão prolongada, segue-se que uma descoberta como a do oxigênio ou do raio x não adiciona apenas mais um item à população do mundo do cientista. Esse é o efeito final da descoberta - mas somente depois de a comunidade profissional ter reavaliado os procedimentos experimentais tradicionais, alterado sua concepção a respeito de entidades com as quais estava de há muito familiarizada e, no decorrer desse processo, modificado a rede de teorias com as quais lida com o mundo. Teoria e fato científicos não são categoricamente separáveis, exceto talvez no interior de uma única tradição da prática científica normal. É por isso que **uma descoberta inesperada não possui uma importância simplesmente fatural. O mundo do cientista é tanto qualitativamente transformado como quantitativamente enriquecido pelas novidades fundamentais de fatos ou teorias.** (Kuhn, 2013, p. 50. Grifo nosso)⁹

Como ilustração, tomemos a aplicação desse conceito à teoria dos conjuntos numéricos da matemática. Consideremos primeiramente a concepção do conjunto de números naturais em nosso exemplo formado pelos elementos 1,2,3 (Figura 2a). Esse conjunto explica uma gama de fenômenos, mas em uma dada ocasião não conseguiu resolver um problema, como a necessidade de registrar uma dívida, desencadeando uma crise dentro deste paradigma na busca da resolução do problema (Figura 2b). Como resultado da crise foi elaborada a teoria do conjunto dos números inteiros que contém, além dos números naturais, os números, em nosso caso contendo os números -1,-2,-3, resolvendo o problema do registro da dívida (pela negatividade) e ampliando a capacidade resolutive de problemas dos conjuntos numéricos. (Figura 2c). Neste contexto ilustrativo, a concepção dos números negativos é a mudança qualitativa disruptiva da teoria dos números inteiros em relação ao conceito da teoria dos números naturais, que não concebia números negativos, qualidade esta que ‘diferencia o conjunto dos números inteiros do conjunto dos números naturais e ao mesmo tempo os elementos exclusivos do conjunto dos números inteiros (os números inteiros negativos) dos antigos elementos dos números naturais (os números positivos). Suponhamos então que um novo problema se apresente, e seja impossível de resolução para os paradigmas prévios, como a necessidade de dividirmos um dado número em duas metades iguais, que não serão inteiras. Surge assim um novo problema, insolúvel para os paradigmas atuais, que resultará em uma crise de paradigmas e uma nova busca de resolução. (Figura 2d). Ao final, teremos então o surgimento do grupo dos números racionais, que traz a novidade de conceber “metades”, sejam elas positivas ou negativas, resolvendo o problema e estabelecendo um novo paradigma (Figura 2e). Agora a concepção dos números fracionários é a mudança qualitativa disruptiva da teoria dos números racionais em relação ao conceito da teoria dos números naturais, e dos números inteiros, que não concebiam os números fracionários. qualidade esta que ‘diferencia o conjunto dos números racionais dos conjuntos dos números naturais e inteiros, e ao mesmo tempo os elementos exclusivos do conjunto dos números racionais (os números fracionários) dos antigos elementos dos números naturais e inteiros (os números inteiros positivos e negativos).

Figura 2: a) Conjuntos Numéricos contendo o Conjunto dos Números Naturais. b) Problema ‘P’ insolúvel surgido nos Conjuntos Numéricos contendo apenas o Conjunto dos Números Naturais, instaurando a crise do paradigma e a busca pela resolução. c) Incorporação do Conjunto dos

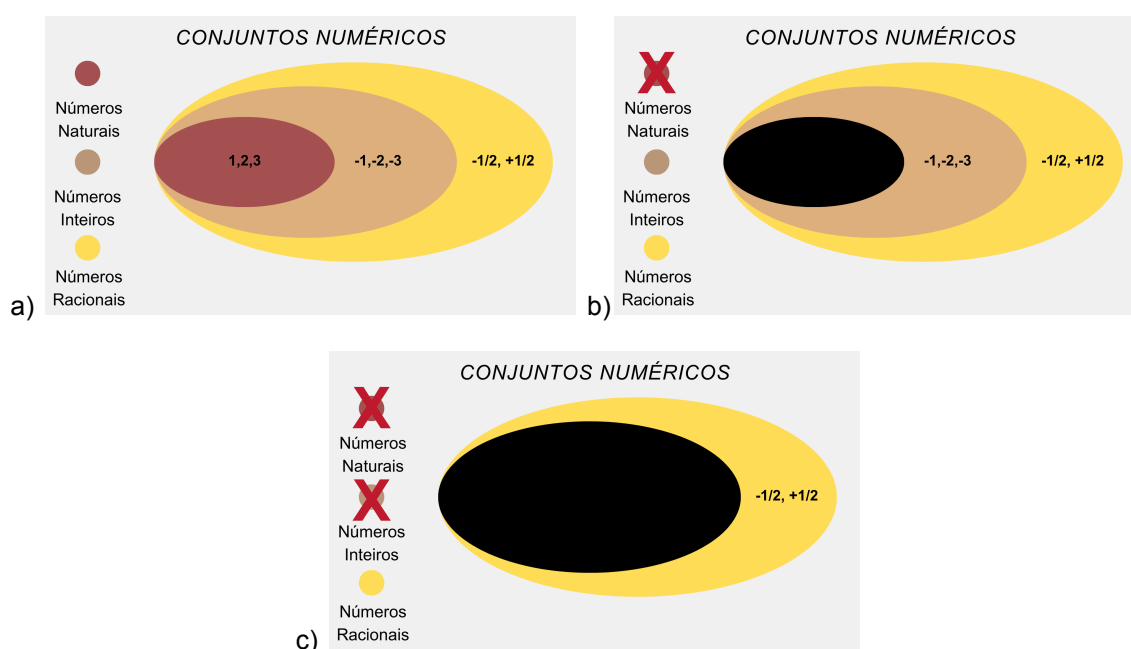
Números Inteiros e seus elementos aos Conjuntos Numéricos resolvendo o problema insolúvel pelo paradigma dos Números Naturais. d) Problema 'P' insolúvel surgido nos Conjuntos Numéricos contendo apenas o Conjunto dos Números Naturais e Números Inteiros instaurando a crise e a busca pela resolução. e) Incorporação do Conjunto dos Números Inteiros e seus elementos aos Conjuntos Numéricos resolvendo o problema insolúvel pelo paradigma dos Números Naturais;



A percepção dessa diferença qualitativa entre as teorias e seus elementos dentro de um campo de conhecimento é o ponto central que embasa nosso trabalho, pois nosso pressuposto é que, sendo verdadeira a perspectiva da diferença qualitativa entre os conceitos de diferentes teorias em um mesmo campo de conhecimento (como os conceitos da teoria dos números naturais, da teoria dos números inteiros e dos números racionais dentro da teoria dos conjuntos numéricos), e sendo verdadeira a diferença entre os elementos de cada um destes conceitos (a diferença qualitativa entre os números inteiros positivos, números inteiros negativos e números fracionários), para avaliar a existência de elementos que sejam exclusivos de uma das teorias (como os elementos exclusivos da teoria dos números fracionários) em um dado campo de conhecimento (como em um

conjunto numérico qualquer - figura 3a) sem o uso do conceito dessa teoria para identificar seus elementos dentre os diversos elementos da área por semelhança (sem precisar saber o que são os números fracionários), podemos excluir todos os elementos representativos das demais teorias da área de conhecimento (no nosso exemplo, o conjunto dos números naturais - figura 3b, e números inteiros - figura 3c) para destacarmos, se existirem, apenas os elementos exclusivos do conceito de interesse (os elementos do conjunto dos números fracionários - figura 3c).

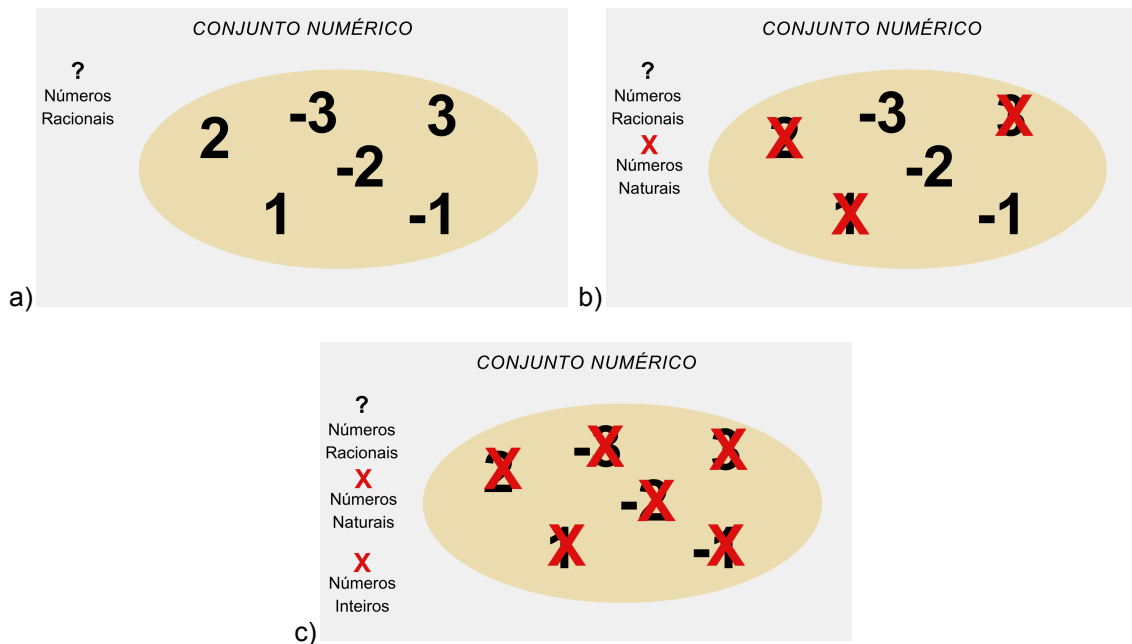
Figura 3: Identificação e exposição de elementos exclusivos do conjunto dos números fracionários em um conjunto numérico composto por diferentes numerais (a) através da exclusão dos elementos dos números naturais (b) e dos elementos dos números inteiros (c).



E se quisermos saber se em um dado conjunto numérico não apresenta a 'inovação', a 'qualidade' trazida pela teoria dos números fracionários mas não quisermos ou soubermos ao certo o que são os números fracionários, podemos fazer esse mesmo processo para evidenciar a ausência de elementos que trazem consigo a qualidade exclusiva dos números fracionários que desejamos observar. Tomemos como exemplo o conjunto numérico composto pelos elementos (1,2,3, -1,-2,-3 - figura 4a). Se queremos saber se este conjunto apresenta elementos que possuem a 'inovação', a 'qualidade' trazida pela teoria dos números fracionários mas não soubermos ao certo o que são os números fracionários, ao realizarmos a retirada dos elementos dos números naturais (figura 4b) e dos números inteiros (figura 4c), que conhecemos bem, seremos capazes de afirmar que este conjunto

não apresenta números fracionários, visto que os números fracionários trazem qualidades que os números naturais e inteiros não possuem.

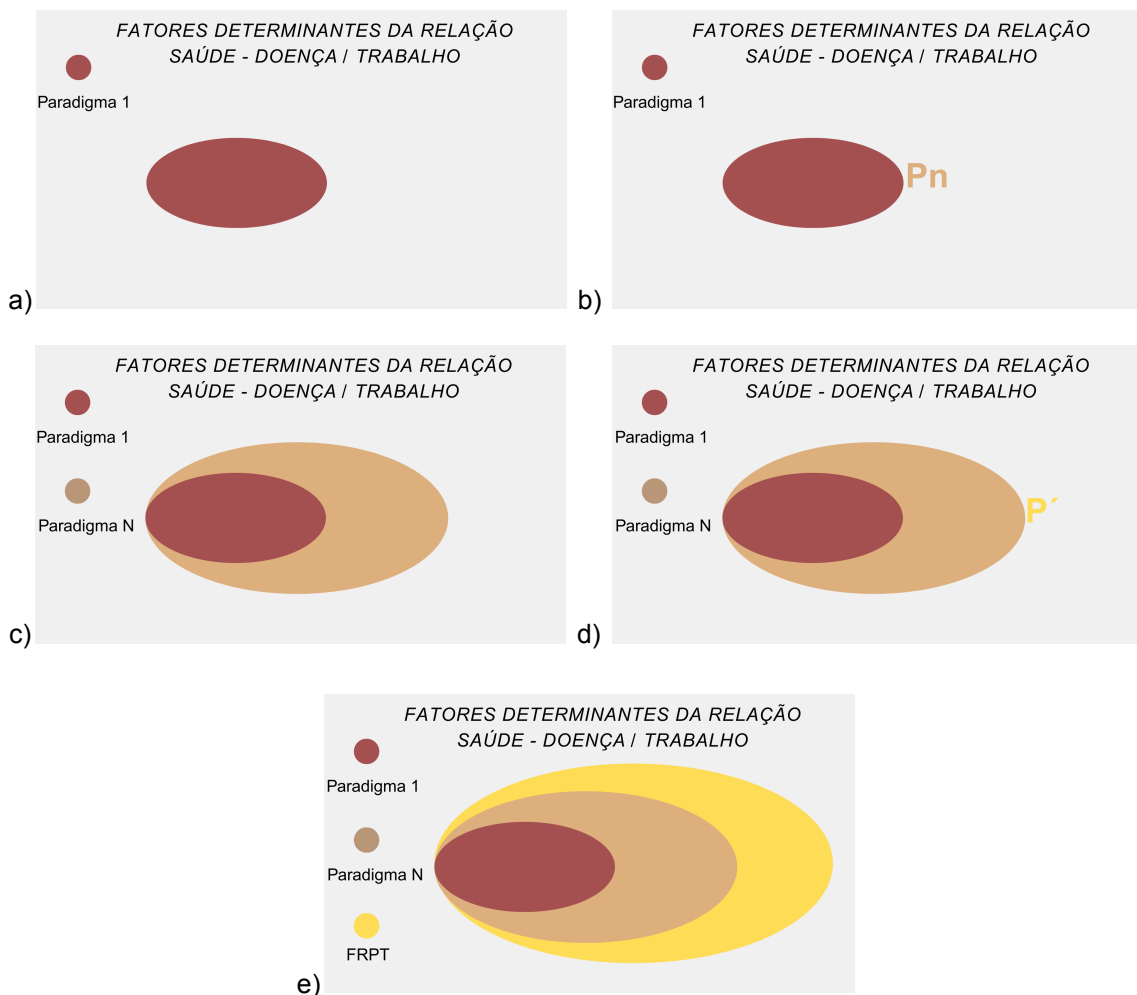
Figura 4: Investigando se um conjunto numérico com elementos provenientes de diversos paradigmas da teoria dos conjuntos não possui elementos que contém as características exclusivas do paradigma da teoria dos números racionais através da exclusão dos elementos constituintes dos paradigmas dos números naturais (b) e inteiros (c), predecessores ao paradigma dos números racionais e que, por isso, não possuem as qualidades buscadas.



