

Condições de trabalho e saúde ocupacional: uma abordagem psicossocial

LUÍS GRAÇA

Mais do que um tema ideológico em voga, a qualidade de vida no trabalho pode (e deve) ser vista como um dos objectivos últimos dos serviços de saúde ocupacional.

Tal implica pôr em causa a tradicional abordagem das condições de trabalho que não permite dar conta da natureza complexa da relação trabalho-saúde, nem da significativa alteração dos perfis de morbilidade da população trabalhadora nas sociedades modernas.

O presente artigo pretende chamar a atenção para a importância de certos factores psicossociais no trabalho, tradicionalmente ignorados ou escamoteados e particularmente relevantes para a formação, a intervenção e a investigação em saúde ocupacional.

1. Introdução

1.1. Um recente grupo de trabalho da OMS sobre avaliação dos serviços de Saúde Ocupacional e de Higiene Industrial vem propor como objectivo destes últimos o de promover *condições de trabalho* que garantam o máximo de *qualidade de vida no trabalho* através da protecção da saúde dos trabalhadores, da promoção do seu bem-estar físico, mental e social, bem como da prevenção da doença e dos acidentes (WHO, 1982).

Por seu turno, um outro grupo, de que faziam parte conhecidos consultores da OMS como os escandinavos Edström, Levi e Svane ou o francês Wisner, e que fora incumbido de avaliar a importância de certos factores das condições de vida no trabalho — nomeadamente dos *factores psicossociais* — em termos de saúde e bem-estar, dá particular ênfase ao novo tipo de papel e de perfil que deverá configurar a «equipa de saúde ocupacional»: equipa *pluriprofissional e pluridisciplinar* que terá cada vez mais de recorrer às Ciências Sociais e Humanas — em especial à Psicologia e à Sociologia — na prossecução do objectivo de «melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos trabalhadores» (WHO, 1980).

1.2. Entretanto, por ocasião da 70.^a Conferência Internacional do Trabalho, em Junho de 1984, era levantada uma questão terminológica algo bizantina: a de que as expressões correntemente utilizadas em francês e em espanhol — *Médecine du Travail* e *Medicina del Trabajo* — não correspon-

□

Luís Graça é assistente da Cadeira de Ciências Sociais e Humanas da Escola Nacional de Saúde Pública.

deriam exactamente à expressão inglesa *Occupational Health*, sendo a respectiva diferença de natureza não apenas semântica como conceptual e, portanto, com incidência sobre «a noção global de saúde no trabalho» enquanto vasto domínio «pluridisciplinar» (BIT, 1984).

Além dos serviços de Medicina do Trabalho (ou de Saúde Ocupacional, como se queira), outro dos temas então debatidos, foi o da avaliação do PIACT (*Programme International pour l'Amélioration des Conditions et du Milieu de Travail*): lançado pela OIT em 1976, o PIACT incide sobre três domínios principais, particularmente relevantes do ponto de vista da saúde ocupacional (higiene e segurança nos locais de trabalho, duração e estrutura do tempo de trabalho, organização e conteúdo do trabalho); reclama-se, além disso, uma perspectiva nova de abordagem, global e pluridisciplinar, do problema da melhoria das *condições de trabalho*, considerado como um todo em que numerosos factores, respeitantes ao bem-estar físico e mental do trabalhador, estariam intimamente ligados.

1.3. Implícita ou explicitamente é hoje posta em causa a *perspectiva medicocêntrica* dos tradicionais serviços de Medicina do Trabalho e reconhecida a inadequação do *modelo biomédico* para dar conta da relação trabalho-saúde (Graça, 1985), sobretudo à medida em que se verifica uma significativa alteração dos perfis de morbilidade da população activa nas sociedades industriais e pós-industriais: redução, por um lado, das doenças profissionais clássicas e aumento, por outro, das doenças mentais e psicossomáticas e das perturbações comportamentais (Dejours, 1980; WHO, 1980; Levi, 1981) ou, pelo menos, crescente prevalência, entre certas fracções da população trabalhadora, das chamadas doenças multifactoriais ligadas à profissão (OMS, 1985).

Os actuais *limites* da medicina do trabalho seriam, de resto, por demais evidentes: de facto, se ela pode com alguma eficácia lutar contra os agentes *físicos, químicos e biológicos* do meio ambiente de trabalho, em contrapartida não tem instrumentos teóricos, metodológicos e técnicos para identificar e prevenir outros factores das condições de trabalho, nomeadamente os de natureza psicossocial, com não menor incidência na saúde global dos trabalhadores.

Além disso, a saúde ocupacional não é mais um problema estritamente médico: dada a natureza complexa da relação trabalho-saúde, a investigação e a intervenção nesta área exigem não só a colaboração dum amplo leque de profissionais e de disciplinas como a participação activa de gestores, quadros e trabalhadores nos locais de trabalho (WHO, 1981).

1.4. Por fim, e no que respeita mais de perto à sociedade portuguesa, dados recentemente revelados e analisados, em primeira mão, pelo sociólogo Lucas (1985), sobre a mortalidade e a morbilidade diferenciais, permitem sugerir que, sendo a *classe social* um factor de risco, na explicação da desigualdade dos trabalhadores assalariados face à saúde relativamente a outros grupos socioeconómicos ou categorias socioprofissionais, haverá seguramente que incluir as suas condições de vida e de trabalho.

1.5. O presente artigo pretende retomar e desenvolver algumas das questões atrás referidas, e mais especificamente:

a) explicitar o conteúdo da noção de *condições de trabalho* bem como a natureza da relação trabalho-saúde;

b) apresentar um quadro de referência que permita identificar alguns dos *aspectos psicossociológicos* das condições de trabalho, tradicionalmente ignorados ou escamoteados;

c) pôr em evidência a sua relevância para a *formação teórico-prática* do médico de trabalho e dos demais profissionais de saúde ocupacional, bem como o seu eventual *interesse heurístico* para a epidemiologia do trabalho;

d) e, *last but not least*, estimular a *abordagem pluridisciplinar* dos problemas da saúde, higiene e segurança nos locais de trabalho, como condição prévia dum desejável (e porventura urgente) debate público sobre a melhoria das condições de trabalho nas nossas empresas e demais organizações.

2. Condições de trabalho: o que recobre este termo?

2.1. «Condições de Trabalho» (CT) é uma daquelas noções que, tanto na linguagem comum como na literatura especializada, tem um conteúdo extremamente impreciso e nem sempre pacífico.

A explicação é óbvia: estamos num terreno (o do trabalho) marcado por uma forte *conflitualidade teórico-ideológica* (Cherns, 1980; Navarro, 1980 e 1982; Friedmann, 1973; Mclean, 1981).

