

A INVISIBILIDADE DO TRABALHO REAL E A OPACIDADE DAS RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO¹

The invisibility of the real work and the opacity of the work-health relationships

LHUILIER, Dominique²

RESUMO

A análise das condições da visibilidade social e da saúde no trabalho levou a contabilizar, em diferentes campos disciplinares, as "máscaras" que perturbam a percepção das relações entre saúde e trabalho. Mas, além de sua revisão, estudaremos aqui como a invisibilidade crescente do trabalho real alimenta a negação das origens e processos árduos no trabalho e dos riscos do trabalho. Às clássicas dificuldades de acesso ao conhecimento da atividade se acrescentam hoje novas condições de construção dessa invisibilidade do trabalho. Nesse contexto, aparecem ao mesmo tempo grande quantidade das preocupações relativas à saúde psíquica no trabalho e de novos profissionais, peritos em saúde-trabalho, encarregados da prevenção e da reparação. A análise proposta interrogará sobre sua contribuição ao desconhecimento do trabalho e das condições de uma reancoragem da relação saúde-trabalho na análise compartilhada das atividades reais e de sua transformação.

Palavras-chave: Saúde; Risco; Clínica do trabalho.

Abstract

The analysis of the conditions of social visibility and occupational health led to the recension, within various academic fields, of the "masks" which spread confusion over the perception of the links between health and work. Beyond their recall, this article explores here the ways by which the growing illegibility of work feeds the denial of the origins and processes of painfulness and work risks. New conditions of construction of an illegibility of work can be added today to the well known difficulties of access to the activity's understanding. It is in such a context that one can identify both an increase in the concerns for psychic health at work and new professionals, experts in the area of occupational health, dealing with prevention and reparation. The analysis we propose questions their contribution to the illegibility of work and the conditions of a re-anchoring of the link health /work in the shared analysis of the real activities and their transformation.

Key words: Health; Risks; Clinical Approach to Work.

¹Texto publicado originalmente em francês: Lhuilier D. (2010) L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail, Sciences Sociales et Santé, Vol. 28, 2, p.31-63. Tradução Lecy Rodrigues Moreira e Revisão Técnica Daisy Cunha e Vanessa Barros.

² Professora-pesquisadora em Psicologia do Trabalho do Conservatoire National des Arts et Métiers – CNAM/Paris. E-mail: dominique.lhuilier@cnam.fr

O aumento das preocupações relativas à saúde no trabalho é perceptível ao avaliarmos as produções política, legislativa, regulamentar, mediática e científica que delas dizem respeito. Entretanto "os efeitos do trabalho sobre a saúde permanecem amplamente desconhecidos" (CRESPIN; HENRY; JOUZEL, 2008).

A análise das condições da visibilidade social da saúde no trabalho levou a que fossem recenseados, em campos disciplinares diversos, os "disfarces" (GOLLAC; VOLKOFF, 2006) que confundem a percepção das relações entre saúde e trabalho. Sabe-se que essas relações são multifatoriais e que resistem a uma atribuição causal unívoca, em interação com a vida fora do trabalho e com os efeitos muitas vezes distanciados no tempo. Além disso, tais disfarces se confundem com os mecanismos de seleção formal ou informal que só aceitam no posto de trabalho aqueles que estão em perfeito estado de saúde.

Relações eufemizadas pelos empregadores e pelos médicos, mas também pelos trabalhadores confrontados à precariedade do emprego, engajados nas estratégias defensivas contra o sofrimento no trabalho ou "convencidos" pelas compensações financeiras associadas ao que é penoso. Relações complicadas ainda pela delegação do Estado e a segmentação instituída entre os serviços de tratamento previstos nos direitos de saúde e nos direitos associados ao trabalho.

Além dessa primeira consideração, privilegiaremos aqui a seguinte problemática: a negação das origens, dos processos de sofrimento e dos riscos do trabalho se desdobram em uma invisibilidade crescente do trabalho real e contribui para agravar o sofrimento psíquico.

A invisibilidade crescente do trabalho emerge em várias fontes que tentaremos recensear e articular num segundo momento, a saber: a dissolução do trabalho nas "condições de trabalho", a ilusão do emprego, o distanciamento irreduzível entre o trabalho prescrito/trabalho real e a clandestinidade da violação das regras formais, a redução do trabalho real ao realizado e a ocultação das atividades impedidas, os obstáculos à expressão linguageira do fazer e à simbolização da experiência e das práticas profissionais.

A esses obstáculos ao conhecimento da atividade se acrescentam hoje, como mostraremos na terceira parte, novas condições que ampliam a invisibilidade do trabalho: a prevalência de uma concepção gestonária do trabalho reenvia aos bastidores as práticas e contribui para um crescimento da não realização das prescrições. Ela se alimenta de um imaginário social que combina individualização, culto da excelência e negação dos limites. Daí, as possibilidades de pensar, dizer, debater sobre as dificuldades encontradas, e sobre as provas pelas quais passam a atividade, se reduzem.