Trazendo essa perspectiva para o contexto do nosso problema de pesquisa, e partindo da premissa de que o conhecimento acerca dos riscos laborais é, como todo conhecimento, construído por etapas e sujeito a alterações de paradigmas, podemos imaginar que o campo da Saúde do Trabalhador tinha um paradigma inicial relacionando saúde-doença / trabalho que abrangia alguns fenômenos. (figura 5a). Em dada ocasião deparou-se com um problema vinculado à relação saúde-doença / trabalho que era insolúvel à luz da teoria vigente. (figura 5b). A incapacidade da teoria vigente em responder adequadamente ao problema e a necessidade de uma resposta deflagrou uma crise paradigmática suficientemente grande para resultar em uma nova teoria acerca dos fatores de risco laborais, capaz de resolver o problema que a desafiou. Essa nova teoria quando incorporada ao campo da Saúde do Trabalhador trouxe consigo objetos e métodos de pesquisas antes não concebidos, qualitativamente diferente dos objetos e métodos de pesquisa das teorias sobre fatores de risco laborais antes existentes. (figura 5c). Podemos ainda pressupor que esse processo de crise paradigmática aconteceu diversas vezes (figura 5d), e em

uma destas vezes ocorreu a emergência da teoria dos fatores dos riscos psicossociais do trabalho - FRPT . (Figura 5e).

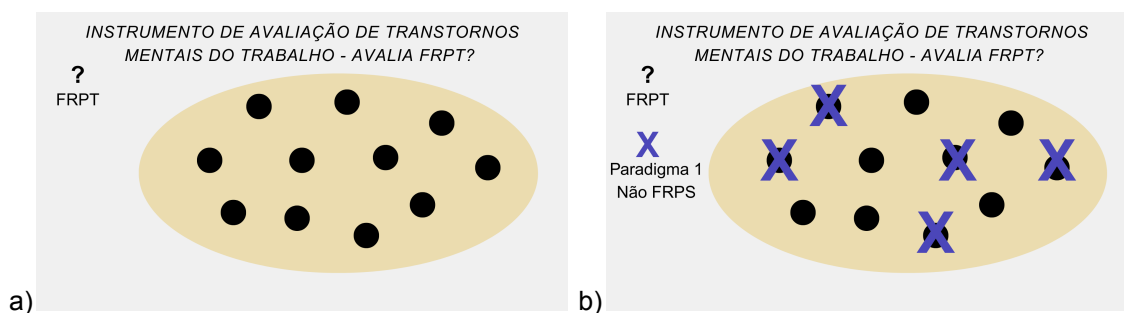
Figura 5. Sucessão de crises paradigmáticas na evolução da teoria sobre a relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador sob a ótica da teoria da Estrutura das Revoluções Científicas até a formulação da teoria sobre os fatores de risco psicossociais do trabalho. a) Primeiro paradigma sobre fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador. b) Emergência de um problema P_n insolúvel para o paradigma vigente sobre a relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador. c) Emergência de novo paradigma N sobre a relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador que insere teoria, objetos e métodos qualitativamente diferente das demais precedentes, resolve o problema P_n e amplia a capacidade explicativa do campo (processos 'b' e 'c' se repetem 'N' vezes). d) Emergência do problema insolúvel P' para o paradigma vigente 'N' sobre a relação saúde-doença / trabalho. e) Emergência de um novo paradigma sobre a relação saúde-doença / trabalho que resolve o problema P' e estabelece os Fatores de Riscos Psicossociais do Trabalho (FRPT) como mais um Risco Laboral.

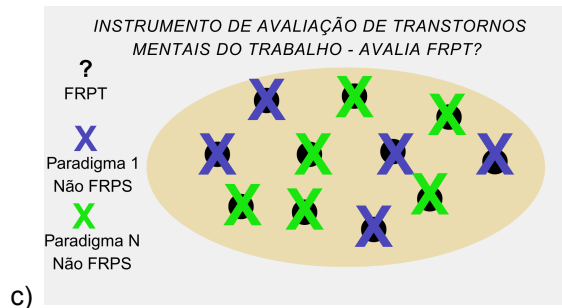


Se esta for a evolução do conhecimento acerca dos fatores determinantes da saúde-doença / trabalho pelo campo da Saúde do Trabalhador, sabemos que a concepção atual de riscos laborais é composta por teorias, objetos e métodos que são qualitativamente diferentes entre si. O fato de os objetos e métodos de pesquisa dentro do universo dos riscos laborais serem qualitativamente diferentes entre si

torna possível, através do movimento de retirada dos elementos das teorias precedentes à emergência da teoria dos riscos psicossociais do trabalho, identificarmos se um instrumento que avalia situações associadas a transtornos mentais do trabalho ou características psicológicas e/ou psiquiátricas do trabalhador avalia os fatores de riscos psicossociais do trabalho sem a necessidade de identificarmos se os critérios de aferição utilizados pelo instrumento abrangem as características definidas pelo construto de fatores de risco psicossocial do trabalho. Em outras palavras, para descobrir se um instrumento que afere transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos e/ou transtornos mentais do trabalhador não avalia os fatores de riscos psicossociais do trabalho podemos retirar desse instrumento de avaliação os critérios de avaliação concernentes às teorias de riscos laborais precedentes e caso não restem critérios após essa exclusão verificaremos que este instrumento não é capaz de fazer a avaliação dos fatores de risco psicossocial do trabalho por não conter critérios avaliativos que abranjam as características exclusivas do paradigma dos fatores de risco psicossociais do trabalho, ainda que o instrumento faça avaliações de transtornos mentais relacionados ao trabalho ou características psicológicas / psiquiátricas do trabalhador. (Figura 06).

Figura 6 Identificação da inexistência de critérios avaliativos dos riscos psicossociais do trabalho em um instrumento de avaliação de transtornos mentais do trabalho através da exclusão dos critérios avaliadores oriundos dos paradigmas predecessores ao paradigma dos Riscos Psicossociais do Trabalho. a) Instrumento de avaliação de transtornos mentais do trabalho. b) Exclusão dos critérios de avaliação oriundos dos riscos laborais estabelecidos pelo paradigma 1, precedente ao paradigma dos fatores de risco psicossocial do trabalho, que não contém as características (qualidades) introduzidas por este paradigma. c) Exclusão dos elementos de avaliação dos riscos laborais estabelecidos pelos paradigmas N, que não contém as características (qualidades) introduzidas pelo paradigma dos fatores de riscos psicossociais do trabalho.





Neste exemplo a exclusão dos elementos pertencentes aos paradigmas precedentes à teoria dos fatores de riscos psicossociais do trabalho demonstrou que não existem outros itens além dos excluídos, indicando portanto que o instrumento de avaliação não avalia os fatores de riscos psicossociais do trabalho, mas sim outros fatores de risco laborais que não os fatores de riscos psicossociais do trabalho.

Agora que sabemos que é possível construirmos um método para identificar quando um instrumento de avaliação é inadequado para avaliar os fatores de risco psicossocial do trabalho sem a necessidade do uso da definição de psicossocial do trabalho devemos nos perguntar como estabelecer as mudanças de paradigma ocorridas sobre a relação saúde-doença / trabalho até a emergência da mudança de paradigma que instituiu os fatores de risco psicossociais do trabalho com um fator de risco laboral. Essa identificação é fundamental para utilizarmos os elementos da categorias precedentes à categoria dos fatores de risco psicossocial do trabalho como critério de exclusão dos itens de avaliação dos risco laborais dos instrumentos de avaliação de risco psicossocial do trabalho que desejarmos analisar. E a forma de conseguirmos estas informações advém da Teoria da Atividade Histórico-Cultural (TAHC)¹⁰.

Para a TAHC a atividade humana pode ser analisada como um sistema-atividade e podemos recorrer à história desta atividade para entendê-la apropriadamente. Sob este enfoque, caso a elaboração do conhecimento acerca dos riscos laborais feita pelo campo da Saúde do Trabalhador, área da ciência dedicada por excelência ao estudo das relações saúde/doença e trabalho, seja um sistema-atividade, poderemos compreendê-la através de sua história. Conforme a TAHC, toda atividade é composta por um objeto, uma meta e um instrumento, e

podemos identificar todos eles no campo da Saúde do Trabalhador, conforme indicado abaixo:

- Um sistema-atividade é orientado por um objeto, ou seja, por um motivo (algo que se quer entender, transformar ou dominar) visando satisfazer a uma necessidade, um problema; o objeto é aquilo que “resolve o problema”. O campo da Saúde do Trabalhador tem como objeto/motivo os fatores determinantes da relação saúde-doença/trabalho, e visa resolver o problema do adoecimento do trabalhador em função do trabalho;

- Esse objeto, ao mesmo tempo em que dá sentido à atividade (respondendo a uma necessidade, satisfazendo um motivo), direciona as ações para um resultado, cria uma meta, um objetivo específico. Para identificar a ação do Sistema Atividade deve-se identificar seus objetivos, suas metas. (ações = objetivo / meta); O campo da Saúde do Trabalhador tem como ação / meta diminuir ou cessar os adoecimentos ocorridos em função do trabalho e/ou (idealmente) promover a saúde do trabalhador em função do trabalho;

- Para realizar essa ação, para atingir essa meta são usadas operações/instrumentos. Para identificar uma operação deve-se identificar as condições instrumentais ou operacionais de sua realização. (Operações = métodos/instrumentos). O campo da Saúde do Trabalhador, para atingir suas metas, utiliza como operações/instrumentos o PGR e o PCMSO, que elencam diversas atividades voltadas para o atingimento da meta de reduzir o adoecimento laboral e/ou aumentar a saúde do trabalhador, como a aferição dos fatores de risco laborais para o estabelecimento dos riscos laborais.

Como podemos ver, podemos considerar as atividades do campo da Saúde do Trabalhador como pertencentes a um sistema-atividade, portanto compreendido a partir da análise de sua história. Para a TAHC a historicidade é uma característica fundamental de um sistema-atividade, sendo inclusive considerado como um princípio.

Cenci & Damiani ¹⁰ a respeito do princípio da historicidade, dizem:

Historicidade: os sistemas de atividade assumem sua forma e são transformados ao longo do tempo: seus problemas e potenciais só podem

ser entendidos com base em sua própria história. Esta deve ser estudada como história local da atividade, de seus objetos, de suas ideias e de suas ferramentas. Por exemplo, o trabalho médico deve ser estudado considerando a história de sua organização local, dos conceitos médicos, dos procedimentos e das ferramentas empregados; (Cenci, Damiani. 2018, P.939)¹⁰

Então, se toda atividade, ainda que realizada individualmente, solitariamente, apresenta caráter coletivo em função das práticas culturais e sociais nas quais as pessoas que executam a atividade estão inseridas, a construção do conhecimento sobre os fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho se constitui como construção coletiva visto sofrer influência das práticas sócio-econômico-político-culturais nas quais as pessoas que a executam estão inseridas (incluídas aqui práticas pós revoluções tecnológicas, como as industriais, pós guerra, etc). Por conseguinte, considerando a evolução teórica do campo da Saúde do Trabalhador ao longo de séculos, perceberemos que todas as teorias existentes hoje neste campo, bem como as avaliações dos fatores dos riscos laborais, são provenientes de diferentes épocas e por isso fundamentadas a partir diferentes concepções sobre as formas através das quais o trabalho se relaciona ao adoecimento ou saúde de um trabalhador, mas que por possuírem historicidade o estudo da história do campo da Saúde do Trabalhador nos permite um movimento ao passado que revelará cada uma destas concepções permitindo-nos descobrir as “qualidades intrínsecas” trazidas por cada teoria que ao suceder a outra permitiu ampliar o alcance da área introduzindo algo inédito ao longo dessa evolução teórica.

Os trabalhos de Mendes¹¹, Lacaz¹², Leão¹³, Costa¹⁴ e Hurtado¹⁵ confirmam as perspectivas enunciadas pela Teoria da Atividade Histórico Cultural a respeito dessa historicidade, que confere ao campo da Saúde do Trabalhador (e as áreas das ciências a ele relacionadas, como a Medicina do Trabalho) a qualidade de ser um campo ‘vivo’, que muda em diferentes períodos de tempo (em épocas diferentes), e com diferentes intensidades (mais ou menos rapidamente) nos diferentes espaços (p.ex nos diferentes países), em função não apenas das descobertas científicas e tecnológicas de seu tempo mas também das condições sócio-político-econômicas desse seu período (intrinsecamente ligada portanto ao social, ao coletivo). E essa influência do contexto sócio-político-econômico na modelagem do campo da Saúde do Trabalhador pode ser vista até mesmo em menor escala, como nas condições socioeconômico-culturais da vida de seus teóricos. Nos comentários do livro “A

doença dos trabalhadores”¹⁶ , e no artigo “Bernardino Ramazzini, um médico cada vez mais necessário”¹⁷, Mendes dá um exemplo dessa influência ao enumerar as condições que possivelmente contribuíram para que Ramazzini elaborasse sua grandiosa obra. A esse respeito, Mendes cita como possíveis influências contextuais o fato de Ramazzini ter contato com o labor dos cloaqueiros em sua residência e se interessado pela doença que apresentavam; de se interessar por ciências além da área médica e ter podido se relacionar com cientistas de diferentes áreas nos círculos científicos; de ter vivido em uma época de reinado de um duque afeito às ciências e, a convite deste duque, ter lecionando as cadeiras de medicina teórica e medicina prática na universidade de Modena, onde instituiu a matéria “De Morbis Artificum” - as doenças dos trabalhadores, compendiado assim o conhecimento que resultou em seu livro. O próprio Ramazzini dá indícios da influência contextual na elaboração de seu livro. Diz Ramazzini¹⁶: “Não te esqueças que foste elaborado em escuras oficinas e não em palácios de ricos, nem em cortes brilhantes”. (Ramazzini, 2016, p.13)¹⁶.