De facto, para além de ser um dos objectos estudados por disciplinas tão diversas como a antropologia, a sociologia, a psicologia, a ergonomia ou a economia política, a noção de *trabalho* é, ela própria, «objecto de um debate colectivo onde se defrontam concepções diferentes quanto ao seu lugar e à sua função no sistema social» (Rolle, 1978).

2.2. Mas vejamos, entretanto, o que recobre (ou encobre) o termo CT:

2.2.1. Tradicionalmente, e sobretudo na literatura de expressão inglesa, por influência da ergonomia clássica e da psicossociologia americana, as CT tendem a ser tomadas *em sentido restrito*: as «work conditions» são antes de mais os factores ambientais físicos do trabalho (McCormick e Tiffin, 1975); de qualquer modo são distintas do «contexto social e organizacional», ou seja, dos factores psicossociais do trabalho.

Para o autor da controversa teoria dos dois factores de satisfação profissional, as CT não são um factor de «motivação» mas apenas de «higiene», teriam a ver com os factores extrínsecos do trabalho (*job context*) e não propriamente com o trabalho em si (*job content*) (Herzberg, 1968).

Esta última distinção assenta num postulado filosófico sobre a «natureza bipolar» do homem: por um lado, o polo «animalo-adâmico» que o levaria a lutar contra os constrangimentos impostos pelo meio exterior (satisfação das necessidades de nível *inferior*); por outro, o polo «humano-abraâmico» que o levaria a aspirar ao desenvolvimento psicológico e à auto-realização (satisfação das necessidades de nível *superior*) (Herzberg, 1971).

Ora, e na medida em que o oposto da satisfação não é o descontentamento mas a não-satisfação (e vice-versa: o oposto do descontentamento não é a satisfação mas o não-descontentamento), a melhoria dos factores *extrínsecos* do trabalho (CT, relações de trabalho, remunerações, política e administração da empresa, etc.) sem enriquecimento das tarefas (*job enrichment*) pode, quanto muito, evitar o descontentamento mas não é susceptível de produzir uma satisfação positiva e durável.

Nesta acepção restrita, as CT incluiriam apenas os factores da ergonomia clássica (meio ambiente, carga física e mental), tradicionalmente utilizados na análise dos «custos humanos» da adaptação do homem ao trabalho.

2.2.2. Dois tipos de observações podem ser feitos a esta dimensão restrita das CT:

a) Trata-se duma concepção redutora do trabalho que reproduz «a dicotomia indivíduo-meio ambiente» e escamoteia a natureza social das relações que determinam tanto o trabalhador como a sua situação de trabalho (Navarro, 1982);

b) O nível de abordagem das CT não se pode confinar aos aspectos materiais do posto de trabalho; o sistema homem-máquina é o «sub-sistema dum sistema mais vasto» (Cazamian, 1974), que investigadores do Tavistock Institute mostraram tratar-se dum «sistema sociotécnico aberto» (Emery e Trist, 1960; Orstman, 1984).

A *tradicional legislação* sobre higiene e segurança nos locais de trabalho inspira-se, em larga medida, nesta concepção ecológica e naturalizante da relação trabalho-saúde e nesta abordagem res-

trita das CT, ao confinar-se à vigilância dos «factores ambientais físicos que podem ser causa de acidentes ou de doenças profissionais clássicas», e eventualmente à regulamentação dos horários, das cargas de trabalho ou de outros factores ergonómicos susceptíveis de produzir «efeitos fisiológicos e psicológicos desfavoráveis sobre o trabalhador» (WHO, 1980).

Em Portugal parece ainda prevalecer esta perspectiva de abordagem das CT que — e não só entre os profissionais de Medicina do Trabalho!... — se tende a identificar com as «condições de higiene e segurança» (*tout court*) (Marques, 1980). Daí o papel necessariamente limitado (mas nem por isso menos ambíguo) que caberia à Medicina do Trabalho, o da «*adaptação* do homem ao *ambiente hostil* dos diversos locais de trabalho».

Ora, como afirma e põe em evidência Simard (1974), num estudo de caso feito no Quebec, Canadá, não são só os produtos industriais que são tóxicos ou nocivos para a saúde: por analogia poder-se-ia falar igualmente da «toxicidade» de outras condições impostas pela organização do trabalho dominante nas empresas, tais como o trabalho nocturno e por turnos, a extrema parcelarização das tarefas, a forte estrutura hierárquica, as cadências aceleradas, a ausência de controlo e de participação dos trabalhadores, etc.

2.2.3. Na literatura sociológica e ergonómica de expressão francesa, as CT tendem a ser consideradas *em sentido mais amplo*, embora com contornos nem sempre fáceis de definir. O grau de maior ou menor latitude entretanto atribuída aos seu conteúdo deriva do facto de as CT terem sido nos anos 70 (e ainda hoje, apesar da *crise*) um importante «enjeu» económico, social e político (Jardillier, 1979; Trepo, 1983).

De facto, a situação dos operários não qualificados (sobretudo jovens, mulheres e imigrantes) e os conflitos sociais nas empresas «taylorizadas», nomeadamente em França, vieram trazer à baila o tema das *conditions de travail* e acabaram por gerar uma importante corrente de opinião «anti-tayloriana» (Durand, 1974 e 1978) que, para além da melhoria das CT clássicas, trouxe preocupações novas de revalorização do trabalho manual, de intervenção sobre o conteúdo do trabalho e de reestruturação da própria organização do trabalho, em particular nas indústrias de série (Weil, 1976).

De resto, a partir dos anos 60, «renasce uma consciência específica da relação condições de trabalho-saúde» (Herzlich e Pierret, 1984), embora indissociável da já longa história das lutas e reivindicações operárias no campo da saúde (Dejours, 1980): em Itália populariza-se a palavra de ordem «La salute non si paga» e o movimento operário desenvolve o seu próprio modelo de investigação-intervenção sobre as CT (Bagnara et al., 1981).