Por outro lado, novas atividades se desenvolvem: atividade de simulação de conformidade esperada entre regras e objetivos, atividades de dissimulação do trabalho real. A produção de um simulacro põe em cena uma reprodução fraudulenta do trabalho que contribui maciçamente para o desconhecimento dos processos de degradação da saúde no trabalho.

Nessa cena aparecem novos profissionais, *experts* em saúde-trabalho, em trabalho de reparação ou prevenção, que será objeto da quarta parte. A análise de seus referenciais e de suas práticas levará a fazer-se a distinção entre os peritos em cuidados e os peritos em mensurar o que é penoso no trabalho. Essa análise interrogará, também, a contribuição de tais profissionais a essa retirada de cena do trabalho e as condições de uma reancoragem da relação saúde-trabalho pela análise partilhada das atividades reais e das condições de sua transformação. Proporemos, em conclusão, uma abordagem clínica visando reduzir esta opacidade e romper com essa invisibilidade.

1. A OPACIDADE DAS RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO

A análise da literatura, em diferentes perspectivas disciplinares, permite recensear os obstáculos que perturbam a percepção das relações entre saúde e trabalho. Essas relações mostram-se cada vez mais complexas e multifatoriais em decorrência das evoluções do trabalho.

1.1. Quanto à epidemiologia e à medicina do trabalho

O esquema determinista causa-efeito foi por muito tempo dominante na patologia profissional somática como resultante dos aspectos nocivos físico-químico-biológicos do local de trabalho. A identificação dos aspectos nocivos em questão tornou-se progressivamente complicada, principalmente quando se trata de mensurar a exposição de conformidade com novos produtos ou de considerar associações e potencializações de riscos (trabalho submetido ao ritmo + tóxico químico, trabalho monótono + constrangimento postural, tóxico físico + tóxico químico).

Além disso, os efeitos podem mostrar-se de maneira diferenciada no tempo, às vezes até mesmo após a vida profissional. A abordagem sincrônica que privilegia os dados de um local de trabalho não é mais suficiente: as trajetórias profissionais devem ser reconstruídas para identificar os fatores de risco *a posteriori*. Os estudos longitudinais exploram as acumulações de riscos no tempo. Mas este tempo de latência entre a exposição e as manifestações clínicas, principalmente em matéria de cânceres profissionais, exigem o controle permanente dos trabalhadores expostos e a manutenção de uma vigilância médica, o que é seguramente complicado pelo desenvolvimento da precariedade e da mobilidade profissionais. A etiologia é ainda objeto de incerteza e até mesmo de controvérsias, desde que sejam reconhecidas as interações com a vida fora do trabalho. Vê-se que a investigação é complexa e isso ocorre pela quantidade de distúrbios dos quais devemos descrever a gênese (THÉBAUD-MONY, 2006). Investigação epidemiológica e a pesquisa sobre as implicações do trabalho nas perturbações da saúde tornam-se também mais difíceis hoje por causa das consequências da intensificação das exigências produtivas e a diversificação das condições de emprego e do tempo de trabalho (ASKENASY *et al.*, 2006). A individualização das questões de saúde é um dos efeitos das evoluções do trabalho. As repercussões da intensificação são marcadas por uma grande variabilidade entre os indivíduos: ela compromete os modos operatórios construídos em vista da preservação da saúde e mobiliza mais fortemente os recursos físicos, mentais e psíquicos, pondo cada um em situações de

vulnerabilidade (VOLKOFF, 2008). O que também tem importância para evidenciar o caráter patogênico de certas situações de trabalho: o recurso à explicação causal pelas vulnerabilidades individuais é favorecido por essa "dispersão" dos problemas de saúde no trabalho. O esclarecimento do processo etiológico necessita que seja considerada a densidade das singularidades individuais, das estratégias de autopreservação, das diferentes esferas de atividades, das histórias de vida. Ainda convém encontrar os meios de opor os vieses devido ao efeito seletivo e normativo do trabalho. As exigências produtivas, a seleção na contratação, o rigor do controle e do enquadramento eliminam os sujeitos cujo estado de saúde se manifestam por uma queda, uma redução das performances profissionais. Os mecanismos de seleção formal ou informal só conservam em seus postos de trabalho os trabalhadores que não apresentam perturbações na saúde (MOLINIER, 2005). De modo geral, "o doente" no trabalho apresenta-se como uma anomalia (DODIER, 1986) e mais ainda em contextos que requerem performances e eficiência aumentadas. A alteração da saúde comporta sempre um risco de exclusão do mundo do trabalho, temporário ou permanente. Como se saúde e trabalho fossem concebidos como duas esferas exclusivas uma da outra; o que é assinalado, aliás, pela assimilação na linguagem corrente das expressões "licença de trabalho", "licença-doença". Cada situação de trabalho funciona como um sistema de expectativas que apresenta exigências, constrangimentos. E estas operam uma seleção entre problemas de saúde integrais e outros, entre riscos aceitáveis e o outro, entre o que pode ser coletivizado e o que deve permanecer ou manter-se disfarçado, relegado à esfera privada.