O princípio da historicidade aplicado aos conceitos acerca dos fatores determinantes da saúde-doença no contexto do trabalho nos permite, além do movimento em direção ao passado, analítico, já referido, um outro movimento: em direção ao futuro: nos leva a considerar a possibilidade de existirem perigos e riscos laborais a serem ainda descobertos, a espera do problema que enunciará a insuficiência explicativa do paradigma atual, instituirá sua crise e iniciará a procura pela resposta que formará uma nova teoria e instituirá um novo paradigma na área.

Tendo em vista nossa necessidade de termos claras as mudanças qualitativas de cada um destes paradigmas para a construção de nosso método de análise de inadequação de uma avaliação de risco psicossocial do trabalho, procederemos à análise histórica nos tópicos que desenvolveremos a seguir para elencarmos em cada período histórico qual foi o fator de risco laboral concebido, suas características, e como estas características superaram o paradigma de risco laboral precedente para sanar a crise paradigmática estabelecida. As perguntas fundamentais que utilizaremos para essa pesquisa serão: sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador? Qual a característica qualitativamente

inovadora dessa teoria em relação à precedente responsável por responder o problema que antes era insolúvel?.

Iniciaremos a análise histórica desde o tempo pretérito ao nascimento da relação saúde-doença / trabalho até a emergência do construto dos riscos psicossociais do trabalho como teoria norteadora do paradigma atual da área da Saúde do Trabalhador.

5. A EVOLUÇÃO DAS TEORIAS SOBRE OS FATORES DETERMINANTES DA RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA / TRABALHO

5.1 A ‘descoberta’ da relação saúde-doença / trabalho.

.Os compromissos que governam a ciência normal especificam não apenas as espécies de entidades que o universo contém, mas também, implicitamente, aquelas que ele não contém. (Kuhn, 2013, p50)⁹

A avaliação da historicidade da relação saúde-doença / trabalho sob enfoque do campo da Saúde do Trabalhador indica que, apesar de alguns relatos ao longo da história, as teorias médicas não consideravam o contexto produtivo (as condições de trabalho envolvendo o trabalhador e o entorno deste contexto) como relevante o suficiente para incluí-lo sistematicamente nas investigações dos fatores causadores de doença e promotores de saúde.

Conforme Ramazzini (1700)¹⁶, embora os grandes autores da “ars medica” investigassem padrões de dieta, atividade física, sinais e sintomas para elucidar quadros de saúde-doença, nenhum enfoque sobre as situações de trabalho era sistematicamente proposto. Nas palavras do próprio Ramazzini¹⁶:

Um médico que atende um doente deve informar-se de muita coisa a seu respeito pelo próprio e pelos seus acompanhantes, segundo o preceito do nosso Divino Preceptor, “quando visitares um doente convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimento ingeriu”, são palavras de Hipócrates no seu livro “Das Afecções”; a estas interrogações devia-se acrescentar outra: “e que arte exerce?”. Tal pergunta considero oportuno e mesmo necessário lembrar ao médico que trata um homem do povo, que dela se vale para chegar às causas ocasionais do mal, a qual quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz. (Ramazzini, 2016, prefácio)¹⁶

Apenas tardiamente, já no início do século XVIII, Ramazini¹⁶ realiza a inserção da análise sistemática das condições de trabalho, entendido aqui como análise do contexto produtivo, como fator relacionado ao surgimento de algumas doenças nos trabalhadores e no entorno do processo produtivo, evidenciando a necessidade da consideração desta investigação para análise médica de qualquer quadro de doença que atinja um trabalhador ou pessoas do entorno do contexto produtivo (Figura 7a).

Essa sistematização é considerada o marco inaugural da Medicina do Trabalho, motivo pelo qual Ramazzini¹⁶ é conhecido como pai da Medicina do Trabalho, e ao nosso ver, deve ser considerada o marco embrionário do campo da Saúde do Trabalhador enquanto campo cujo objeto de interesse de estudo e ação reside exatamente na relação saúde-doença e trabalho recém instaurada.

Respondendo às perguntas que nos propusemos:

Sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador? Até este período não existia ainda a concepção de relação do trabalho como causador do adoecimento, sendo essa sistematização proposta neste período.

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria em relação à precedente responsável por responder o problema que antes era insolúvel? A inovação está em conceber e sistematizar a relação entre trabalho e adoecimento.

Podemos concluir, pela análise deste período da história do campo da Saúde do Trabalhador, que a grande contribuição para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho trazida por esse período foi exatamente a instauração do trabalho como fator de risco de adoecimento, ou seja, o prenúncio da atual concepção da relação saúde-doença/trabalho, objeto de estudo do campo da Saúde do Trabalhador.

5.2 As características físicas dos trabalhadores como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho

“O corpo médico é a seção de minha fábrica que mais me dá lucro.”
(Citação atribuída a Ford cf. Mendes, apud Oliveira, 1991)¹¹.

A validação da incorporação na anamnese médica da análise do contexto produtivo como fator de risco para o surgimento de doenças, a difusão deste conhecimento entre a classe médica e o crescimento dos ambientes fabris pós revolução industrial na Inglaterra criaram o ambiente propício para o surgimento da demanda por profissionais médicos capazes de atuar contra a perda de mão de obra nestes processos produtivos ocorrida em função dos adoecimentos ou acidentes, inaugurando-se o paradigma conhecido atualmente como “Medicina de Fábrica”.

Conforme Mendes (1991)¹¹ a Medicina do Trabalho como área de atuação médica foi inaugurada sob o paradigma da Medicina de Fábrica, instaurada quando o processo de trabalho após a revolução industrial mostrou-se danoso ao trabalhador, de quem esse processo depende (pois sem trabalhador não há trabalho realizado e, portanto, não há produto ou serviço a ser vendido), ameaçando assim a base do processo produtivo em si, sendo função do médico de fábrica assegurar que a saúde do trabalhador fosse tal que não pusesse em risco a continuidade desse processo produtivo. A esse respeito diz Mendes¹¹:

“Faz parte de sua razão de ser a tarefa de **cuidar da ‘aptidão física e mental dos trabalhadores’** supostamente **contribuindo na colocação destes em lugares ou tarefas correspondentes às aptidões**. A ‘adequação do trabalho ao trabalhador’, limitada à intervenção médica, restringe-se à **seleção de candidatos** a emprego e à tentativa de **adaptar o trabalhador** às suas condições de trabalho, através de atividades educativas” (Mendes, 1991, p. 342, grifo nosso)¹¹

“Em primeiro lugar a **seleção de pessoal, possibilitando a escolha de mão de obra provavelmente menos geradora de problemas** futuros como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc)”. (Mendes, 1991,p.343, grifo nosso)¹¹

Dessa forma, sob o paradigma do médico de fábrica, é esperado que um médico do trabalho, sabendo que uma dada função demanda força física, determinada amplitude de movimento e determinada altura, aferisse a força, a amplitude de movimento e a altura do candidato para atestar sua adequação ao trabalho. Se este médico notasse ou lhe fosse relatado a diminuição da amplitude de movimento de um dos empregados (p.ex por dor) atuando como fator de diminuição de sua produtividade, seria sua função como médico de fábrica sugerir um tratamento para dirimir o problema e adequar a capacidade de movimento realizada pelo paciente à tarefa que terá que exercer retornando sua produtividade ao que seria esperado.

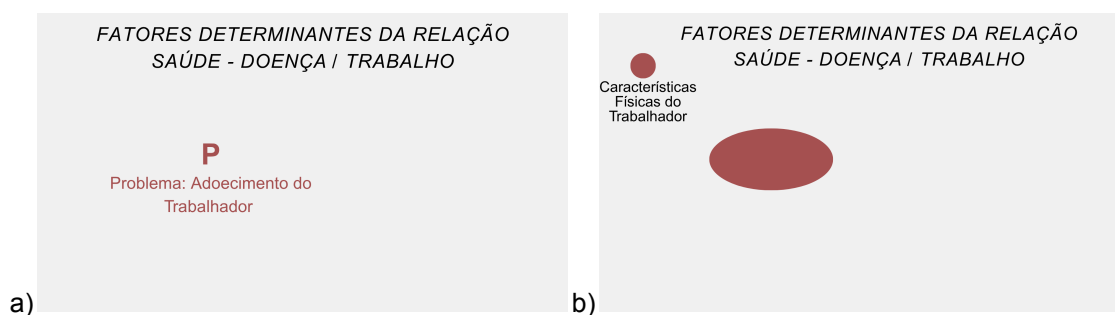
Neste contexto, sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador?

Na época da Medicina do Trabalho sob o paradigma da Medicina de Fábrica as ações buscavam padronizar as características físicas apresentadas pelo grupo de trabalhadores às características físicas adequadas para o contexto produtivo de forma que o grupo de trabalhadores não apresentasse características promotoras de problemas no contexto produtivo (como o adoecimento). O locus de análise e intervenção do profissional são as características físicas individuais do trabalhador (Figura 7b) e o ponto central do trabalho é a seleção dos indivíduos mais aptos fisicamente ou a intervenção, através de treinamentos ou tratamentos, sobre as características daqueles que devem ser ‘aprimorados’ para conseguir ao final um grupo de trabalhadores homogêneo em relação às características pretendidas.

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria?

A característica inovadora dessa teoria é conceber que as características físicas dos trabalhadores são um fator determinante da relação saúde-doença / trabalho, e que a análise destas características em cada trabalhador é ponto crucial para o controle do desfecho saúde-doença resultante desta relação.

Figura 7: Concepção da existência da relação saúde-doença / trabalho e inclusão, no campo da Saúde do Trabalhador, das características físicas dos trabalhadores como variável relevante na relação saúde-doença / trabalho. a) Emergência do Problema P: Porque pessoas que realizam um mesmo trabalho apresentam adoecimento similar? - estabelecimento do nexo saúde-doença / trabalho e o nascimento do campo de estudo da Saúde do Trabalhador. b) Formulação e inclusão da teoria das características físicas do trabalhador como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador



Podemos concluir, pela análise do período histórico da Medicina de Fábrica, que neste período a construção teórica que contribuiu para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho e que corresponde ao salto qualitativo do novo paradigma foi a concepção da importância das características físicas de um

trabalhador como fator de risco determinante do desfecho de saúde ou doença relacionado ao trabalho. Embora esta seja uma primeira visão acerca de um dos múltiplos determinantes existentes hoje da relação saúde-doença / trabalho e muito possa ser discutido acerca da importância de se mudar o trabalho para que ele se adapte ao trabalhador com o menor risco possível ao invés de se selecionar o trabalhador adequado para o trabalho obtendo redução de risco laboral equivalente, esta visão mantém ainda hoje sua importância no campo da Saúde do Trabalhador e justifica a inaptidão de um candidato cuja situação de saúde pode ser agravada pelo exercício do trabalho e este risco não pode ser remediado nem através da alteração do trabalho nem através da alteração do estado de saúde do candidato ao trabalho.

5.3. As características psicológicas dos trabalhadores como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho

Considerando que o tema central deste trabalho são os riscos psicossociais do trabalho e que usualmente nas disciplinas médicas não temos cadeiras relacionadas ao desenvolvimento da psicologia, muito menos da psicologia do trabalho, entendemos ser importante notarmos a similaridade entre os processos de desenvolvimento da Medicina do Trabalho e da Psicologia do Trabalho, essa última uma ciência cujo objeto de estudo, como no caso da Medicina do Trabalho, também é a relação saúde-doença / trabalho.

Segundo Goulart e Sampaio¹⁸ a Psicologia do Trabalho, inicialmente denominada de Psicologia da Indústria teve, tal como a Medicina de Fábrica, origem no “chão de fábrica”, e da mesma forma que ela buscava promover a melhor adaptação entre indivíduo e trabalho atuando sobre as características do indivíduo, selecionando os mais adequados para a tarefa. Podemos dizer que, tal como destacado por Mendes¹¹ acerca para a Medicina de Fábrica, na Psicologia da Indústria o “melhoramento” do processo produtivo estava centrado no ajuste da pessoa ao processo, e ocorria através das técnicas de seleção e recrutamento da pessoa mais adequada ao processo trabalho ou de seu treinamento, e não pelo ajuste do processo produtivo à pessoa trabalhadora, buscando com essa adaptação extrair o máximo de produtividade com o menor risco de problemas que pudessem gerar prejuízo em função do absenteísmo, indenizações por acidentes, etc.

As similaridades entre o desenvolvimento da Medicina do Trabalho e a Psicologia do Trabalho vão além: Se o médico nesta época baseava seu labor na anamnese e no exame físico do paciente confrontando dados como altura, peso, compleição física, etc com o que se julgava necessário para a melhor execução da tarefa para assim selecionar os melhores indivíduos ou treiná-los / adaptá-los no que necessário fosse, o psicólogo da indústria, através da anamnese e exame psicológico, buscava acessar a “psique” da pessoa para também avaliar sua adequação às características da tarefa prescrita e selecionar aqueles mais adequados para a tarefa e/ou da mesma forma treiná-los / adaptá-los naquilo que importasse. Então, se uma tarefa depende de alta capacidade de concentração e raciocínio lógico, através de um teste psicológico poderíamos selecionar pessoas com melhor desempenho de concentração e raciocínio lógico, ajustando a pessoa à tarefa, o que nos demonstra assim a ênfase nas características do indivíduo dentro deste paradigma.

Cabe ressaltar que vários laboratórios de testagem psicológica para fins de seleção de pessoal tiveram seu início nessa época, e que a perspectiva de aferir atributos psíquicos ainda permanece nos dias atuais, sendo esta uma das prerrogativas da atividade do psicólogo, sendo a construção dos testes psicológicos e seu uso em território brasileiro regulada normativamente pelo Conselho Federal de Psicologia.