Quadro I
Factores das condições de trabalho

Métodos		LEST (1975)	RNUR-RENAULT (1976)	AVISEM (1977)	ANACT (1979)
Factores das condições de trabalho					
ERGONOMÍCOS		Descrição do posto (...)	Concepção do posto (...)		
	I. SEGURANÇA		5. Segurança		1. Acidentes de trabalho
	II. MEIO AMBIENTE FÍSICO	1. Temperatura 2. Iluminação 3. Barulho 4. Vibrações	6. Ambiência térmica 7. Ambiência sonora 8. Iluminação artificial 9. Vibrações 10. Higiene atmosférica 11. Aspecto do posto	1. Iluminação 2. Barulho 3. Temperatura 4. Produtos irritantes e tóxicos	2. Ambiência sonora 3. Vibrações 4. Ambiência térmica 5. Ambiência luminosa 6. Poluição atmosférica
	III. CARGA FÍSICA	5. Postura 6. Carga dinâmica	12. Postura principal 13. Postura mais desfavorável 14. Esforço de trabalho 15. Postura de trabalho 16. Esforço de manutenção 17. Postura de manutenção	5. Carga física	Fadiga ligada ao trabalho muscular dinâmico e estático (...)
	IV. CARGA MENTAL	7. Constrangimento de tempo 8. Complexidade-velocidade 9. Atenção 10. Minúcia	18. Operações mentais 19. Nível de atenção	6. Tempo de ciclo	9. Fadiga mental 10. Ritmo de trabalho e autonomia temporal
PSICOSSOCIOLÓGICOS	V. CARGA PSÍQUICA	11. Iniciativa 12. Estatuto social 13. Comunicação 14. Cooperação 15. Identificação do produto	20. Autonomia individual 22. Relações independentes do trabalho 23. Relações dependentes do trabalho 24. Repetitividade 25. Potencial requerido 26. Responsabilidade 27. Interesse do trabalho	7. Tempo de autonomia 8. Interesse de trabalho	11. Ritmo de trabalho e autonomia de decisão 12. Relações no meio de trabalho 13. Incerteza quanto ao futuro a curto prazo
	VI. TEMPO E ESPAÇO DE TRABALHO	16. Tempo de trabalho		9. Horários de trabalho 10. Espaços e grupos de trabalho	14. Trabalho de noite e trabalho contínuo em equipas alternativas

Fonte: Adapt. de De Keyser et al., 1982, p. 51.

Entretanto, em 1973 é institucionalizado em França o movimento conhecido pela sigla ACT (*Amélioration des conditions de travail*) (Trepo, 1983) e em 1976 a OIT lança o seu PIACT (De Givry, 1983), enquanto se multiplicam os métodos de análise das CT sob a forma de «grelhas», concebidas para uso do não-especialista na descrição e diagnóstico das situações de trabalho (Lest, 1975; Rnur-Renault, 1976; Avisem, 1977; Anact, 1979).

Independentemente na sua especificidade ou das reservas teórico-metodológicas que possam suscitar (Naël, 1977), os métodos franceses de análise das CT têm em comum a originalidade de, na avaliação da situação de trabalho, tomarem em linha de conta — para além dos factores da ergonomia clássica — certas *variáveis psicossociológicas* que relevam da organização e do conteúdo do trabalho (*Quadro D*).

Por exemplo, para os autores do método de LEST (Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail), o âmbito de análise das CT engloba «o conteúdo do trabalho e as repercussões que pode ter sobre a saúde e sobre a vida pessoal e social dos assalariados», ou seja, todos os factores *ergonómicos* que podem pôr em risco «o seu equilíbrio fisiológico e nervoso», bem como certos factores psicossociais que constituem outro tipo de riscos, senão no imediato pelo menos a prazo, e que são os de «empobrecimento das suas capacidades de criação, de reflexão, de comunicação», resultantes dum trabalho desqualificado, isolado, parcelar, repetitivo (Guélaud et al., 1978).

De qualquer modo, tendem a ser *excluídos* do âmbito de análise das CT certos factores como o nível e o modo de remuneração, a maior ou menor precaridade de emprego, a política social da empresa, as relações de poder organizacionais, o alojamento, os transportes, a discriminação sexual no mercado e na divisão do trabalho, etc., que relevariam das condições gerais de vida ou de emprego, e portanto de outros domínios de estudo, nomeadamente o da articulação da empresa como organização ao sistema socioeconómico, mas que nem por isso deixam de ter repercussões (muitas vezes ignoradas ou escamoteadas) sobre a unidade psicossomática do(a) trabalhador(a) (Cooper, 1976; Coye, 1979; Brenner, 1981; Dejours, 1982; Grunberg, 1983; Messing e Reveret, 1983).

2.2.4. Nesta acepção mais globalizante, as CT podem então ser definidas como «o conjunto dos factores que determinam o comportamento do trabalhador» (Leplat e Cuny, 1983), com excepção das suas características individuais (De Keyser et al., 1982); por comportamento ou condutas de trabalho entende-se, numa perspectiva ergonómica (e não sociológica), a actividade física e mental desenvolvida.

Mas, objectivamente, esse conjunto de factores só podem ser entendidos como *constrangimentos sociotécnicos*, na medida em que são inseparáveis de um determinado tipo de tecnologia e de organização do trabalho, impostas por uma vontade alheia ao trabalhador (Garfield, 1980).

Aliás, no estudo da relação Homem-Trabalho, a Ergonomia tende a operar a situação entre as *exigências da tarefa* («contrainte» ou «stress») e a *carga de trabalho* («astreinte» ou «strain») (Sperandio, 1980): esta última, muito mais difícil ou mesmo impossível de medir (como quantificar a carga mental ou psíquica?), pode ser definida como «as consequências, a nível do trabalhador, das exigências das tarefas avaliadas em função das suas próprias características individuais» (De Keyser et al., 1982). Características que, diga-se de passagem, não são apenas de natureza antropométrica, fisiológica ou psicológica, são igualmente influenciadas por variáveis antropossociológicas (história de vida, identidade cultural, qualificação, experiência, estatuto social, etc.) (Wisner, 1981).

Mas muito embora as CT relevem antes de mais do domínio do *vivido* do trabalhador ou do grupo de trabalho (Dejours, 1980), da maneira como ele percebe e suporta os factores que constituem a sua situação de trabalho, há que *objectivá-las*. E, de facto, para o observador estranho ao posto de trabalho (o ergonomista, o médico de trabalho, etc.), elas traduzem-se em *factores de carga de trabalho*, uns susceptíveis de medida relativamente objectiva (factores do meio ambiente, carga física, estática e dinâmica) e outros que levantam sérios problemas de avaliação (factores de carga mental e psíquica) (Guélaud et al., 1978).

A natureza sociotécnica da situação de trabalho obriga-nos, entretanto, a explicitar os diferentes níveis de abordagem das CT e a dar maior ênfase à relação entre factores psicossociais e sistemas de trabalho. Uma outra dimensão importante, a do *comportamento organizacional*, não poderá ser aqui se não meramente afluída.