Essas diferentes evoluções contribuem para tornar complexas as investigações epidemiológicas e a pesquisa em medicina do trabalho.

1.2. Quanto às ciências sociais

As ciências sociais mostram que a identificação das relações entre saúde e trabalho é objeto de disputas importantes na dinâmica complexa das relações sociais. No coração dessas relações, encontra-se seguramente a questão da responsabilidade que orienta as decisões e as ações tanto em matéria de reparação quanto de prevenção. As pesquisas sobre os mecanismos de reconhecimento dos acidentes do trabalho (DODIER, 1995; MUNÓZ, 2002) e das doenças de natureza profissional (THEBAUD-MONY, 1991) mostram as várias estratégias utilizadas a partir da emergência de um problema de saúde, estratégias individuais, coletivas, que variam conforme as condições de emergência do problema. A imputação causal está sempre no centro dessas estratégias.

A saúde não pode ser reduzida à sua concepção medicalizada entendida por um *expert* da qual o *expert* seria o melhor, senão o único perito. Assim, os trabalhos sobre a inaptidão para o trabalho (MUSKHELISHVILI-OMNÉS; BRUNO, 2004) mostram que ela é, na verdade, uma construção social. Se para a medicina é a incapacidade física e/ou psíquica que faz o inapto, as ciências sociais esclarecem os processos que levam à inaptidão, no cruzamento das duas dimensões que interagem permanentemente: características individuais e características do meio de trabalho, da organização ao posto de trabalho, passando pelos coletivos laborais. Sem

considerar os efeitos retroativos sobre os sujeitos classificados nessa categorização social, obrigados, de certa forma, a se conformarem a esses supostos fracassos.

A eufemização das relações entre trabalho e saúde guarda ainda relação com interesses econômicos, sociais e psíquicos de seu reconhecimento. Podem-se distinguir aqui diferentes tipos de atores.

A reticência dos responsáveis patronais é globalmente uma característica constante na história do surgimento dos riscos profissionais, da silicose ao câncer de amianto, como na história dos mecanismos de reconhecimento e de reparação dos acidentes e das doenças do trabalho (BUZZI; DEVINCK; ROSENAL, 2006). A responsabilização jurídica do empregador, como o cálculo do custo de seguro de acidentes do trabalho e doenças profissionais, e indenizações em caso de alteração grave da saúde orientam as estratégias de tratamento, mas também da desobrigação da problemática saúde-trabalho. Assim, a subcontratação das atividades perigosas ou o recurso ao trabalho temporário podem ser um meio de escapar ao pagamento da cotização ATMP³. Trata-se, aí, de formas de "deslocamento" que contribuem para "obscurecer" as relações saúde-trabalho e tornam mais complexo o acesso aos dados, como o desenvolvimento da prevenção (THÉBAUD-MONY, 2007).

Mas os próprios trabalhadores podem certamente, por outras razões, contribuir eles mesmos para essa eufemização dos efeitos deletérios do trabalho sobre a saúde. Assim, alguns riscos podem ser desconhecidos porque não são perceptíveis: sua avaliação depende de medidas de exposição equipadas e realizadas por "*expert*". Na verdade, o risco é, por definição, potencial e abstrato: sua representação passa pela identificação de uma fonte ou de uma situação "perigosa". Esse processo de objetivação (MOSCOVICI, 1969) constitui uma construção seletiva de um duplo ponto de vista: ao mesmo tempo porque ele é tributário de informações acessíveis de modo desigual segundo a inscrição social, na divisão do trabalho e também porque ele se realiza por meio de uma focalização, uma acentuação de alguns riscos em função dos interesses e implicações dos sujeitos. Assim, as representações das relações saúde-trabalho dependem das possibilidades que os empregados têm para identificá-las, mas também de uma construção social que define as fronteiras movediças do visível e do invisível, do conhecido-reconhecido e do desconhecido (DUCLOS, 1984).