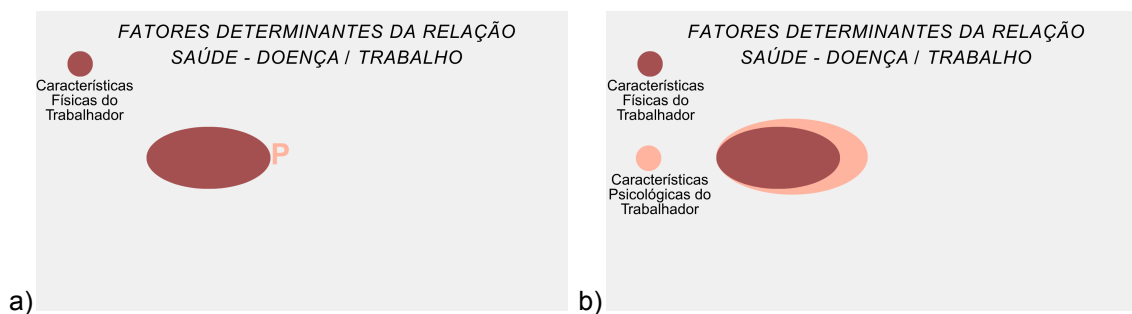
Neste contexto, sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador?

Na época da Psicologia da Indústria as ações buscavam padronizar as características psicológicas apresentadas pelo grupo de trabalhadores às características psicológicas adequadas para o contexto produtivo de forma que o grupo de trabalhadores não apresentasse características promotoras de problemas no contexto produtivo (como o adoecimento). O lócus de análise e intervenção do profissional são as características psicológicas individuais do trabalhador e o ponto central do trabalho é a seleção dos indivíduos mais aptos psicologicamente ou a intervenção, através de treinamentos ou tratamentos, sobre as características daqueles que devem ser ‘aprimorados’ para conseguir ao final um grupo de trabalhadores homogêneo em relação às características pretendidas.

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria?

A característica inovadora dessa teoria é conceber que as características psicológicas dos trabalhadores são um fator determinante da relação saúde-doença / trabalho, e que a análise destas características em cada trabalhador é ponto crucial para o controle do desfecho saúde-doença resultante desta relação. (Figura 8 a,b).

Figura 8: Inclusão, no campo da Saúde do Trabalhador, das características psicológicas do trabalhadores como variável relevante na relação saúde-doença / trabalho. a) Emergência do Problema P não resolvido pelo paradigma vigente (adoecimento em função das características psicológicas dos trabalhadores). b) Inclusão, no campo da Saúde do Trabalhador, das características psicológicas do indivíduo como variável relevante na relação saúde-doença / trabalho, ampliando o leque explicativo e de ação no campo.



Podemos concluir, pela análise do período histórico da Psicologia da Indústria, que neste período a construção teórica que contribuiu para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho e que corresponde ao salto qualitativo do novo paradigma foi a concepção da importância das características psicológicas de um trabalhador como fator de risco determinante do desfecho de saúde ou doença relacionado ao trabalho. Como já referido, muito pode ser discutido sobre a importância de se mudar o trabalho para que ele se adapte ao trabalhador com o menor risco possível ao invés de se selecionar o trabalhador adequado para o trabalho obtendo redução de risco laboral equivalente, entretanto, de toda forma é necessário nos atentarmos sobre a importância de considerarmos as características psicológicas do trabalhador ainda nos dias de hoje, pois essa consideração justifica a inaptidão de um candidato cuja situação de saúde pode ser agravada pelo exercício do trabalho e este risco não pode ser remediado nem através da alteração do trabalho nem através da alteração da condição psicológica do candidato ao trabalho.

5.4 As características do ambiente laboral como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho

Apesar de estarem razoavelmente bem embasados nas teorias de seus paradigmas, conforme relatam Mendes¹¹ e Goulart e Sampaio¹⁸, os médicos de fábrica e psicólogos da indústria, agindo sobre o indivíduo para intervir na relação saúde-doença / trabalho e diminuir os desfechos de adoecimento não atenderam aos desígnios que lhes foram dados, o que suscitou uma crise suficiente forte para o surgimento de um novo paradigma. No caso da medicina, conforme Mendes¹¹, durante e após a segunda guerra mundial os custos relacionados às indenizações por doenças e acidentes de trabalho e a incapacidade de a medicina atuar sobre as novas doenças emergidas em função dos novos meios de produção, desenvolvidos com a evolução tecnológica no período de guerra (novos produtos químicos p.ex), predispueram à substituição do paradigma de intervenção médica sobre o indivíduo como meio de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho e preservação da produtividade e lucro por um paradigma que não tinha nem o indivíduo como objeto sobre o qual intervir e nem o médico como executor da intervenção: explorava-se naquele momento os limites da ação médica sob o indivíduo e ressaltava-se a importância de outros fatores como determinantes da relação saúde-doença / trabalho, inaugurando-se o período da saúde ocupacional, sob o qual a engenharia e outras ciências passaram a deter o papel central.

Como vimos, a ação usual do paradigma da Medicina de Fábrica e da Psicologia da Indústria tinha como foco de ação as características do indivíduo, e assim sendo, após tratar um trabalhador adoecido liberava-o para retorno ao mesmo ambiente de trabalho. Essa ação é posta em xeque na perspectiva da Higiene Ocupacional que identifica aí o que Colacioppo¹⁹ chama de “ciclo vicioso”, uma situação na qual o trabalhador adoece em função de uma condição laboral, é tratado, porém exposto à mesma situação laboral que o adoeceu, apresentando tempos depois os mesmos sinais e sintomas não em função do fracasso do tratamento prévio, mas da reexposição ao sistema laboral adoecedor.

Neste contexto, a solução proposta pela Higiene e Toxicologia Ocupacional é de intervir no ambiente causador da doença tornando-o salubre através da eliminação ou mitigação dos riscos de adoecimento e promover o monitoramento da

segurança do ambiente de trabalho através dos indicadores de exposição ambiental e indicadores biológicos de exposição (que poderiam indicar maior risco de adoecimento do trabalhador antes do seu adoecimento propriamente dito, antes que qualquer sinal ou sintoma se estabelecerem), evitando o franco adoecimento do trabalhador. Conforme Colacioppo¹⁹:

“Pela toxicologia analítica tem-se os métodos e técnicas de análise do agente tóxico, tanto oriundo de amostras ambientais como biológicas (o próprio agente, seus metabólitos ou produtos de ação tóxica em material biológico). Os resultados destas análises devem ser comparados com os Limites de Exposição Ocupacional para o ambiente e com os Limites Biológicos de Exposição para o organismo do trabalhador, limites estes que são obtidos através de extensos estudos de Higiene, Toxicologia e Medicina e desenvolvidos com o auxílio da Epidemiologia, Estatística e outras ciências.

As medidas de controle, por sua vez, além da viabilidade do ponto de vista prático, técnico ou administrativo, devem ser planejadas levando em conta a Toxicocinética e Toxicodinâmica dos agentes químicos, com especial atenção às vias de penetração, à meia vida biológica do agente no organismo humano e todas as possíveis ações e interações, dentro e fora do organismo, para que a proteção do trabalhador seja adequada.” (Colacioppo, 2020, p26)¹⁹

Como podemos averiguar, neste paradigma a ênfase na identificação, mitigação e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças é clara e tomada de fundamental importância, sendo descrita na própria definição da área da higiene ocupacional. Segundo Colacioppo¹⁹:

“A ABHO - Associação Brasileira de Higienistas Ocupacionais, em consenso com seus membros define a Higiene Ocupacional como ‘Ciência e arte dedicada ao estudo e gerenciamento das exposições ocupacionais aos agentes físicos, químicos e biológicos, por meio de ações de antecipação, reconhecimento, avaliação e controle das condições locais de trabalho, visando a preservação da saúde e bem-estar dos trabalhadores e considerando ainda o meio ambiente e a comunidade” (Colacioppo, 2020, p18)¹⁹

A título de exemplo, são considerados riscos ambientais:

Riscos químicos: poeiras, vapores, gases, fumos, neblinas, névoas, produtos químicos em geral;

Riscos físicos: ruído, vibração, frio, calor, umidade, pressão, radiação ionizante, radiação não ionizante;

Riscos biológicos: fungos, vírus, bactérias, protozoários, parasitas;

Riscos acidentários: arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos, outros...

Importante notar que o desenvolvimento deste paradigma não ocorreu “lado a lado” com o paradigma precedente. Para Mendes¹¹, a mudança de paradigma da Medicina de Fábrica para a Saúde Ocupacional caracterizou-se não apenas pela menor ênfase do agir médico sobre o indivíduo, mas também pela rejeição do enfoque médico epidemiológico da Medicina para um segundo plano, privilegiando-se neste momento sobretudo a ação sobre o ambiente sob orientação da emergente área da higiene ocupacional. A esse respeito diz o autor:

“ Contudo, o desenvolvimento da saúde ambiental/ saúde ocupacional nas escolas de saúde pública dos Estados Unidos, centrado na higiene ocupacional, deu-se não de forma complementar, mas acompanhado de uma relativa desqualificação do enfoque médico-epidemiológico da relação trabalho-saúde.”(Mendes, 1991, 344) ¹¹

Talvez este aspecto explique o enfoque razoavelmente baixo observado no exercício profissional do médico do trabalho aos critérios epidemiológicos do seu ambiente de trabalho como fator de decisão relevante para suas condutas.

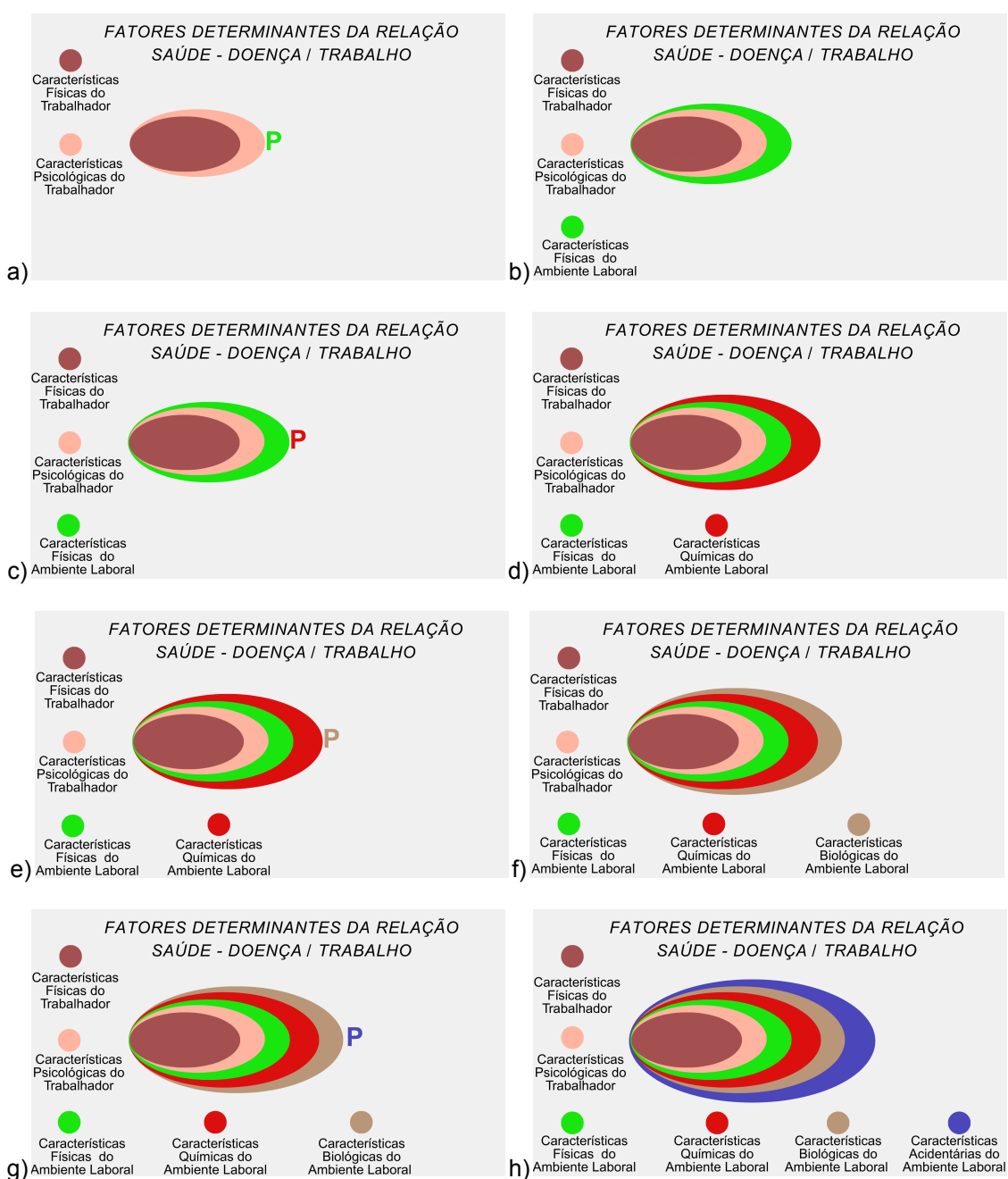
Neste contexto, sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador?

Na época da Saúde Ocupacional as ações interviam na estrutura do ambiente laboral para diminuir o desfecho de adoecimento do trabalhador. O lócus de análise e intervenção do profissional são então as características físicas, químicas, biológicas ou de promotoras de acidentes destes ambientes para conseguir ao final um ambientes com risco desprezível de adoecimento dos trabalhadores.

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria?

A característica inovadora dessa teoria é conceber que a estrutura do ambiente laboral, suas características químicas, físicas, biológicas ou acidentárias, são fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho (figura 9 a, b, c, d, e, f, g, h): e que a análise destas características é ponto crucial para o controle do desfecho saúde-doença resultante desta desta relação.