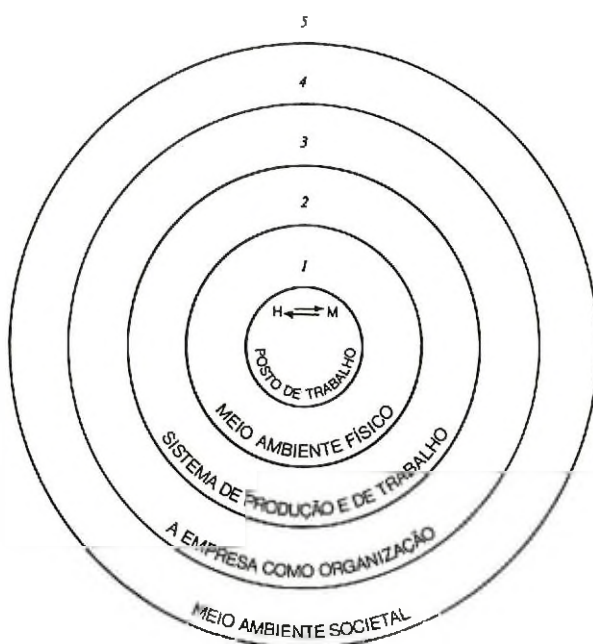
3. Sistemas de trabalho e factores psicossociais

3.1. De maneira algo redutora e esquemática, poderíamos considerar cinco níveis de abordagem das CT enquanto constrangimentos sociotécnicos (Figura 1).

Como já sublinhámos, não se pode isolar o posto de trabalho individual do resto da oficina ou do conjunto da empresa. Como qualquer sistema social, a empresa é um conjunto *hierarquizado* de sub-sistemas em interacção entre si e em interacção com o seu meio ambiente pertinente. Este, por sua vez, é sempre difícil de definir, dada a porosidade e a fluidez das próprias «fronteiras organizacionais»: digamos que se trata do contexto *societal* (económico, político, social, cultural, etc.) em que se insere, e que é constituído por outros sistemas.

A abordagem sistémica sublinha assim o efeito de sinergia das organizações segundo o qual o conjunto dos sub-sistemas em interacção é maior que a soma das suas partes. Donde, se é legítimo operar-se um «corte horizontal» na análise das CT,

Figura 1
Níveis de abordagem das condições de trabalho enquanto constrangimentos sociotécnicos



procedendo nível por nível (nível do *indivíduo*, do *grupo*, da *organização*, etc.), há que não esquecer a existência de «ligações verticais» que faz com que uma regulação de nível inferior sofra a lei das regulações subjacentes (Cazamian, 1974).

Não se poderá avaliar, por exemplo, a *qualidade* das relações de trabalho entre o operário e o contramestre, partindo do pressuposto que são apenas relações de autoridade explicáveis pela natureza profissional do trabalho ou pelas relações técnicas de produção. É que, como nos lembra Touraine (1982), «as relações de classe penetram até ao interior da oficina, até ao posto de trabalho. Se assim não fosse, as relações de classes não seriam mais que um tema ideológico»...

3.2. Feita esta ressalva teórico-metodológica, diremos que os níveis de abordagem das CT que nos parecem mais pertinentes do *ponto de vista da saúde ocupacional*, situar-se-iam entre os níveis 1 e 4:

— *Nível 1* (Posto de trabalho/relação homem-máquina): Factores *fisiológicos* e *psicológicos* ligados à percepção e ao tratamento dos sinais, à carga física e mental do trabalho, etc.;

— *Nível 2* (Meio ambiente físico): Factores *físicos*, *químicos* e *biológicos* associados ao objecto (produto, matérias-primas, etc.) e aos meios de trabalho (máquinas, ferramentas, equipamentos, instalações, etc.);

— *Nível 3* (Sistemas de produção e de trabalho): Factores *psicossociais* decorrentes do tipo de tecnologia, da forma de organização e do conteúdo do trabalho, da qualificação profissional, etc.;

— *Nível 4* (A empresa como organização): Factores *psicossociais* resultantes da estrutura da organização e dos processos de regulação dos seus diversos sub-sistemas internos (económico e tecnológico, estrutural e administrativo, sociocultural e político, de informação e comunicação, etc.);

— *Nível 5* (Meio ambiente societal): Factores *sociais* derivados da inserção da empresa num dado sistema económico, político e social (conflitos de trabalho, legislação laboral, mercado, acção sindical, papel do Estado, etc.).

Os factores das CT correspondentes aos níveis 1 e 2 são os da ergonomia clássica. Sobre eles há já uma vastíssima literatura e, portanto, uma massa considerável de conhecimentos que permitem a identificação e a prevenção dos riscos a eles associados: riscos, nomeadamente, de acidentes ou de doenças profissionais clássicas (WHO, 1981). Constituem de resto, o tema privilegiado (e quase exaustivo) dos encontros, seminários e congressos de medicina do trabalho...

Trata-se das CT *em sentido restrito* as quais, como diz Dejourns (1980) tomam «o corpo directa-

mente como alvo». Mas a *usura física* é apenas um dos aspectos da relação trabalho-saúde: a organização do trabalho, a divisão *técnica* (horizontal) e *social* (vertical) do trabalho tem em contrapartida «como impacte o aparelho psíquico».

Ora, e sem negar a importância da tradicional problemática da higiene e segurança no trabalho (sobretudo num país como o nosso que está longe de ter completado a sua 2.^a revolução industrial...), há que reconhecer que se tem privilegiado a dimensão *física* da saúde e do bem-estar, e que só muito recentemente se começou a prestar atenção aos possíveis efeitos das condições do trabalho em *sentido amplo* — não como factores isolados ou isoláveis mas como agregado de factores de natureza ergonómica, psicológica e sociológica — nomeadamente em termos de «stress» mental e, por conseguinte, de doenças mentais e psicossomáticas ou de perturbações comportamentais (Levi, 1981).

Por outro lado, e como reconhece o já citado Comité d'Experts da OMS (1985), «a noção de ligação entre a doença e a actividade profissional tomou importantes e novas dimensões no campo da medicina do trabalho», nomeadamente com a crescente evidência empírica:

a) de que há uma *relação etiológica* (embora complexa e variável) entre os factores de risco profissionais e certas doenças multifactoriais entre as quais figuram algumas das principais causas de morte da população adulta nas sociedades modernas;

b) e de que as *doenças ligadas à profissão* tenderão a suplantir em incidência e gravidade as doenças profissionais clássicas e a tornar-se um dos maiores problemas da saúde pública, pelo que a sua identificação e a sua prevenção deverão mobilizar todo o «sistema pluridisciplinar» de prestação de cuidados de saúde.