Uma atenção particular deve ser dada aos ativos precários. Com efeito, em grande número de situações de trabalho, a precariedade do emprego conduz a privilegiar a manutenção da atividade, mesmo em detrimento da saúde (HÉLARDOT, 2009). Da mesma forma, a consideração das condições de emprego deve ser combinada com aquela das condições de trabalho para melhor extrair os riscos, suas arbitragens e conjugação. O estatuto do emprego reenvia a recursos ou obstáculos, à preservação e ao desenvolvimento da saúde no trabalho. É preciso, aqui, distinguir as

³ Cotização social paga pelas empresas à seguridade social, num fundo especial denominado Accident du Travail et Maladie Professionnel – ATMP para reembolsar os gastos inerentes aos acidentes de trabalho e doenças profissionais da empresa.

diferentes formas de precariedade: trabalho temporário, CDD,⁴ trabalhador autônomo. O intermitente⁵ do espetáculo é um exemplo desse tipo de trabalhador, ele também é confrontado com a hiperflexibilidade do emprego. E diversos trabalhos contribuem para sublinhar a força dos mecanismos que concorrem para uma invisibilidade social das questões de saúde no exercício destas profissões artísticas. Nesses meios de trabalho, "os problemas de saúde", *ainda mais* quando são graves, não são evocados, como a saúde no trabalho não é problematizada de maneira coletiva. Essas dificuldades eventuais dizem respeito à esfera íntima e a uma gestão solitária das arbitragens entre saúde e atividade. Trata-se, em todo caso, de não despertar suspeita para evitar o risco de afastamento (LHUILIER *et al.*, 2009; SORIGNET, 2006:).

Enfim, os conhecimentos sobre a etiologia dos problemas de saúde são ainda profundamente marcados pelos dispositivos institucionais e pela segmentação instituída dos serviços de tratamento desses dois objetos: saúde e trabalho.

À separação entre dois ministérios, o do trabalho e o da saúde, se complementam os declínios dos campos de competência e ação respectivamente nos diferentes níveis territoriais e profissionais. O exemplo da falta de continuidade ou interface acho que fica melhor e da diversidade das concepções das funções dos médicos do trabalho e dos médicos práticos em matéria de prevenção e apropriação da carga dos problemas de saúde relacionados ao trabalho contribui para esclarecer o impacto destas segmentações sobre a construção do desconhecimento. Então, mesmo que os médicos práticos sejam os primeiros interlocutores em matéria de declaração dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, eles dispõem, em geral, de pouca formação em saúde do trabalho em seu curso, não realizam senão raramente anamneses profissionais que poderiam esclarecer a investigação etiológica, têm tendência a depreciar essa investigação sobre "as condutas de risco" relacionadas ao "modo de vida" (ex: tabagismo) como que a pensar a saúde no trabalho através do prisma redutor das patologias privilegiadas no espaço público (amianto, TMS,⁶ estresse e assédio) (SALIBA *et al.*, 2007). Entretanto, a separação das práticas e as poucas relações cooperativas entre médicos práticos e médicos do trabalho (LAURENT *et al.*, 1999) não os livraria da confrontação a um mesmo dilema frente a frente com o paciente: rotular o trabalhador como inapto, mesmo que isso gere risco (LHUILIER, 2002) de marginalização, demissão ou falta de intervenção, sinônimo de um não reconhecimento dos direitos do paciente e da persistência da exposição aos riscos identificados.

⁴ Nota do tradutor: CDD – Contrato de duração determinada.

⁵ Nota do tradutor: A expressão utilizada na tradução é a francesa para designar trabalhadores com estatuto de emprego/desemprego especial para enquadrar pessoa cuja atividade se alterna em períodos trabalhados e não trabalhados durante um período.

⁶ Troubles musculosquelettiques – TMS corresponde à Lesão por Esforço Repetitivo – Doença Osteomuscular relacionada ao Trabalho LER-DORT.

1.3. Quanto à psicologia

A psicologia do trabalho também destaca a segmentação social das representações dos riscos profissionais: cada um tende a privilegiar os perigos do seu posto de trabalho e aqueles sobre os quais ele pensa ter controle, a fim de restabelecer uma ação ativa-preventiva em oposição ao sentimento de uma exposição passiva aos riscos. Os conflitos entre percepção dos riscos e exigência de busca do trabalho esclarecem ao mesmo tempo o saber-fazer de prudência (CRU, 1987) e os mecanismos de defesa contra o medo no trabalho (CRU; DEJOURS, 1985). Mecanismos, coletivamente construídos e mantidos, que podem ser traduzidos por condutas de desafio do risco, de desprezo em relação às prescrições preventivas, de promoção de valores viris como a força, a bravura, a coragem... (DEJOURS, 2000).

A psicologia se interessa particularmente pela emergência de novas formas de psicopatologias do trabalho e por suas relações com as mutações no mundo do trabalho (DEJOURS, 2000; DEJOURS; BÈGUE, 2009; LHUILIER, 2008; LHUILIER, 2009; LHUILIER; LITIM, 2009; SANTIAGO-DELEFOSSE, 2004).