Figura 9 - Inclusão, no campo da Saúde do Trabalhador, das características do ambiente laboral como variável relevante na relação saúde-doença / trabalho. a) Emergência do Problema P não resolvido pelo paradigma vigente (doenças relacionadas às características físicas do ambiente laboral). b) Formulação e inclusão da teoria das características físicas do ambiente laboral como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador. c) Emergência do problema não resolvido pelo paradigma vigente (doenças relacionadas às características químicas do ambiente laboral). d) Formulação e inclusão da teoria das características químicas do ambiente laboral como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador. e) Emergência do problema não resolvido pelo paradigma vigente (doenças relacionadas às características biológicas do ambiente laboral). f) Formulação e inclusão da teoria das características biológicas do ambiente laboral como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador. g) Emergência do problema não resolvido pelo paradigma vigente (doenças relacionadas às características promotoras de acidentes do ambiente laboral). h) Formulação e inclusão da teoria das características acidentárias do ambiente laboral como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador.



Podemos concluir, pela análise do período histórico da Saúde Ocupacional, que neste período a construção teórica que contribuiu para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho e que corresponde ao salto qualitativo do novo paradigma foi a concepção da importância das características do ambiente laboral (físicas, químicas, biológicas e de acidente) como fator de risco determinante do desfecho de saúde ou doença relacionado ao trabalho.

5.5 O padrão de interação como fator determinante da relação saúde-doença / trabalho.

Os avanços trazidos pelas intervenções sobre os elementos das categorias de riscos laborais incorporadas ao campo da Saúde do Trabalhador na época da Medicina de Fábrica e da Saúde Ocupacional que objetivavam evitar doenças relacionadas ao trabalho surtiram efeitos em escala suficiente para, junto às alterações do mundo do trabalho, levarem à mudança do perfil epidemiológico das doenças considerados de interesse pelo campo de Saúde do Trabalhador. A esse respeito dizem Lucca SR, Silva-Junior JS, Bandini M²⁰:

“Além dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais tradicionais, surgem novas formas de adoecimento, como o aumento global dos distúrbios osteomusculares e dos transtornos mentais, que atualmente se enquadram como as principais causas de afastamento e incapacidade dos trabalhadores”(Lucca S, Silva Junior Bandini M, 2025, pg2)²⁰.

Ao mesmo tempo em que o perfil de doenças se modificava ficava nítida a incapacidade do paradigma constituinte da Saúde Ocupacional em solucionar os problemas trazidos por esse novo perfil de adoecimento. Além disso, conforme Mendes¹¹ e Lacaz¹², algumas transformações sociais expressivas colaboraram tanto para o questionamento dos pressupostos fundamentais da Saúde Ocupacional quanto para a emergência de uma nova concepção de processo saúde-doença, que tem no social um dos seus principais determinantes, fato claramente não considerado pelo paradigma da saúde ocupacional.

Esse contexto levou, como já esperávamos, ao surgimento de uma nova teoria, que sob a égide da ciência da Ergonomia trouxe como inovação a atenção para o modelo de interação entre indivíduo e ambiente ocorrido em função do exercício do trabalho.

Utilizando a definição de Ergonomia proposta pela Associação Internacional de Ergonomia (IEA)²¹ podemos dizer que:

“The definition of ergonomics (or human factors) adopted by the IEA in 2000 is the scientific discipline concerned with the understanding of interactions among humans and other elements of a system, and the profession that applies theory, principles, data, and methods to design in order to optimize human well-being and overall system performance (...) HFE (human factors and ergonomics) takes into account physical, cognitive, sociotechnical, organizational, environmental and other relevant factors, as well as the complex interactions between the human and other humans, the environment, tools, products, equipment, and technology.” (IEA, 2020)²¹.

“A definição de ergonomia (ou fatores humanos) adotada pela IEA em 2000 é: a disciplina científica preocupada com a compreensão das interações entre humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teoria, princípios, dados e métodos ao design, a fim de otimizar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema (...) FHE (fatores humanos e ergonomia) leva em consideração fatores físicos, cognitivos, sociotécnicos, organizacionais, ambientais e outros fatores relevantes, bem como as interações complexas entre o ser humano e outros seres humanos, o ambiente, ferramentas, produtos, equipamentos e tecnologia.” (tradução livre).

Baseados na própria definição da ergonomia, acreditamos que o termo que melhor traduz a mudança de paradigma, as “tags” da inovação teórica trazida pela ciência da Ergonomia, sejam “compreensão” e “interações”. Se as teorias do campo da Saúde até este momento possibilitaram o estabelecimento e delineamento dos atributos (variáveis) determinantes das condições da relação saúde-doença/trabalho tanto em relação às características do trabalhador (medicina de fábrica, psicologia da indústria) quanto em relação às características do ambiente de trabalho (paradigma da higiene e toxicologia ocupacional), a ciência da ergonomia traz a noção inovadora de que as características do indivíduo e do ambiente não exaurem todas as possibilidades de análise de variáveis determinantes da relação saúde-doença / trabalho, visto que a forma de interação entre as características do indivíduo e as características do ambiente (forma de interação esta que não reside nem nas características do indivíduo nem nas características do ambiente), vislumbrada durante a realização do trabalho, carrega em si o potencial de adoecimento ou de cura. Isto significa que estabelecer a aferição, o controle e a manipulação das características do indivíduo e/ou do ambiente relacionados a uma situação de trabalho pode não ser suficiente para garantir que o processo produtivo não adoença ou que seja promotor de saúde do trabalhador.

Cabe destacar que apesar de trazer a noção fundamental da importância da interação indivíduo x trabalho como determinante do processo saúde-doença, o desenvolvimento da ergonomia aconteceu diferentemente em países de tradição anglo-saxônica e países de tradição francesa. Em países de tradição anglo-saxônica foi dada maior ênfase à análise das características biomecânicas dessa interação, enquanto nas de tradição francesa, ênfase à análise das características “mentais”, que acreditamos ligar-se de forma mais próxima à noção de riscos psicossociais do trabalho, assunto que iremos discorrer brevemente a seguir.

5.5.1. A ergonomia anglo-saxônica e o enfoque na biomecânica da interação

Segundo Almeida²², o surgimento da ergonomia ocorreu “influenciada pela pressão ambiental, física e psicológica de mudanças tecnológicas, numa tentativa de corrigir falhas existentes na interação entre homem e máquina” (Almeida, 2011, pg 112)²². Era necessário considerar em um projeto as características físicas, psíquicas e cognitivas do usuário para que esse problema fosse solucionado..

Sobre as características da ergonomia anglo-saxônica Almeida relata:

“O enfoque anglófono da ergonomia encontra-se voltado para os métodos e as tecnologias. O que importa são os aspectos físicos da relação homem-máquina, os quais serão dimensionados, discriminados e controlados. A necessidade de adaptação da máquina ao homem é o centro dessa corrente ergonômica”. (Almeida, 2011, pg 115)²²

“Os aspectos físicos do trabalho e as capacidades humanas, como força, postura, repetição ou alcance eram o foco da ergonomia anglo-saxônica. Para tanto utilizavam os conhecimentos de diferentes áreas, como a antropometria, a psicologia, a fisiologia e a biomecânica. Os estudos, prioritariamente, eram realizados por meio de simulações dentro de laboratórios, onde variáveis eram medidas. Eram consideradas características antropométricas, características ligadas ao esforço muscular, características ligadas à influência do ambiente físico, os fenômenos do sistema nervoso, características dos ritmos circadianos e também realizavam estudos sobre os efeitos fisiológicos e psicofisiológicos do envelhecimento (Almeida, 2011, pg 116)²².

Derivado deste enfoque é que encontramos instrumentos que usam, como variáveis, aferições de ângulos de articulações, resultante de peso de carga, tempo de recuperação do organismo, número de repetições da tarefa, etc. para, após a análise destes dados, estimar se as condições de realização dessa tarefa trazem ou não danos, e indicar possibilidades de melhoria. Como exemplo dessa abordagem podemos citar testes como o RWL (Recommended Weight Limit), OWAS (Ovako

Working Posture Analysing System), o RULA (Rapid Upper Limb Assessment) e o REBA (Rapid Entire Body Assessment).

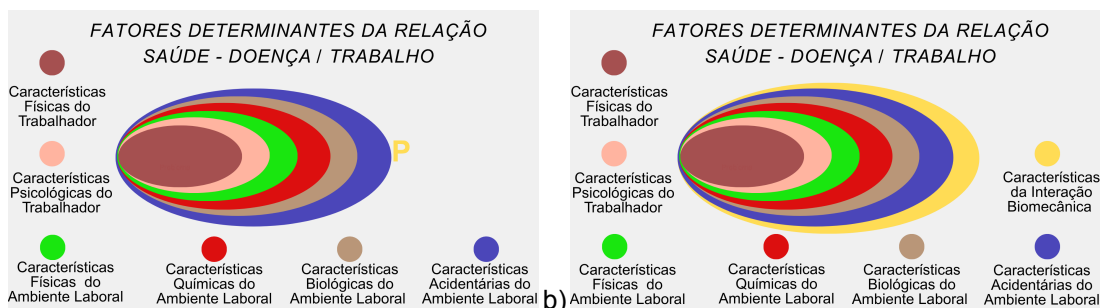
Neste contexto, sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador?

Neste contexto as ações eram direcionadas para os padrões de interação biomecânica entre o trabalhador e o ambiente laboral.

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria?

A característica inovadora dessa teoria é conceber que as características da interação entre os trabalhadores e a estrutura do ambiente laboral são um fator determinante da relação saúde-doença / trabalho, e que a análise destas características em cada interação trabalhador x ambiente laboral durante o exercício da atividade laboral é ponto crucial para o controle do desfecho saúde-doença resultante desta relação (figura 10 a,b).

Figura 10: Inclusão, no campo da Saúde do Trabalhador, das características biomecânicas da interação entre indivíduo e ambiente laboral como variável relevante na relação saúde-doença / trabalho. a) P - Problema não resolvido pelo paradigma vigente: doenças relacionadas às características de interação biomecânica do trabalhador / ambiente laboral. b) Formulação e inclusão da teoria das características biomecânicas de interação entre trabalhador x ambiente laboral como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador



Podemos concluir, pela análise da proposta da ergonomia, que a construção teórica que contribuiu para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho e que corresponde ao salto qualitativo do novo paradigma foi a concepção da importância das características biomecânicas da interação entre o indivíduo e o ambiente laboral como fator de risco determinante do desfecho de saúde ou doença relacionado ao trabalho.

Embora seja inegável a contribuição da ergonomia anglo-saxônica para compreensão de danos relacionados sobretudo aos aspectos biomecânicos, devemos ter em mente que a forma de sua elaboração - em laboratórios, distantes da realidade da atividade prática do trabalhador, e sem abordar questões não quantificáveis - fez com que este paradigma fosse insuficiente para analisar outro perfil de doenças cada vez mais evidente no mundo do trabalho; os transtornos mentais, melhor abordados pela ergonomia francófona e outras áreas da ciência, tema que trataremos a seguir.

5.5.2. A ergonomia francófona, a psicologia do trabalho e o enfoque nas características da organização do trabalho

Ao estudarmos a história da evolução do campo da Saúde do Trabalhador nos damos conta de sua fantástica evolução. Como vimos, há alguns séculos a relação saúde-doença / trabalho não era sequer considerada de forma sistemática, mas desde que essa concepção foi estabelecida, embrionando o campo referido, vários determinantes dessa relação foram estabelecidos. Conseguimos entender, pelo paradigma da medicina de fábrica, que existem determinantes na relação saúde-doença / trabalho que são provenientes das características físicas do indivíduo, o que quer dizer que pessoas com determinadas características físicas podem apresentar mais chances adoecimento / acidentes se inseridos em um determinado tipo de trabalho; conseguimos entender, pelo paradigma da psicologia da indústria, que existem determinantes na relação saúde-doença / trabalho que são provenientes das características psicológicas do indivíduo, o que quer dizer que pessoas com determinadas características psicológicas podem apresentar mais chances adoecimento / acidentes se inseridos em um determinado tipo de trabalho; conseguimos entender pelo paradigma da saúde ocupacional, que existem determinantes da relação saúde-doença / trabalho que são provenientes das características do ambiente de trabalho; o que quer dizer que ambientes de trabalho com determinadas características podem facultar o adoecimento ou a ocorrência de acidentes; e conseguimos também entender, através do enfoque ergonômico anglo-saxão, que existem determinantes da relação saúde-doença / trabalho provenientes do padrão de interação biomecânica entre as características do indivíduo e as características do ambiente de trabalho em função do modo de

realização do trabalho (portanto estas características não estão nem nas características do indivíduo nem nas características do ambiente laboral tomados em isolado); o que quer dizer que a forma de interação determinada pelo trabalho entre uma pessoa 'saudável' e um ambiente de trabalho 'adequado', também pode adoecer as pessoas ou facultar a ocorrência de acidentes e adoecimentos caso seja uma forma de interação inadequada.

Todavia, embora essa evolução do conhecimento represente um avanço incrível comparada ao conhecimento de poucos séculos atrás (sobretudo quando pensamos no salto analítico realizado ao sairmos da avaliação das características dos elementos presentes no indivíduo ou presentes no ambiente de trabalho para a avaliação das características presentes na interação indivíduo x ambiente de trabalho - interação em si imaterial e de existência fugaz, pontual), se observarmos atentamente, veremos que na grande maioria dos casos, inclusive nos relacionados às análises relacionais, como as promovidas pela ergonomia anglo-saxônica, as características aferidas e consideradas por esse conhecimento como fatores de risco são características quantitativamente mensuráveis e, preferencialmente, objetivas (acessíveis por dois observadores, ainda que indiretamente), algo que se mostraria insuficiente em função das mudanças do padrão de trabalho que deram origem aos problemas que forçaram o campo da Saúde Ocupacional a deslocar o seu olhar para um outro ângulo do fenômeno saúde-doença/ trabalho até então ignorado ou pouco considerado: os riscos psicossociais do trabalho.

A respeito destas mudanças do padrão de trabalho e do impacto destas mudanças na capacidade de resolução de problemas pelas teorias constituintes do paradigma da Saúde Ocupacional diz Mendes¹¹;

À medida em que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho, que "atropelam" a Saúde Ocupacional (até então trabalhando na lógica "ambiental"). A utilização de novas tecnologias - em especial as que introduzem a automação e a informatização nos processos de trabalho - embora possa contribuir para o melhoramento das condições de trabalho acabam introduzindo novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e portanto, de difícil "medicalização" (Mendes, 1991, p.346)¹¹.