De entre as doenças ligadas à profissão, de etiologia múltipla e complexa, por oposição às doenças profissionais clássicas em que há uma clara relação de causa e efeito (por ex.: partículas de sílica na silicose, ou vapores de chumbo no saturnismo), são citadas e examinadas, a título exemplificativo, a hipertensão, a cardiopatia isquémica, as perturbações do aparelho músculo-esquelético, as afecções respiratórias crónicas não específicas, as úlceras gastroduodenais, além das já referidas doenças mentais e psicossomáticas e das perturbações de comportamento.

3.2. Por *factores psicossociais* no trabalho deve, entretanto, entender-se «os que, influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo, derivam da psicologia do indivíduo, bem como da estrutura e da função da organização do

trabalho». Incluem características *sociais, culturais e psicológicas* (padrões de comportamento, métodos tradicionais de resolução de conflitos ou de liderança, factores de personalidade, atitudes, etc.) (WHO, 1981).

A contestação social e a crítica sociológica de certas formas de *organização do trabalho*, são por demais conhecidas: a propósito do Taylorismo e da «Organização Científica do Trabalho», falou-se do «trabalho em migalhas» (Friedman, 1956), da «degradação do trabalho» (Braverman, 1977) ou da empresa como «sistema social patológico» (Durand, 1978). Menos conhecidos são os trabalhos de investigação anglo-saxónicos e escandinavos sobre os efeitos psicossociais, quer *negativos*, resultantes da racionalização da organização do trabalho (Gardel, 1981-a) quer *positivos*, associados a formas de organização do trabalho que deixam ou restituem ao trabalhador uma maior margem de autonomia, cooperação e participação no trabalho (Garfield, 1980; Gardel, 1981-b).

A investigação escandinava sobre o «stress» ocupacional vem pôr, de resto, em evidência que, para ser eficaz, a prevenção tem de se situar mais ao nível do *sistema* do que do *indivíduo*, donde não basta combater os *efeitos*, há que modificar os aspectos tecnológicos, organizacionais e comportamentais que podem constituir importantes *causas* de «stress» (Gardel, 1982), como por exemplo o trabalho em cadeia, os ciclos operatórios curtos e repetitivos impostos pela máquina, a sobrecarga (ou subcarga) quantitativa e qualitativa de trabalho ou os conflitos de papéis na organização (Cooper e Marshall, 1976; Levi, 1983).

Por outro lado, o aumento significativo das doenças multifactoriais entre a população trabalhadora não pode deixar de ser relacionada com profundas alterações operadas nas últimas décadas, nomeadamente a nível dos sistemas de produção e de trabalho (e, por consequência, do próprio mercado de trabalho), alterações essas que apontariam para uma crescente:

- mecanização, automatização e robotização da produção industrial;
- introdução de novas tecnologias da informação;
- importância do trabalho nocturno e por turnos;
- racionalização da organização do trabalho e centralização tecnoburocrática;
- diferenciação sociotécnica e segmentação socioprofissional da força de trabalho;
- oposição entre concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual);
- desqualificação profissional;
- precarização do emprego, etc. (Coriat, 1979; Cherns, 1980; D'Iribarne, 1981; Durand, 1978; Levi, 1981).

Quadro II
Sistemas de trabalho: perfis-tipo da evolução dos postos de trabalho

Critérios e dimensões	Perfis-tipo	B. Tipos mecânicos		C. Tipo vigilância/ /controlo
	A. Tipo manual- -artesanal	B.1. Maquinistas	B.2. Operadores	
1. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO				
1.1. Preparação do trabalho	poucas instruções precisas	instruções precisas		instruções precisas
1.2. Divisão do trabalho	trabalho polivalente	trabalho parcelar	operações reagrupadas	trabalho especializado
1.3. Controlo do trabalho	autocontrolo	heterocontrolo	controlo especializado	controlo especializado
1.4. Natureza dos sinais	sinais implícitos e concretos	aparecimento de sinais explícitos e abstractos		predominância de sinais explícitos e abstractos
2. RELAÇÕES DE TRABALHO				
2.1. Natureza das relações	equipa	cadeia		rede
3. TIPOS DE INTERVENÇÃO				
3.1. Intervenções sobre o material	directas	por intermédio da máquina		à distância
3.2. Tipos de acção sobre a máquina	indirecta	desencadeamento directo		regulações intermitentes
3.3. Regularidade das intervenções	em cada ciclo	em cada ciclo		ocasionais
3.4. Estereotipia das intervenções	variabilidade	estereotipia		variabilidade
3.5. Precisão das intervenções	aproximação	precisão média		tolerâncias estreitas
3.6. Rapidez das intervenções	cadência rápida	cadência rápida	cadência muito rápida	«reacções» rápidas
4. NATUREZA DA EXPERIÊNCIA				
4.1. Profissional	aprendizagem duma «arte», dum «saber fazer»	automatização das manipulações		formação em conhecimentos explícitos

Fonte: Adaptado de Durand et al., 1971, p. 110.

3.3. Dado o seu possível interesse heurístico para a formação e investigação no campo da saúde ocupacional, apresenta-se a seguir uma *tipologia dos perfis de modernização* que permite simultaneamente dar conta da evolução técnica, organizacional e social da empresa e fazer o estudo analítico dos postos de trabalho (*Quadro II*).

Contrariamente à ideologia do determinismo tecnológico, sabemos hoje que os constrangimentos técnicos não são inelutáveis, e que para uma mesma tecnologia pode haver diferentes formas de organizar o trabalho ou que, pelo menos, há sempre uma certa flexibilidade no desenho organizacional, na sua concepção e aplicação (Durand, 1978; Ortsman, 1984).

Em todo o caso, a racionalidade tayloriana, tecnoburocrática, do *one best way*, continua largamente a comandar a subordinação do sistema social ao sistema técnico da empresa e, portanto, a determinar, em grande parte, as condições de trabalho (e de saúde). E isso não obstante uma certa expectativa criada nos anos 70 à volta das «novas formas de organização do trabalho» (Thorsrud, 1975), entretanto gorada por razões que não podem apenas ser imputadas à actual «crise económica»: de facto, como afirma Liu (1983), a lógica tayloriana está demasiado enraizada nas nossas sociedades industriais e nos nossos modelos de acção colectiva, e não será de certo a «terceira vaga», a das novas tecnologias, que irá submergi-la e substituí-la por uma nova lógica, radicalmente diferente, a da autonomia, da aprendizagem e da negociação, subjacente ao modelo sociotécnico e à organização do trabalho em grupos semi-autónomos...