Ela mostra também que a tomada de consciência mais aguda dos efeitos do trabalho sobre a saúde psíquica não depende apenas de uma soma de experiências singulares. A capacidade de reflexividade não opera por um olhar diretamente introspectivo, mas passa pela mediação de uma linguagem sobre a interioridade. Essa linguagem informa, no duplo sentido da palavra: ela dá forma e fornece informação que o sujeito adquire com sua experiência subjetiva. A interpretação dessa experiência não é uma produção estritamente pessoal, ela supõe a formulação de significações comuns às quais cada um pode se referir para dar sentido ao que sente. A realidade psíquica é assim posta em forma numa construção coletiva que lhe fornece um quadro social de sentido e de reconhecimento. E, aqui, a oferta de sentido ou linguagem para significar e dizer o mal-estar no trabalho emerge essencialmente em duas fontes: o "estresse" ou o sofrimento no trabalho e o assédio (HIRIGOYEN, 1998), vetores privilegiados de expressão da demanda social em matéria de saúde psíquica no trabalho (LHUILIER, 2006a, 2006b).

A saúde "subjetiva", tal como ela é apreendida pelo sujeito mesmo, está então na encruzilhada de uma experiência singular à prova de uma atividade e de uma orientação coletivamente significativa, socialmente construída. Ela não pode ser assimilada à saúde "objetivada", avaliada pelo diagnóstico médico.

Esse retorno, sucinto e necessariamente incompleto, às principais disciplinas que tratam da relação saúde e trabalho, relacionam processos que possuem os traços da imbricação flutuante e coconstruída sem interrupção entre os "níveis" implicados: aquele do sujeito e de seu engajamento em diferentes esferas da atividade (CURIE; HAJJAR, 1987) como de sua história de vida; aquela do coletivo de trabalho e do gênero profissional (CLOT, 2008a, 2008b) como das estratégias coletivas de defesa (DEJOURS, 2008); aquela da organização, das disposições e discursos das diferentes categorias de atores em matéria de saúde e segurança, enfim, aquela das instituições

encarregadas da definição, regulamentação, do tratamento das questões de saúde-trabalho (VOGEL, 2009).

A esse conjunto de fatores e processos concorrendo para o desconhecimento dos riscos profissionais e a opacidade das relações entre a saúde e o trabalho, tais como analisados por esses trabalhos nas diferentes disciplinas, é preciso acrescentar a exploração das concepções e abordagens do trabalho. Ou, para dizer de outro modo, no fundamento da negação ou dos "disfarces" relativos às origens e aos processos da penosidade e dos riscos no trabalho, se desdobram também outros obstáculos relativos ao conhecimento do trabalho real.

2. OS OBSTÁCULOS AO CONHECIMENTO DO TRABALHO

A exploração e a identificação das relações entre trabalho e saúde pressupõem passar por uma análise do trabalho e do que nele está em jogo. Ainda é preciso esclarecer o que se entende por trabalho.

2.1. O trabalho mascarado pelo emprego

Frequentemente, a investigação do trabalho é substituída pela prioridade dada ao emprego, como se o conteúdo pudesse ser dissolvido no recipiente que o contém. Se podemos compreender a obsessão pela questão do emprego em contextos de crescimento da precariedade sob todas as formas, devemos também reconhecer os impasses e as derivas que produz. Essa obsessão leva não somente à eufemização dos riscos profissionais, mas também a confusões no mínimo problemáticas, notadamente, em matéria de pesquisa. A externalização dos riscos usa formas de emprego (subcontratação, trabalho temporário) para mascarar os riscos associados a certas atividades, o medo de perder o emprego faz com que os problemas de saúde sejam silenciados, o risco de rejeição e de demissão freia a ação dos sindicatos, bem como a dos médicos... Mas a persistente associação entre emprego e saúde paralisa também a produção científica, e isto em diferentes disciplinas. Os trabalhos sobre os doentes ativos nos dão um exemplo disso: eles têm a tendência de focalizar as condições de entrada e de permanência no mercado de trabalho (CÉLÉRIER, 2008). Longe de uma análise da atividade de trabalho e das margens de regulação entre as exigências da tarefa e exigências de preservação de si, numerosos trabalhos estão fechados num pressuposto ao menos discutível: o retorno ou a manutenção no emprego dos doentes (e, pode-se acrescentar dos "idosos") são desejáveis para eles, como para "a sociedade". Os efeitos benéficos associados ao emprego estão compreendidos em diferentes níveis: a renda, a autoestima, a inserção social. A questão do emprego ocupa a cena, escondendo as condições da atividade profissional. Essas últimas se encontram reduzidas à relação com o emprego, com a retomada testemunhando um retorno à normalidade.

2.2. O trabalho dissolvido nas "condições de trabalho"

O deslocamento da atenção dirigida para as "condições de trabalho" não permite, entretanto, necessariamente, ocupar-se da atividade em suas relações com a saúde.