Assim posto, e como seria de se esperar considerando as teorias sobre a evolução do conhecimento por nós já estudadas, a crise instituída no campo da

Saúde Ocupacional levou ao desenvolvimento de uma nova teoria que tenta abarcar os fenômenos designados hoje como fatores psicossociais do trabalho.

Em relação ao desenvolvimento teórico da teoria dos riscos psicossociais do trabalho, várias áreas do conhecimento se debruçaram e se debruçam sobre essa temática enigmática dos riscos psicossociais do(no) trabalho, tentando decifrá-la, propondo formas de identificá-los e intervir sobre eles. A ergonomia de abordagem francófona é uma destas áreas. Conforme Almeida²²:

O modelo francês (de ergonomia) se volta mais para as subjetividades e experiências, atuando na interface homem-tarefa, praticamente não visando diretamente a concepção de máquinas” (Almeida, 2011, p.119)²².

A ergonomia francófona critica o experimentalismo, o acúmulo de dados e a distância da realidade da ergonomia anglófona (...) por ser mais centrado em subjetividades e singularidades não proporciona volume de dados gerais (Almeida, 2011, p. 120)²²

A psiquiatria e a psicologia também são exemplos de áreas que, ao se debruçarem sobre a psicopatologia do trabalho, também incutiram em suas histórias o tema ‘saúde mental e trabalho’, hoje em foco em função das discussões sobre os riscos psicossociais do trabalho. A esse respeito, Antunes²⁴ discorre sobre as origens dessa abordagem na França sob duas vertentes: a da psiquiatria social, representada por Paul Sivadon e Louis Le Guillant, e da psicodinâmica do trabalho, representada por Christophe Dejours. De forma geral, o desenvolvimento desta área trouxe à psicologia a reflexão acerca do papel do trabalho na gênese da “doença mental”, “constatando o papel patogênico de certas formas de organização do trabalho” (Antunes, 1998, p.12)²⁴, seu papel de integração social dos indivíduos com transtorno mental à vida social, e a discussão sobre o potencial ou não do trabalho causar a doença mental ou no máximo desencadeá-la, diferença essa primordial para a classificação de Schilling, com evidentes repercussões jurídicas.

O resultado das pesquisas de diversas áreas deram origem a diversos conceitos de fatores de risco psicossocial do trabalho e conseqüentemente a diferentes instrumentos de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho que analisam critérios distintos uns dos outros, não sendo portanto instrumento necessariamente similares e nem universais, dada a singularidade de cada ambiente de trabalho, assim como não são até hoje os instrumentos da ergonomia anglo-saxônica.

Entretanto ficou claro que a natureza dos fatores de risco psicossocial era diversa à natureza dos demais riscos, e que exigiria métodos diferentes de aferição.

Ruiz e Araújo²³, sobre a diferença de natureza dos fatores de riscos psicossociais em relação aos risco prévios e da incapacidade de sua mensuração pelos instrumentos até então elaborados dizem:

As medidas normalizadoras ou prescritivas, de reconhecimento e controle dos perigos já sabidos, são consideradas relevantes, podendo-se dizer que sejam pontos de partida para a contínua melhoria das condições de saúde e segurança no trabalho. Essas medidas, entretanto, não são suficientes para abordar os riscos não “objetiváveis”, os ainda não conhecidos, os imprevistos, os fatores psicossociais, enfim, as dimensões imateriais do trabalho”. (Ruiz, Araújo, 2012, 171)²³

Ao encontro do exposto pelos autores, Lucca, Silva-Junior e Bandini²⁰ relatam sobre os fatores psicossociais no trabalho (FPT) e as características dos métodos de sua aferição:

Eles estão intrinsecamente ligados à subjetividade e singularidade das pessoas, como suas relações, expectativas e experiências de trabalho. Sua natureza é essencialmente qualitativa, e sua avaliação exige métodos, estratégias e instrumentos que possam captar as percepções dos trabalhadores acerca dos fatores que desencadeiam estresse, sofrimento e adoecimento (...) Considerando que a natureza dos FPT mescla dimensões do sujeito e do coletivo, com indissociabilidade entre condições de vida e trabalho, a avaliação dos FPT se apresenta mais complexa do que os modelos higienistas são capazes de alcançar. Precisamos buscar estratégias que sejam adequadas à relevância dos fatores psicossociais e ao risco de adoecimento entre trabalhadores.. (Lucca, Silva-Júnior, Bandini, 2025, 3)²⁰.

São exemplo de fatores de riscos psicossociais do trabalho, conforme relatado por Lucca, Silva-Junior e Bandini²⁰:

A OMS considera como FPT os seguintes elementos: gestão dos recursos humanos, concordância com os objetivos organizacionais, formas de comunicação e feedback, autonomia, apoio social, carga e ritmo de trabalho, ambiente e equipamentos, cultura organizacional, relações interpessoais no trabalho, papel na organização, desenvolvimento da carreira e interface trabalho-casa (Lucca, Silva-Junior, Bandini, 2025, p2.)²⁰

(...)

É importante destacar que algumas dimensões psicossociais apresentam uma hierarquia, com destaque para dimensões que são consideradas protetoras. Entre elas, destacam-se o apoio social, o reconhecimento, o tratamento justo, a remuneração adequada, a qualidade dos relacionamentos, a relação de cooperação e o grau de confiança nas lideranças, em especial na comunicação verdadeira e não distorcida. (Lucca, Silva-Junior, Bandini, 2025, p4.)²⁰

Não nos deteremos na análise dos instrumentos ou de seus critérios, como não o fizemos nas teorias precedentes (sobre este tema sugerimos a leitura das considerações feitas por Lucca^{3,5}; Lucca, Silva-Junior e Bandini²⁰; Lucca e Sobra²⁵; Lucca e Magalhães²⁶), pois nosso interesse é apenas precisar qual foi o salto qualitativo da teoria dos riscos psicossociais do trabalho que a diferencia das demais teorias dos fatores de risco laborais.

Para finalizar, podemos realizar as perguntas norteadoras:

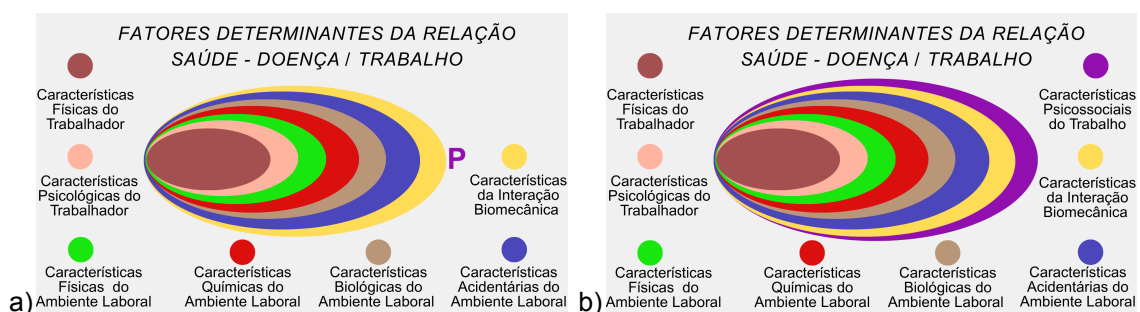
No contexto histórico abordado, sobre qual característica da relação saúde-doença / trabalho a teoria vigente intervém para diminuir o desfecho do adoecimento do trabalhador?

Neste contexto as ações são direcionadas aos padrões de organização do trabalho definidores do modelos de interação entre o trabalhador e o ambiente laboral e definidores do seu resultado .

Qual a característica qualitativamente inovadora dessa teoria?

A característica inovadora dessa teoria é conceber que as características dos padrões de organização do trabalho definidores do modelos de interação entre o trabalhador e o ambiente laboral e determinantes de seu fluxo de trabalho são um fator determinante da relação saúde-doença / trabalho, e que a análise destas características de interação para cada trabalhador durante o exercício da atividade laboral é ponto crucial para o controle do desfecho saúde-doença resultante desta relação (figura 11 a,b).

Figura 11: Inclusão dos riscos psicossociais do trabalho ao campo da Saúde do Trabalhador: a) Emergência do problema P não resolvido pelo paradigma vigente (doenças relacionadas aos fatores de riscos psicossociais do trabalho). b) Formulação e inclusão da teoria das características de organização do trabalho definidoras do modelo de interação indivíduo x ambiente laboral e definidoras do fluxo de trabalho como fator de risco determinante da relação saúde-doença / trabalho no campo da Saúde do Trabalhador:

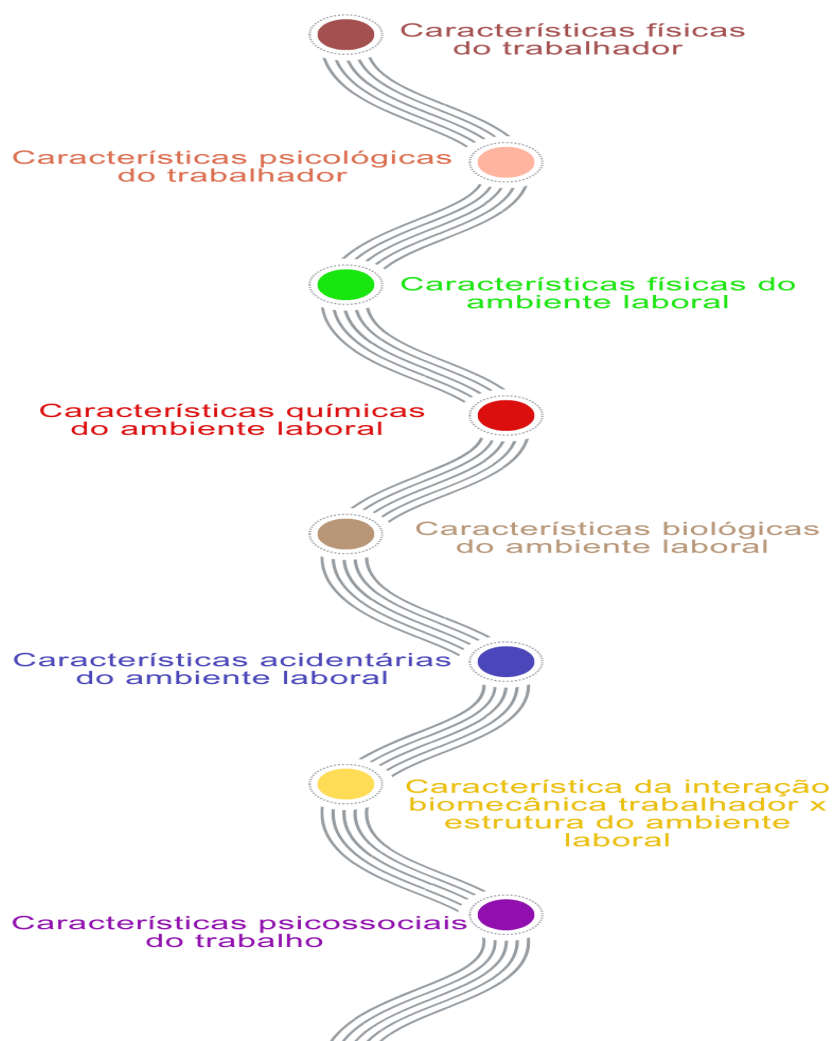


Podemos concluir, pela análise da proposta da ergonomia francófona, da psiquiatria e da psicologia do trabalho, que a construção teórica que contribuiu para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho e que corresponde ao salto qualitativo do novo paradigma foi a concepção da importância das características da organização do trabalho definidoras do modo de interação entre o indivíduo e o ambiente laboral e definidoras de seu fluxo de trabalho como fator de risco determinante do desfecho de saúde ou doença relacionado ao trabalho.

6 CATEGORIAS DE FATORES DE RISCO POR PROVENIÊNCIA.

A análise da emergência das diferentes concepções acerca dos riscos laborais ao longo da história do campo da Saúde do trabalhador nos permite construir a seguinte “timeline”:

Constituição dos fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho ao longo da história do campo da Saúde do Trabalhador:



Para fins de simplificação analítica podemos agrupar estas 08 categorias de fatores de risco (figura 12a) em 04 categorias definidas em função da proveniência destes fatores de risco laborais. Estas categorias, em ordem de aparecimento na história do campo da Saúde do Trabalhador são (Figura 12b):

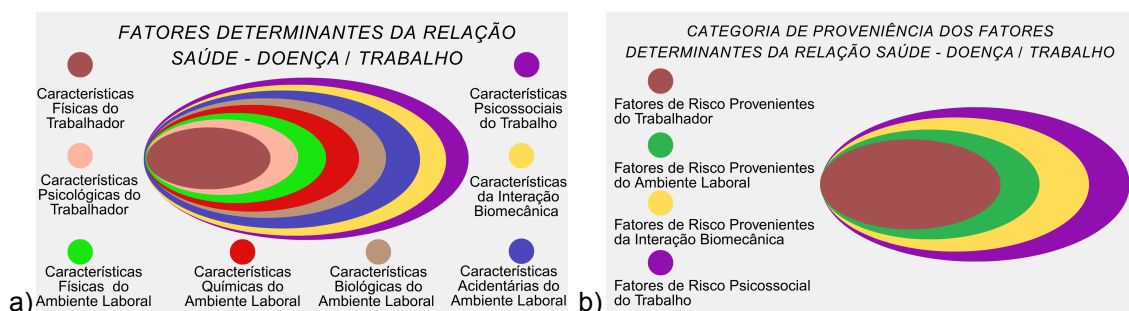
1- Fatores de riscos provenientes das características do trabalhador (características físicas, saúde mental e características psicológicas);

2- Fatores de riscos provenientes das características do ambiente (Riscos físicos, químicos, biológicos e de acidentes);

3- Fatores de riscos provenientes do padrão de interação biomecânica entre trabalhador e ambiente laboral em função da prática do trabalho (incluídos aparelhos e ferramentas);

4- Fatores de riscos provenientes do modo de interação entre trabalhador e fluxo de trabalho determinado pela organização do trabalho em função da prática do trabalho, sendo esta a categoria de emergência dos riscos psicossociais do trabalho (FRPT).