A grelha de Durand et al. (1972) define três perfis-tipo de modernização dos postos de trabalho, segundo doze variáveis. É evidente que a sua aplicação na análise dos sistemas de trabalho levanta questões teóricas e metodológicas (Costa et al., 1984) que seria ocioso abordar no espaço deste artigo. A sua divulgação tem apenas um objectivo didáctico: a de ajudar o profissional de saúde ocupacional a melhor compreender esse complexo homem-máquina que caracteriza a situação de trabalho em diferentes estádios de evolução técnica e organizacional.

Dito isto, podemos considerar três *estádios* muito marcados de evolução do trabalho e, portanto, três *perfis-tipo* dos postos de trabalho:

— Tipo *manual artesanal* (A): o tipo de postos em que o trabalho é essencialmente físico, em que o operário executa um certo número de operações manuais, com a ajuda de ferramentas (ou, quando muito, através duma máquina universal), estando por isso mais próximo do antigo artesão ou do trabalhador de ofício e conservando uma larga autonomia no trabalho (ex.: indústrias de produção unitária);

— Tipo *vigilância/controlo* (C): no outro polo da evolução do trabalho, com a automatização, é a máquina (ou um conjunto complexo e integrado de máquinas) que realiza por si só a transformação do produto, limitando-se o operário a tarefas de vigilância, comando ou controlo, previamente fixadas e bem determinadas (regulações, afinações, etc.) ou aleatórias e dependentes de incidentes técnicos (reações a sinais sonoros ou luminosos, etc.) (ex.: indústrias de processo);

— Tipos *mecânicos* (B): Postos intermédios entre os dois extremos de evolução tecnológica, em que o operário e a máquina estão interligados no processo de transformação: numa 1.^a fase do trabalho mecanizado, com os *maquinistas* (B. 1.), há um trabalho de comando, parcelar, especializado e repetitivo; numa 2.^a fase, com o reagrupamento dos comandos, o operário parece dar a impressão dum maior domínio sobre a máquina: os autores chamam *operadores* (B. 2.) a estes postos de máquinas complexas (ex.: indústrias de série).

Quatro grupos de critérios (num total de doze dimensões) foram escolhidos para caracterizar os diferentes tipos de postos:

organização do trabalho (1): grau de preparação e divisão do trabalho; depende da concepção global do processo de produção, mais ou menos empírica ou racionalizada e, portanto, da maior ou menor centralização burocrática, da maior ou menor dissociação *Line* (Hierarquia)/*Staff* (Serviços Funcionais);

relações de trabalho (2): aspectos mais estruturais (comunicações, espaço, interdependência) do que funcionais (relações hierárquicas, enquadramento, etc.) das relações de trabalho;

tipos de intervenção (3): modalidades de intervenção do operário sobre o material e a máquina, conteúdo das tarefas, carga física e mental do trabalho;

natureza da experiência profissional (4): conteúdo da qualificação requerida.

3.4. Sem podermos entrar aqui numa análise mais detalhada dos diferentes sistemas de trabalho e das suas diferentes implicações em termos de bem-estar físico, mental e social, parece já haver suficiente evidência empírica de que a crescente racionalização da organização do trabalho e a consequente centralização tecnoburocrática são incompatíveis com a satisfação de novas necessidades e a realização de novos valores de que se fazem eco sobretudo as camadas mais jovens da população activa dos países desenvolvidos (Cherns, 1980; Gardel, 1981-a). Essas novas necessidades e valores em relação ao trabalho serviram, de resto, como *quadro de referência* para a concepção, negociação, implementação e difusão das conhecidas

experiências escandinavas de «democracia industrial» (Thorsrud, 1975):

- 1) Necessidade de ter um trabalho cujo *conteúdo* seja razoavelmente interessante, exigente e variado;
- 2) Necessidade de *conhecer* a natureza do trabalho que se efectua bem como as modalidades da sua execução;
- 3) Necessidade de *aprender* e continuar a aprender ao longo da vida profissional;
- 4) Necessidade de ter em certa margem de *decisão, autonomia e iniciativa* no trabalho;
- 5) Necessidade de *apoio social*, de *ajuda mútua* e de *cooperação* no trabalho, bem como de *reconhecimento* do seu trabalho na empresa;
- 6) Necessidade de sentir que o seu trabalho tem *sentido e utilidade social*, que é um *contributo significativo* para a empresa e para a comunidade em que se está inserido;
- 7) E, finalmente, necessidade de sentir que o seu trabalho tem um futuro desejável, que é compatível com a aspiração à *realização pessoal* (Orstman, 1984).

De qualquer modo, não é por acaso que o tema da *qualidade de vida*, em geral, e da *qualidade de vida no trabalho*, em particular, é desde os anos 70 uma preocupação de organizações internacionais como a OCDE, criada na euforia económica (e economicista...) dos anos 60 (Barreto, 1978), e se constata, por outro lado, que o trabalho, tal como evoluiu nos países industrializados, está cada vez mais longe de dar resposta às novas necessidades sociais e individuais (OCDE, 1974). O que, como diz Thorsrud (1975), não é nada que não se soubesse já: nova e importante é a constatação, por parte de peritos da OCDE, das «contradições fundamentais» entre as novas tecnologias da produção e da informação e as estruturas sociais mantidas pelas nossas organizações (empresas, sindicatos, escolas...).

4. Conclusões

4.1. O presente artigo pretendeu pôr em relevo a articulação entre condições de trabalho e saúde ocupacional, e justificar a necessidade da sua abordagem global e pluridisciplinar. Mais do que retomar a velha questão da «relevância» das ciências sociais para a formação médica (Begun e Rieker, 1980), procurou-se dar conta de novos problemas e tendências que já hoje são objecto de preocupação ou de interesse dos próprios profissionais de saúde ocupacional, e em particular do médico de trabalho cuja formação, sensibilidade e experiência o levam a reconhecer a insuficiência do modelo biomédico de saúde/doença face à nature-

za psicossocial da produção do risco no meio ambiente de trabalho.

Nesta perspectiva, julgamos que a abordagem psicossocial das condições de trabalho poderá ser um instrumento teórico-metodológico de grande utilidade para a equipa de saúde ocupacional, nomeadamente nas empresas industriais e de serviços.

4.2. Parente pobre da Medicina, a Medicina do Trabalho (e os respectivos profissionais) terá que se afirmar pela recusa da medicalização da relação trabalho-doença e por uma activa prevenção dos factores de risco (não apenas ergonómicos como psicossociais) que as condições de trabalho, enquanto constrangimentos sociotécnicos, comportam para a saúde global dos trabalhadores. Medicina especial, ela só pode de resto justificar-se socialmente devido ao reconhecimento da produção desigual do risco (Chauvenet, 1978).