A psicologia do trabalho entende por condições de trabalho "o conjunto dos fatores que determinam a conduta do trabalhador" (LEPLAT; CUNY, 1977). Mas, frequentemente e em outras áreas da psicologia é de fato o ponto de vista estrutural que é privilegiado. O trabalho é entendido então como um contexto, um cenário. São assim, muitas vezes, ignoradas as relações subjetivas à situação de trabalho e à atividade, retendo-se apenas os constrangimentos contextuais, aí incluídas as prescrições (CURIE, 2005).

O enigma que constitui o crescimento do absenteísmo ao trabalho e os sinais de alerta dos médicos do trabalho em contextos "de melhoria das condições de trabalho" ilustram esses "mal-entendidos". Assim, quando a direção de um estabelecimento hospitalar investe num vasto programa "de humanização", recobrando de uma só vez a melhoria das condições de vida dos pacientes e uma revalorização do trabalho dos profissionais da saúde ela pode, paradoxalmente, ampliar os constrangimentos psíquicos do trabalho. A implantação de uma importante renovação das instalações e dos equipamentos, a definição de um plano de formação para os profissionais tendo em vista melhorar a qualidade dos tratamentos, os discursos institucionais de "promoção da qualidade de acolhimento", de um tratamento respeitoso da "singularidade das pessoas" são as principais traduções dessa "humanização" que atacam os sistemas defensivos dos profissionais da saúde e aumentam a natureza árdua do trabalho. Se as "condições de trabalho" conhecem uma melhoria sensível por causa das renovações realizadas, as representações do "objeto" do trabalho e sua função defensiva (reificação do paciente manipulado como um objeto) são fragilizadas pela injunção da "humanização". Essa melhoria não considera as características das atividades dos profissionais da saúde confrontados com a degradação somato-psíquica dos pacientes em longa permanência, com a intensificação do trabalho, pelo crescimento da dependência dos idosos e pela redução do número de pessoal efetivo (LHUILIER, 1998).

2.3. O trabalho reduzido à tarefa

A atividade não é o seu entorno, mas ela não é também a tarefa. Dito de outro modo, aceder à complexidade das relações saúde-trabalho supõe pôr em evidência o trabalho real e não se deter no trabalho prescrito. Certamente, não há trabalho fora do quadro normativo: toda atividade supõe a referência às regras que visam garantir o fim visado e os meios de aí chegar. É preciso, entretanto, distinguir, após essa mesma designação genérica, o regulamento, o procedimento, a consigna, a nota de serviço, a diretiva... A complexidade do quadro normativo da atividade tem não somente dificuldades em definir esse "objeto" (A que elas visam? À regularidade, à regulação, à produtividade, à segurança? Estão elas a serviço dos conceptores da regra ou daqueles que estão destinados a executá-las?), mas também a variedade das relações com a regra, tanto em nível das organizações quanto dos coletivos ou dos indivíduos. Entre a concepção da regra como imperativa (legalismo) e a da regra como simples constrangimento a contornar, ignorar e às vezes desafiar, toda uma gama de posições com respeito a esta pode ser vislumbrada. Também, se as medidas preventivas se mantêm no quadro normativo para pensar a relação trabalho-saúde, elas arriscam sobremaneira a limitar a análise ao que está em cena, ao que se diz, não ao que é feito, mas ao que deve ser feito. Ora, não há

trabalho que se resume à aplicação da regra: nenhuma atividade se conforma jamais em respeito absoluto às regras. Elas são necessariamente hierarquizadas (mais ou menos obrigatórias, mais ou menos pertinentes com respeito à situação e aos fins propostos), interpretadas, ajustadas ou mesmo ignoradas ou desafiadas. O afastamento da regra é uma observação recorrente e pode-se mesmo considerar que "a regra, no sentido da regularidade observada, é a transgressão das regras" (GIRIN; GROSJEAN, 1996). O deslocamento irreduzível entre prescrições e realidade do trabalho, reconhecido pelo conjunto das ciências do trabalho, pode ser explorado ao nível das três dimensões implicadas na atividade:

Aquela do real, que se desnuda às previsões e às suas representações simbólicas. A ação não está somente sempre "situada" e a esse título (a tarefa como prescrição define uma generalidade), ela é também confrontação dos limites dos recursos disponíveis, incluindo as regras. O real resiste a toda fusão com a realidade procedimental.

Aquela das relações sociais entendidas aqui não somente como divisão do trabalho em torno das regras (aqueles que definem as regras, aqueles que cuidam de sua aplicação, aqueles que reprimem o desrespeito, as infrações, aqueles a quem cabe aplicá-las, etc.), mas também como espaço social de interpretação, validação, seleção, regulação das regras.