Figura 12. Simplificação analítica dos fatores determinantes da relação saúde - doença / trabalho da época da Medicina de Fábrica até a emergência dos fatores de risco psicossocial do trabalho como fator de risco laboral. a) Fatores considerados determinantes da relação saúde-doença / trabalho nos dias de hoje. b) Categorias de proveniência dos fatores determinantes da relação saúde - doença / trabalho nos dias de hoje.



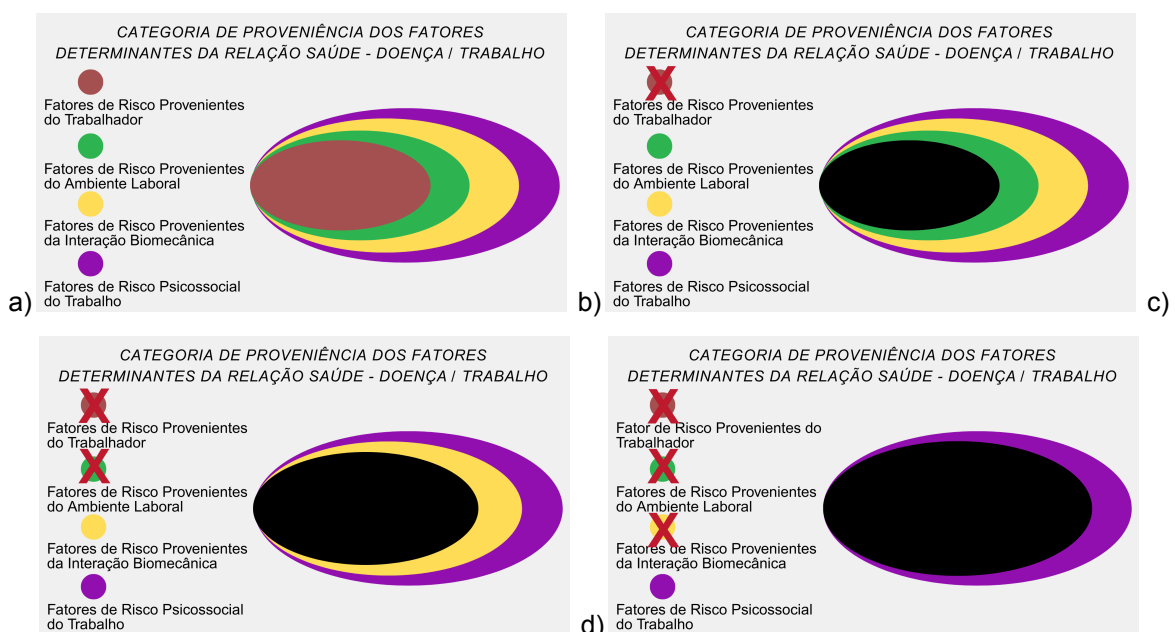
Em decorrência da classificação realizada podemos então dizer que as categorias dos critérios de avaliação de fatores de risco laboral adotados antes do surgimento da categoria de fator de risco psicossocial do trabalho correspondem a:

- 1- Fatores de riscos provenientes das características do trabalhador;
- 2- Fatores de riscos provenientes das características do ambiente;

3- Fatores de riscos provenientes do padrão de interação biomecânica entre trabalhador e ambiente em função da prática do trabalho.

Agora, uma vez elaboradas e conhecidas as categorias de proveniência dos fatores de riscos laborais precedentes ao surgimento da categoria dos fatores de risco psicossocial do trabalho (categorias estas que possuem teorias e elementos qualitativamente distintos da categoria dos fatores de risco psicossocial do trabalho, conforme as teorias da abordadas ao longo deste texto), podemos alcançar o nosso objetivo e formular o método que nos possibilitará descobrir quando um instrumento de avaliação de riscos laborais que afere transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos e/ou transtornos mentais do trabalhador não avalia os fatores de riscos psicossociais do trabalho por não conter critérios avaliativos que abarcam as características exclusivas trazidas pelo paradigma dos fatores de risco psicossociais do trabalho ao campo de Saúde do Trabalhador, sendo portanto um instrumento inadequado para a avaliação psicossocial pretendida e cujos resultados não se aplicam à categoria de riscos psicossociais do trabalho, embora possam se aplicar a outros transtornos mentais do trabalho (figura 13 a,b,c,d).

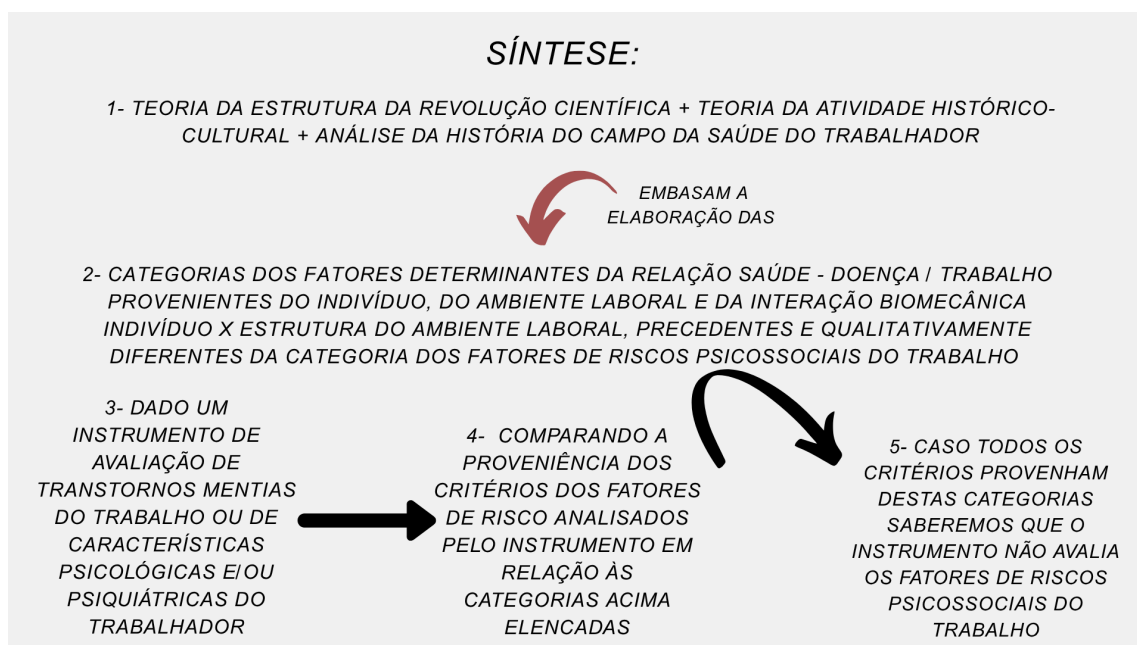
Figura 13 : Identificação da não existência de critérios avaliativos dos fatores de risco psicossociais do trabalho através da exclusão das categorias de risco laboral precedentes a essa à categoria de riscos laborais.



7 RESULTADO / SÍNTESE

A teoria da Estrutura das Revoluções Científicas, a Teoria da Atividade Histórico Cultural e a análise histórica da elaboração dos conceitos relacionados à relação saúde - doença / trabalho pelo campo da Saúde do Trabalhador nos permitiu elaborar 04 grandes categorias de proveniência dos riscos laborais. Destas 04 categorias, 03 são precedentes à categoria de análise dos fatores de risco psicossocial do trabalho e, conforme as teorias estudadas, não compartilham das inovações trazidas pela categoria dos fatores de risco psicossocial do trabalho ao campo de análise dos fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho. Em função dessa diferença qualitativa podemos verificar quando um instrumento de avaliação de riscos laborais é inadequado para realização da análise dos riscos psicossociais do trabalho, especialmente quando este instrumento avalia riscos laborais associados a transtornos mentais do trabalho ou atributos psíquicos ou transtornos mentais do trabalhador, sem a necessidade de definirmos o que consideramos riscos psicossociais do trabalho. (Figura 14)

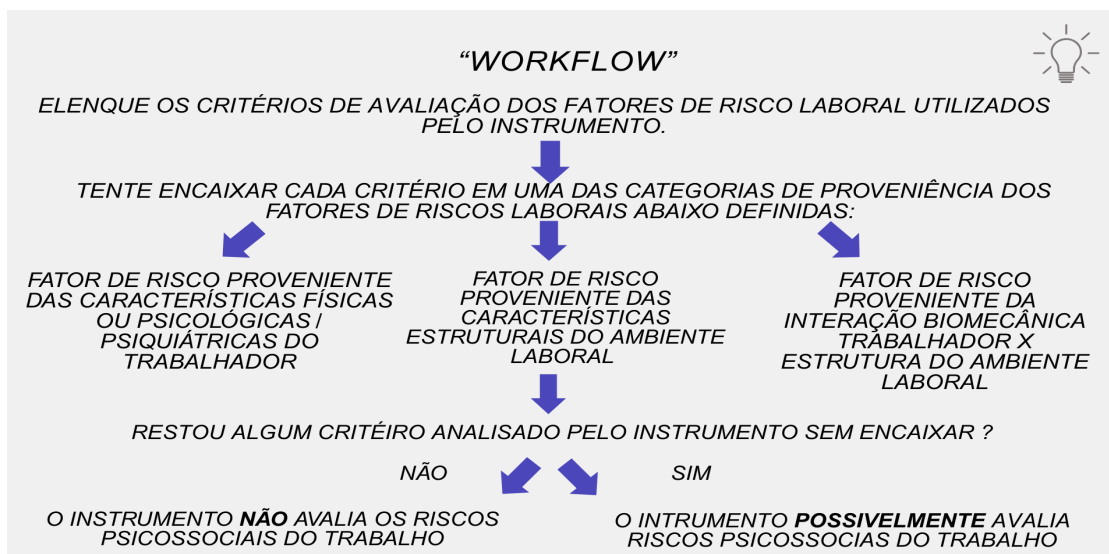
Figura 14: Síntese / Resumo da elaboração do método de análise da inadequação de um instrumento para de avaliação de riscos laborais para fins de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho por via alternativa à conceituação.



8 PROPOSTA DE MÉTODO E EXEMPLO

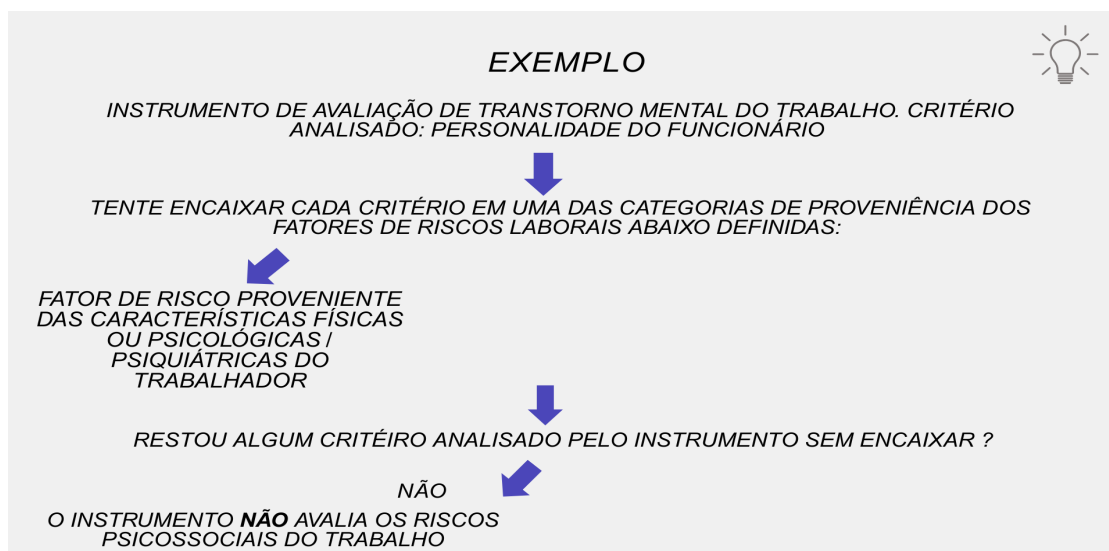
Aplicando o conhecimento adquirido até o momento podemos propor o seguinte “workflow” como método de identificação de instrumentos inadequados para avaliação dos fatores psicossociais do trabalho (Figura 15) :

Figura 15: “Workflow” para identificar instrumentos inadequados para avaliação dos fatores psicossociais do trabalho.



Como exemplo de uso deste “workflow” consideramos o caso relatado por Lucca³ da avaliação dos fatores de risco psicossociais do trabalho baseada em aspectos da personalidade do trabalhador. Neste caso, conforme o “workflow” proposto, teríamos o seguinte resultado (Figura 16):

Figura 16: Aplicação do “workflow” de identificação de instrumentos inadequados para avaliação dos fatores psicossociais do trabalho.



9 DISCUSSÃO

Acreditamos que o valor preditivo negativo do método sugerido seja adequado, isto é, aponta bem quando o instrumento analisado que não apresenta critérios de avaliação psicossocial por abranger apenas critérios das categorias predecessoras. Entretanto o valor preditivo positivo pode ser posto em dúvida se considerarmos que a estratégia utilizada pelo método elimina os riscos laborais das categorias de risco laboral precedentes mas nada indica sobre os riscos restantes, destacando-os sejam eles um risco psicossocial ou algum outro risco que ainda não concebemos como risco laboral na atualidade (o que o estudo da história do campo da Saúde do Trabalhador nos ensina como tendo grande possibilidade de ocorrer). Ou seja, o fato de o método indicar que no instrumento existem riscos laborais além dos riscos contidos nas categorias predecessoras à categoria dos fatores de risco psicossocial do trabalho não implica necessariamente que estes riscos laborais sejam indiscutivelmente fatores de riscos psicossociais do trabalho dada a possibilidade de que existam características do trabalho de interesse para a compreensão da relação saúde-doença / trabalho ainda não classificadas, misturadas à categoria dos riscos psicossociais, não enunciadas ainda provavelmente por não termos nos dado conta de um problema que demonstre a incapacidade do atual paradigma e demande a evolução de uma teoria de conceba o risco agora desconhecido.