O que, certamente, passa por:

a) uma abordagem sociotécnica das diferentes situações e comportamentos de trabalho;

b) uma maior articulação dos serviços de saúde ocupacional das empresas com o sub-sistema de cuidados primários;

c) uma mais adequada intervenção pedagógica dos profissionais de saúde nos locais de trabalho, não apenas como *experts* mas como generalistas, formadores, educadores, animadores e gestores de saúde;

d) um maior interesse da investigação epidemiológica pelos problemas da morbilidade e mortalidade ocupacionais; e ainda por

e) um claro empenhamento de gestores, quadros e trabalhadores das empresas em encontrar soluções sociotécnicas que se possam traduzir não apenas em ganhos de produtividade ou de qualidade dos bens e serviços produzidos como também em melhorias sensíveis das *condições de vida no trabalho*.

Sem o que, obviamente, a qualidade de vida no trabalho, enquanto objectivo último da saúde ocupacional, não passará afinal de um tema ideológico e de um alibi para o discurso da «*cité savante*».

□ Bibliografia

- ANACT:**
Pour une évaluation ergonomique. Anact, Montrouge, 1979.
- AVISEM:**
Techniques d'amélioration des conditions de travail dans l'industrie. Hommes et Techniques, Suresnes, 1977.
- BAGNARA, S.; BIOCICA, M. e MAZZONIS, D. G.:**
Trends in occupational health and safety policy in Italy. *Int. J. Health Serv.*, 11 (3) 431-450, 1981.
- BARRETO, J.:**
O programa da OCDE para a elaboração de indicadores sociais. *Análise Social*, 14 (55) 629-644, 1978.
- BEGUN, J. W. e RIEKER, P. P.:**
Social science in medicine: the question of 'relevance'. *J. Med. Educ.*, 55, 181-185, 1980.
- BIT:**
La 70^e session de la Conférence Internationale du Travail. *Rev. Int. Travail*, 123 (5) 573-597, 1984.
- BRAVERMAN, H.:**
Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Zahar, Rio de Janeiro, 1977 (trad. do ingl. Monthly Labor Review, New York, 1974).
- BRENNER, M. H.:**
Impact of social and industrial changes on psychopathology: a view of stress from the standpoint of macrosocial trends. In LEVI (ed.), 249-260, 1981.
- CAZAMIAN, P.:**
Leçons d'ergonomie industrielle: une approche globale. Cujas, Paris, 1974.
- CHAUVENET, A.:**
Médecines au choix, médecine de classes. PUF, Paris, 1978.
- CHERNS, A.:**
Travail et valeurs: changements dans les sociétés industrielles. *Rev. Int. Sc. Soc.*, 32 (3) 456-472, 1980.
- COOPER, C. L. e MARSHALL, J.:**
Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *J. Occup. Psychol.*, 49, 11-28, 1976 (trad. port. *Análise Psicológica*, 11 (2/3) 150-170, 1982).
- CORIAT, B.:**
L'atelier et le chronomètre. Christian Bourgois, Paris, 1979.
- COSTA, A.; GUERREIRO, M.; FREITAS, F. e FERREIRA, M.:**
Artes de ser e de fazer no quotidiano operário: uma pesquisa sociológica sobre sistemas de trabalho e identidades culturais operárias na fábrica de cerveja de Vialonga. Centro de Estudos de Sociologia/ISCTE, Lisboa, 1984.
- COYE, M. J.:**
Crisis: control in the workplace. A review of three major works in occupational health. *Int. J. Health Serv.*, 9 (1) 169-183, 1979.
- D'IRIBARNE, A.:**
Rapport introductif: technologie et systèmes de travail: l'évolution du travail face au développement des technologies. In CERRE: L'évolution des systèmes de travail dans l'économie moderne, 73-98, CNRS, Paris, 1981.
- DE GIVRY, J.:**
PIACT (International programme for the improvement of working conditions and the environment). In Encyclopaedia of occupational health and safety, 3th (revised), 1, 1700-1702, ILO, Geneva, 1983.
- DE KEYSER, V.; BEAUCHESNE-FLORIVAL, M. N. e NOTTE, D.:**
Analyser les conditions de travail. Entreprise Moderne d'Édition, Paris, 1982.
- DEJOURS, C.:**
Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Centurion, Paris, 1980.
- DEJOURS, C.:**
Psychopathologie du travail. In Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37886 A¹⁰, 2, 1982.
- DURAND, Cl.:**
Les politiques patronales d'enrichissement des tâches. *Sociologie du Travail*, 4, 358-373, 1974.
- DURAND, Cl.:**
Le travail enchaîné: organisation du travail et domination sociale. Seuil, Paris, 1978.
- DURAND, Cl.; PRESTAT, Cl. e WILLENER, A.:**
Travail, salaire, production: le contrôle des cadences. Mouton, Paris, La Haye, 1972.
- EMERY, F. E. e TRIST, E. L.:**
Socio-technical systems. In CHURCHMAN, C. W. e VERHULST, M., (eds.): Management science, models and techniques, 2, 83-97, Pergamon, London, 1960.
- FRIEDMAN, G.:**
Le travail en miettes. Spécialisation et loisirs. Gallimard, Paris, 1956.
- FRIEDMAN, G.:**
O objectivo da sociologia do trabalho. In FRIEDMAN, G. e NAVILLE, P.: Tratado de sociologia do trabalho, 1, 19-45, Cultrix, S. Paulo, 1973 (trad. do fr. Armand Colin, Paris, 1962).
- GARDEL, B. (1981-a):**
Psychosocial aspects of industrial product methods. In LEVI (ed.), 65-75, 1981.
- GARDEL, B. (1981-b):**
Autonomy and participation at work. In LEVI (ed.), 279-289, 1981.
- GARDEL, B.:**
Scandinavian research on stress in working life. *Int. J. Health Serv.*, 12 (1) 31-41, 1982.
- GARFIELD, J.:**
Alienated labor, stress, and coronary disease. *Int. J. Health Serv.*, 10 (4) 551-561, 1980.
- GRAÇA, L.:**
Medicina do trabalho ou saúde ocupacional? O contributo da SIOT para o debate sobre uma confusão (que não é apenas) semântica. II Encontro Nacional de Profissionais em Sociologia Industrial, das Organizações e do Trabalho. Lisboa, 1985.
- GRUNBERG, L.:**
The effects of the social relations of production on productivity and worker's safety: an ignored set of relationship. *Int. J. Health Serv.*, 13 (4) 621-634, 1983.
- GUELAUD, F.; BEAUCHESNE, M.-N.; GAUTRAT, J. e ROUSTANG, G.:**
Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise, 3^{ème} éd. Armand Colin, Paris, 1978.
- HERZBERG, F.:**
Le travail et la nature de l'homme. Entreprise Moderne d'Édition, Paris, 1971 (trad. do ingl. World Publishing Co., Cleveland, 1966).
- HERZBERG, F.:**
One more time: how do you motivate employees?. *Harvard Business Review*, January-February, 53-62, 1968.
- HERZLICH, Cl. e PIERRET, J.:**
Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Payot, Paris, 1984.
- JARDILLIER, P.:**
Les conditions du travail. PUF, Paris, 1979.
- LEPLAT, J. e CUNY, X.:**
Introdução à psicologia do trabalho. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1983 (trad. do fr. PUF, Paris, 1977).