Aquela do sujeito que se constrói e se faz reconhecer no distanciamento do papel e da tarefa determinada, no distanciamento da estandardização, na modelização das práticas, quer seja ela prescrita pelo enquadramento, pela comunidade profissional ou pela equipe de trabalho.

Assim, se a transgressão às regras é a regra, é preciso questionar as análises dos prescritores e dos engenheiros dos métodos que reduzem a relação saúde-trabalho ao controle da conformidade às prescrições e que pensam o risco como transgressão (DEJOURS, 1995). Ou da abordagem da prevenção como definição e promoção de guias de "melhores práticas". Certamente, as prescrições podem ser melhoradas, e isso em uma perspectiva de preservação e desenvolvimento da saúde no trabalho, mas sem desconhecer que, se elas são um recurso para a atividade, esta não virá jamais se dissolver naquelas. Na divisão do trabalho, aqueles que devem organizá-lo podem querer crer, e fazer crer, que a organização da realidade e a intervenção humana são adquiridas, que a performance é assegurada nas condições requeridas, especialmente aquelas que preservam a saúde. Os prescritores, reforçando o seu papel profissional, asseguram a qualidade das regras, enquadrando a atividade e tendem a deixar na sombra a face oculta do trabalho, aquela que não coincide com o trabalho prescrito. Como num eco, os operadores mascaram o trabalho real, sinônimo de transgressões. A divisão do trabalho é também uma divisão dos riscos: riscos da imputação de responsabilidade na atribuição causal dos disfuncionamentos, incidentes, acidentes, doenças... E prescritores como operadores tendem a manter a invisibilidade do trabalho.

2.4. O trabalho realizado não é o trabalho real

A análise do trabalho e de suas relações com a alteração de saúde pode conduzir à sua face visível, objetivável: a do trabalho realizado. E, contudo, aí ainda, o trabalho real não é redutível a "aquilo que se faz".

O real da atividade é também o que não se faz, o que não pode fazer, o que se procura fazer sem conseguir. Os fracassos, o que se teria querido ou se podido fazer, o que não se faz mais, o que está para se fazer ou, ainda, o que se faz sem querer fazê-lo, sem contar o que está para ser refeito. A atividade possui então um volume que ultrapassa a atividade realizada (CLOT, 2001).

A atividade impedida, "contrariada", "paralisada", "suspensa" deve ser admitida, quando se quer que as relações entre saúde e trabalho sejam esclarecidas. É bem essa atividade impedida que permite compreender a intensa fadiga associada à falta de atividade realizada como nas situações de ostracismo (LHUILIER, 2002a, 2002b) ou de encarceramento (LHUILIER *et al.*, 2009). É ela ainda que permite esclarecer a etiologia das perturbações músculo-esqueléticas. A calibragem e a intensificação do gesto que acompanham a organização taylorista do trabalho tendem a reduzir a energia despendida e otimizar a produtividade. Fazendo isso, elas contribuem para um aumento da carga física e psíquica de trabalho, forçando o operador à inibição de toda iniciativa e movimento espontâneo. A imposição dessa formatação condena o operador não somente à realização de gestos repetitivos, mas também a uma contenção que é uma tensão contínua. Os TMS se originam tanto na repetição de gestos formatados quanto na inibição exigida pela calibragem dos modos operatórios e de seu ritmo (CLOT; FERNANDEZ, 2005).

2.5. Como chegar ao real das atividades?

Reconhecer a distinção entre o trabalho real e o real do trabalho abre então outra questão importante para a análise do trabalho: Como chegar ao real da atividade sem a contribuição dos trabalhadores e a verbalização do que eles fazem (incluído aí para se impedir de fazer)? A observação do realizado revela-se insuficiente: pois uma parte essencial do trabalho fica invisível. Mas falar sobre o próprio trabalho não é evidente e todas as *ciências do trabalho* fazem as mesmas análises: as dificuldades de acesso às práticas através do discurso, a complexidade da passagem entre dois registros distintos, o do fazer e o do dizer. Essa passagem supõe que o sujeito se engaje num esforço de análise e de elaboração de sua experiência vivida. O que exige dele pensar no quanto ela é o exercício de autonomia, de desprendimento e abandono dos modos operatórios segundo prescrições e normas, usos e costumes das práticas cotidianas, regras de ofício sedimentadas ao longo da história profissional. É necessário ainda que ele vença seu próprio desconhecimento do real de seu trabalho

Mesmo quando o trabalho prescrito é colocado em relação com o "linguístico" (BOUTET, 1987) as dificuldades para falar do trabalho podem cair no vazio do universo discursivo correspondente a saberes-fazeres incorporados pela experiência prática, sempre ajustados à singularidade das situações e, portanto, sempre em desenvolvimento, e aos riscos assumidos para revelar o que se desenrola na clandestinidade porque infringe as regras... A atividade se enraiza tanto no corpo quanto no pensamento e a heterogeneidade entre a atividade e a linguagem que tenta dar conta dela é um dos pilares na verbalização da experiência. Sem contar que dizer o fazer, elaborar a propósito de suas práticas pode levar a descobertas desestabilizadoras: manter-se na enumeração formal das tarefas pode responder a exigências defensivas.