Além disso, cabe comentar que segundo previsto pelo “workflow”, um instrumento só deverá ser considerado não representativo para avaliação dos riscos psicossociais do trabalho se, e somente se, todos os critérios de risco por ele avaliados fizerem parte das categorias precedentes à categoria dos riscos psicossociais do trabalho (por tanto, provenientes de características do trabalhador, do ambiente de trabalho ou da interação biomecânica, como já discutido). Ainda que a maioria dos fatores de riscos do trabalho avaliados sejam provenientes de categorias de risco laboral precedentes à dos fatores de riscos psicossociais do trabalho, a avaliação de fatores de riscos além das categorias de risco precedentes ao risco psicossocial indica a possibilidade de que este fator de risco seja um fator relacionado aos fatores de risco do trabalho, não sendo portanto possível indicar a inadequação do instrumento apenas por este critério. É igualmente possível que a

aferição de um critério de risco pertencente a uma categoria precedente ao surgimento da categoria dos riscos psicossociais seja utilizado correlacionando-a a um risco psicossocial estudado. Portanto, a existência de riscos precedentes ao conceito de Risco Psicossocial do Trabalho junto a riscos não precedentes não indica que o instrumento não avalia risco psicossocial do trabalho.

Cabe também lembrar que o fato de um risco laboral causar alteração psiquiátrica ou psicológica no trabalhador não serve como critério isolado para classificar um risco como risco psicossocial: a alteração psiquiátrica / psicológica é condição necessária para que um risco laboral seja considerado risco psicossocial, mas não é condição suficiente para essa classificação. Podemos verificar que riscos do trabalho precedentes aos riscos psicossociais do trabalho causam alterações psicológicas / psiquiátricas, e isto não faz com que esses riscos sejam riscos psicossociais do trabalho, e nem faz de sua aferição uma avaliação deste risco psicossocial. Ex: o déficit de hormônios tireoidianos (característica proveniente do indivíduo) ou a exposição a níveis inadequados de benzeno (característica proveniente do ambiente) podem causar alterações psiquiátricas / comportamentais, mas pertencem a categorias de risco precedentes à categoria dos riscos psicossociais, o que significa que não são riscos psicossociais conforme propõe o nosso modelo. Ou seja, nem todo dano psíquico / transtorno mental relacionado ao trabalho é causado por um perigo psicossocial, portanto não é porque causou alteração psíquica que um risco é um risco psicossocial.

Outro ponto interessante a ser lembrado sobre os riscos psicossociais do trabalho é o fato de que o risco psicossocial deve causar uma alteração psíquica, mas as alterações psíquicas podem se manifestar somaticamente, como uma dorsalgia que ao exame clínico não apresenta sinais claros de alguma outra etiologia. Portanto, a manifestação em primeiro momento de um dano causado por um risco psicossocial pode ser um sintoma físico, e não mental.

Cabe pontuar que a linearidade na sucessão dos paradigmas não traduz o início das discussões que formaram a teoria disruptora. Como bem assinalado pela Teoria da Atividade Histórico Cultural no princípio da contradição, e pela teoria da Estrutura das Revoluções Científicas, a contradição existe de forma inerente nas áreas de conhecimento e o estabelecimento de um novo paradigma talvez possa ser

melhor concebido através da teoria de emergência e proveniência de Foucault do que pelo tempo de sua aceitação em um campo de conhecimento.

Por fim, cabe refletirmos acerca da importância do tema dos riscos psicossociais do trabalho e da morosidade da área de SST no seu tratamento. Se hoje esse tema é um tema em ebulição, o calor promotor dessa ebulição não provém da novidade do tema, visto seu conhecimento desde a década 70, mas do recorte epidemiológico atual indicando o adoecimento psíquico cada vez mais prevalente dos trabalhadores em função do trabalho, fato que talvez possa ser atribuído à morosidade em aplicar o conhecimento acerca dos fatores de risco psicossociais do trabalho na prática do profissional de SST, aplicação que os organismos internacionais já sugeriram décadas atrás, e que agora será feita em função da impressão da norma obrigando essa aplicação.

A respeito da indicação pelos organismos internacionais da necessidade da mudança do paradigma dos cuidados em saúde do trabalhador incorporando o conhecimento acerca dos fatores de risco psicossociais do trabalho Fischer¹ relata:

No final da década de 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um fórum interdisciplinar em Estocolmo, com objetivo de discutir a influência dos fatores psicossociais na saúde, formular medidas e propor políticas de saúde inclusivas baseadas nestes fatores (WHO 1976). Nos idos de 80, a Organização Internacional do Trabalho e a OMS publicaram um documento em que chamavam a atenção dos efeitos adversos dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho (International Labour Organization 1986). (...) O documento citava que não apenas os riscos físicos, químicos e biológicos tinham importância na saúde do trabalhador, mas vários fatores psicossociais presentes no trabalho (...) Na União Européia, dada a alta prevalência de problemas de saúde (principalmente de saúde mental) relacionados à condições de trabalho, tais como elevado estresse, violência no trabalho, assédio moral, entre outros, foram estabelecidas diretrizes de um programa de gestão de riscos psicossociais no trabalho Psychosocial Risk Management - European Framework (PRIMA). Esse programa objetiva fornecer um modelo de promoção de políticas e práticas de gestão desses riscos nos quais se prevê identificação dos riscos, intervenções e avaliações das intervenções (Fischer, 2012, p.401-402)¹.

Esperamos que para os próximos perigos e riscos ainda a serem descobertos possamos agir mais prontamente, evitando que o adoecimento do trabalhador e sua consequência para o mundo do trabalho tenham que ser epidemiologicamente graves para agirmos e contornarmos a situação.

Este trabalho não tem a intenção de esgotar o tema, sendo apenas uma aproximação teórica de uma possível resposta a um problema atual e que pode ser melhor apreciada com o aprofundamento da pesquisa.

10 CONCLUSÃO

Nos propusemos a criar um método que ajude ao leitor a identificar a inadequação de um instrumento de análise dos riscos psicossociais do trabalho especialmente quando este instrumento avalia fatores de riscos laborais associados a transtornos mentais do trabalho, atributos psíquicos ou transtornos mentais do trabalhador.

Utilizamos para isso uma via alternativa, e ao que nos parece inédita, que independe da assimilação do conceito de Risco Psicossocial como base para identificação se os riscos avaliados pelo instrumento são relacionados a esse conceito, evitando assim problemas relacionados à multiplicidade de conceitos e alta abstração do termo.

Sob a luz da teoria da Estrutura das Revoluções Científicas⁹ e da Teoria da Aprendizagem Histórico Cultural¹⁰, que indicam que o conhecimento do campo da Saúde do Trabalhador a respeito dos fatores determinantes da relação saúde-doença / trabalho evolui a partir de mudanças de paradigma e com assimilação de teorias e elementos com características qualitativamente distintas entre si ao longo do tempo, e considerando a sucessão evolutiva das teorias acerca dos fatores de risco laboral elencadas a partir do estudo da história da saúde do trabalhador, podemos afirmar a incapacidade de avaliação dos fatores de risco psicossociais do trabalho por qualquer instrumento de avaliação cujos critérios avaliados refiram-se apenas a critérios procedentes das categorias de risco laboral precedentes ao surgimento da categoria dos riscos psicossociais do trabalho, validando a via da exclusão utilizada no método proposto.

Pela via da exclusão a identificação da inadequação de um instrumento como instrumento de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho ocorre quando o instrumento sob escrutínio avalia unicamente riscos existentes no campo da Saúde do Trabalhador anteriormente à emergência da categoria dos fatores de riscos

psicossociais do trabalho, e que não alcançam, portanto, as alterações epistemológicas trazidas por essa categoria, como explicamos acima.

Como resultado, criamos uma via alternativa ao uso do conceito de fatores de risco psicossocial do trabalho e à restrição normativa da escolha de instrumento para avaliação dos fatores riscos psicossociais para identificação de instrumentos inadequados em uma avaliação de riscos psicossociais;

Estimulamos a revisão dos fatores de risco laborais existentes na área da Saúde do Trabalhador;

Facilitamos a compreensão do conceito de fator de risco psicossocial a partir da compreensão das características inovadoras deste conceito para o campo da Saúde do Trabalhador em comparação aos conceitos dos fatores de riscos laborais precedentes;

Possibilitamos o diagnóstico diferencial entre um fator de risco psicossocial do trabalho e outros fatores de risco laborais relacionados ao desfecho de transtorno mental relacionado ao trabalho, facilitando a adoção da correta terapêutica para cada caso.

A aplicação deste método pode contribuir para evitar as consequências indesejáveis do uso de um instrumento de avaliação inadequado para a avaliação destes riscos psicossociais

Por fim, o melhor entendimento sobre o que são os fatores de riscos psicossociais do trabalho poderá, eventualmente, capacitar o leitor para construção de critérios inéditos destes fatores em diversos ambientes laborais, colaborando assim para uma ação sobre os fatores de riscos psicossociais de trabalho cada vez mais acurada.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Fischer, FM Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública. 2012. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300001>> Acessado em 24 maio 2025.

2- Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Brasília: Diário Oficial da União; 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/NR01atualizada2024l.pdf>> Acessado em 24 maio 2025.

3- Lucca, SR et al, Fatores de risco psicossociais no trabalho: limitações para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2020. <Disponível em <https://doi.org/10.1590/2317-6369000035118>> Acessado em 24 maio 2025.

4- Rodrigues, C. M. L., & Faiad, C. Avaliação psicossocial no contexto das normas regulamentadoras do trabalho: desafios e práticas profissionais. 2018 Psicologia Revista, 27(2), 287–310. Disponível em <<https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i2p287-310>> Acessado em 24 maio 2025.

5- Lucca S. R. Saúde, saúde mental, trabalho e subjetividade. R laborativa. 6(1) 147-159, 2017. Disponível em <<https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1626>> Acessado em 24 maio 2025.

6- International Labour Organisation. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health.Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986.. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf> Acessado em 24 maio 2025.

7- Brasil. Instrução Normativa DC/INSS nº 98, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. Diário Oficial da União. 10 dez 2003. Disponível em <https://www.normasbrasil.com.br/norma/instrucao-normativa-98-2003_74971.html> Acessado em 24 maio 2025.

8- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Guia técnico da NR-33. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego; 2013. Disponível em <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-33_guia_tecnico_da_nr_33.pdf> Acessado em 24 maio 2025.

9- Kuhn, T.S A estrutura das revoluções científicas/Thomas S. Kuhn; tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. — 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013. Disponível em <<https://ppec.ufms.br/files/2020/10/A-estrutura-das-revolu%C3%A7%C3%B5es-cient%C3%ADficas-Kuhn.pdf>> Acessado em 24 maio 2025.

10- Cenci A, Damiani A F, Desenvolvimento da Teoria Histórico-Cultural da Atividade em três gerações: Vygotsky, Leontiev e Engeström. Roteiro, Joaçaba, v. 43, n. 3, p. 919-948, set./dez. 2018. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.18593/r.v43i3.16594>> Acessado em 24 maio 2025.

11- Mendes, R & Dias E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde públ., S.Paulo, 25: 341-9, 1991 Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>> Acessado em 24 maio 2025.

12 -Lacaz F.A.C O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>> Acessado em 24 maio 2025.

13- Leão LHC, Castro AC Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira.

Ciência & Saúde Coletiva, 18(3):769-778, 2013 Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300023>> Acessado em 24 maio 2025.

14- Costa D, Lacaz FAC, Jackson-Filho JM, Vilela RAG; Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>> Acessado em 24 maio 2025.

15- Hurtado SLB et al. Políticas de saúde do trabalhador no Brasil: contradições históricas e possibilidade de desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva 27(8):3091-3102, 2022. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.04942022>> Acessado em 24 maio 2025.

16- Ramazzini, Bernardino. As doenças dos trabalhadores [texto] / Bernardino Ramazzini ; tradução de Raimundo Estrêla. – 4. ed. – São Paulo : Fundacentro, 2016 Disponível em <http://arquivosbiblioteca.fundacentro.gov.br/exlibris/aleph/a23_1/apache_media/NJNU36RTVPGAG9G14KLPT79L1E6R5U.pdf> Acessado em 24 maio 2025.

17- Mendes, R, Bernardino Ramazzini, um médico cada vez mais necessário, Boletim da FCM, v 12(5), 2018. Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais_historia/bernardino-ramazzini-um-medico-cada-vez-mais-necessario> Acessado em 24 maio 2025.

18- Goulart, I B. Sampaio J R; Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. P 19-40. Disponível em <<https://pdfcoffee.com/texto-1-sampaio-jr-versao-digitalizada-pdf-free.html>> Acessado em 24 maio 2025.

19- Colacioppo S. Higiene e Toxicologia Ocupacional, ABHO, São Paulo, 2020. Disponível em <https://abho.org.br/wp-content/uploads/2024/02/ABHO_2020_HIGIENE_E_TOXICOLOGIA.pdf> Acessado em 24 maio 2025.

20- Lucca SR, Silva-Junior JS, Bandini M. Critical analysis of psychosocial factors at work within the Risk Management Program of Regulatory Standard-1. Rev

Bras Med Trab. 2025;23(1):e20251425. Disponível em
<<http://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1425>> Acessado em 24 maio 2025.

21- What is Ergonomics (HFE)? Disponível em
<<https://iea.cc/about/what-is-ergonomics/>> Acessado em 24 maio 2025.

22- Almeida, R G, A ergonomia sob a ótica anglo-saxônica e a ótica francesa. Vértices, 13(1) 111-121, 2011). Disponível em
<<https://doi.org/10.5935/1809-2667.20110007>> Acessado em 24 maio 2025.

23- Ruiz V S. Araújo A L L, Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais, Rev. bras. Saúde ocup., 37 (125): 170-180, 2012. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100020>> Acessado em 24 maio 2025.

24- Lima M E A. A psicopatologia do trabalho, origens e desenvolvimentos recentes na França. Psicologia, Ciência e Profissão, 18(2) 10-15. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000200003>> Acessado em 24 maio 2025.

25- Lucca, S R. Sobral, R C. Aplicação de instrumento para diagnóstico dos fatores de risco psicossociais nas organizações. Rev Bras Med Trab. 15(1):63-72, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.5327/Z1679443520176045>> Acessado em 24 maio 2025.

26- Lucca SR, Magalhães AFA. The relevance of psychosocial risk factors at work in the NR-1 Risk Management Program. Rev Bras Med Trab. 2024;22(4):e2024224. Disponível em
<<http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2024-224>> Acessado em 24 maio 2025.