- LEST (1975):
vd. GUELAUD et al. (1978).
- LEVI, L.:
Quality of the working environment: protection and promotion of occupational mental health. In LEVI (ed.), 318-324, 1981.
- LEVI, L.:
Stress. In Encyclopaedia of occupational health and safety, 3th (revised), 2, 2106-2110, ILO, Geneva, 1983.
- LEVI, L. (ed.):
Society, stress and disease: working life. Oxford University Press, Oxford, New York, Toronto, 1981.
- LIU, M.:
Les nouvelles logiques en organisation du travail. *Rev. Fr. Gestion*, 41, 15-19, 1983.
- LUCAS, J. S.:
Inequidade social perante a doença e a morte em Portugal. V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, 1985.
- MARQUES, E. P.:
Higiene e segurança no trabalho. Mimeog., Direcção-Geral de Higiene e Segurança/Ministério do Trabalho, Lisboa, 1980.
- MCCORMICK, E. J. e TIFFIN, J.:
Industrial Psychology, 6th ed. George Allen & Unwin, London, 1975.
- McLEAN, A. A.:
Changing concepts of work. In LEVI (ed.), 49-53, 1981.
- MESSING H. e REVERET, J.-P.:
Are women in female jobs for their health? A study of working conditions and health effects in the fish-processing industry in Quebec. *Int. J. Health Serv.*, 13 (4) 635-648, 1983.
- NAEL, M.:
La prise en compte des conditions de travail dans l'analyse des postes. *Rev. Fr. Gestion*, 12/13, 39-43, 1977.
- NAVARRO, V.:
Work, ideology and science: the case of medicine. *Soc. Sci. & Med.*, 14-C, 191-205, 1980.
- NAVARRO, V.:
The labor process and health: a historical materialist interpretation. *Int. J. Health Serv.*, 12 (1) 5-29, 1982.
- OCDE:
Work in a changing industrial society. OCDE, Paris, 1974 (cit. por THORSRUD, 1975, p. 224).
- OMS:
Identification et prévention des maladies liées à la profession: rapport d'un Comité d'Experts de l'OMS. (*Série de Rapports Techniques*, 714), OMS, Genève, 1985.
- ORTSMAN, O.:
Mudar o trabalho: as experiências, os métodos, as condições de experimentação social. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1984 (trad. do fr. Dunod, Paris, 1978).
- RNUR-RENAULT:
Les profils de postes: méthodes d'analyse des conditions de travail. Masson-Sirtès, Paris, 1976.
- ROLLE, P.:
Introdução à sociologia do trabalho. A Regra do Jogo, Lisboa, 1978 (trad. do fr. Larousse, Paris, 1971).
- SIMARD, M.:
Conditions de travail et santé des travailleurs: le cas du régime rotatif de travail. *Sociologie et sociétés*, 9 (1) 93-103, 1974.
- SPERANDIO, J.-C.:
La psychologie en ergonomie. PUF, Paris, 1980.
- THORSRUD, E.:
La démocratisation du travail et le processus de transformation de l'organisation. *Sociologie du Travail*, 3, 243-265, 1975.
- TOURAINÉ, A.:
Pela Sociologia. D. Quixote, Lisboa, 1982 (trad. do fr. Seuil, Paris, 1974).

- TREPO, G.:
L'amélioration des conditions de travail: un concept dépassé? *Personnel*, 247, 28-33, 1983.
- WEIL, D. R.:
Formes nouvelles d'organisation du travail dans l'industrie automobile européenne. *Sociologie du Travail*, 1, 15-35, 1976.
- WHO:
Health aspects of wellbeing in working places: report on a WHO working group. (*Euro Reports and Studies*, 31), WHO, Copenhagen, 1980.
- WHO:
Education and training in occupational health, safety and ergonomics: eight report of the joint ILO/WHO committee on occupational health. (*Technical Report Series*, 663), WHO, Geneva, 1981.
- WHO:
Evaluation of occupational health and industrial hygiene services: report on a WHO working group. (*Euro Reports and Studies*, 56), WHO, Copenhagen, 1982.
- WISNER, A.:
Textes généraux III (1976-1981): ergonomie, travail mental, anthropotechnologie. Mimeog., CNAM, Paris, 1981.

□ Résumé

CONDITIONS DE TRAVAIL ET MÉDECINE DU TRAVAIL: UNE APPROCHE PSYCHOSOCIALE

On met en évidence le besoin d'une approche globale, pluridisciplinaire, du lien maladie/santé - conditions de vie au travail.

L'évolution des systèmes de production et de travail dans les pays développés, la réduction des maladies professionnelles classiques et, au même temps, la croissante incidence de la maladie mentale et psychosomatique, des troubles du comportement et d'autres maladies ou affections relevant de plusieurs étiologies mais pouvant être liées à la profession, viennent mettre en question la traditionnelle problématique de l'hygiène et de la sécurité au travail.

Si l'objectif ultime de la médecine du travail, c'est d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie professionnelle, alors ça passera pour la prise en compte des facteurs psychosociologiques, et pas seulement de ceux de l'ergonomie classique, qui relèvent de la technologie et de l'organisation du travail, c'est à dire, de l'entreprise comme système socio-technique ouvert, y compris son environnement social.

□ Summary

WORK CONDITIONS AND OCCUPATIONAL HEALTH: A PSYCHOSOCIAL APPROACH

This article emphasizes the need for a global, holistic approach to the relationship between work and health.

Changing patterns of work and organization in industrialized countries, reduction in classic occupational disease, and increase in mental and psychosomatic diseases, behavioural disorders, and other multifactorial work-related diseases, question traditional legislation and the occupational health services' model on identification and control of risk factors at the working place.

More emphasis must be given on the relevance of certain psychosocial factors related to technology, content and work organization, and workers' autonomy and participation, in order to improve the quality of working life, that is, to achieve the ultimate goal of occupational health services.