A essas dificuldades encontradas na expressão linguística do fazer e à simbolização das atividades profissionais se acrescentam ainda - para explorar os diferentes processos em curso que concorrem para a invisibilidade e também para a ocultação do trabalho - as incidências da divisão moral e psicológica do trabalho.

Se já nos referimos à parte da organização do trabalho como divisão de tarefas e dos homens ou divisão técnica e social na construção da invisibilidade do trabalho real, é preciso ainda sublinharmos que a divisão do trabalho é também uma questão de respeitabilidade e de imagem de si. Todo o trabalho implica julgamentos em termos de prestígio e de valores. E todo discurso sobre o trabalho efetuado comporta uma retórica da valorização de si e da distinção com as atividades e os ofícios próximos. Essa valorização e distinção passa também pela ocultação, evitação, delegação do "trabalho sujo". A noção de "dirty work" tomada por empréstimo a E. C. Hughes (1996) remete a tarefas "fisicamente repugnantes ou que simbolizam alguma coisa degradante ou humilhante". Mas também mais amplamente a "aquilo que vai ao encontro de nossas concepções morais, as mais heróicas". Se alguns ofícios comportam mais "trabalho sujo" do que outros (serviços de pouco prestígio, até considerados como indignos), todos os serviços comportam uma parte de "trabalho sujo", isto é, tarefas desvalorizadas ou desagradáveis. São essas que serão objeto de processos de delegação, mas também de invisibilização. Contudo, são também essas atividades, porque são invisíveis, que apresentam os riscos mais numerosos. Pensa-se, por exemplo, em todos aqueles que têm como objeto de trabalho o que é o lixo ou o sujo. Os profissionais do lixo, da coleta, do armazenamento, de incineração (LHUILIER; COCHIN, 1999), os encarregados dos esgotos (JEANJEAN, 2006), como também os operários da limpeza se apresentam em condições que tornam invisíveis suas atividades. Estas não são reconhecidas senão em tempo de greve, quando a poeira se acumula e os esgotos transbordam. O trabalho não é visto senão quando não é realizado.

A divisão moral do trabalho no hospital oferece outro exemplo da construção psicossocial e da invisibilidade do trabalho. Ela é determinada em torno de uma repartição que separa as atividades no serviço da vida (atividades terapêuticas, os médicos e enfermeiros) e as atividades no serviço de preparação dos defuntos (ajudante geral). Arborio (2001), em sua pesquisa sobre o trabalho com os ajudantes gerais no hospital, "um funcionário invisível", sublinha também as distâncias entre os dados do discurso que enfatizam as dimensões relacionais de suas atividades e os dados de observação do trabalho realizado. Embora os gestos que os ajudantes executam diretamente sobre os corpos caracterizem seu trabalho, os ajudantes põem em relevo a relação verbal, que permite que os gestos sejam realizados. No conjunto, os ajudantes permanecem silenciosos sobre a realidade das relações físicas com os doentes, sobre a realidade deste "trabalho sujo" por ocasião das tarefas que os põem em contato com o peso dos corpos e dos restos corporais.

O trabalho que denominamos "negativo psicossocial" (LHUILIER, 2002a e 2002b) recobre as atividades realizadas no avesso da decoração, na sombra do social, que devem contribuir essencialmente para a preservação dos pactos denegativos (KAËS *et al.*, 1996), para a neutralização do que é o

objeto de negação e, por isso, colocado à margem ou no esquecimento. Após o avanço da positividade das funções asseguradas, da dominação dos processos, da eficácia produtiva, da qualidade do serviço e do valor acertado com os usuários-clientes... Desenvolvem-se bastidores onde são tratados os "resíduos" dessa figura encantada do mundo e da organização. Dito de outro modo, o real, constituído pelo negativo assim relegado. O negativo opõe uma lógica do contraditório e da incerteza à lógica da ordem e da repetição. A segurança encontrada numa representação do mundo ordenado e previsível é um poderoso motivo para a manutenção dessa busca infinita de organização e de dominação do real. A prescrição normativa visa fazer recuar o território do real, mas o real se desvela sempre à sua captura na ordem simbólica.

Na divisão do trabalho, aqueles que são encarregados de organizá-lo podem querer crer e fazer crer que o controle está adquirido, que a performance está assegurada nas condições requeridas. É então deixada na sombra a face escondida do trabalho, aquela que não coincide com o trabalho prescrito, com a versão policiada e mesmo encantada da função assegurada. Então, o risco é aumentado: risco de mostrar essa face escondida do trabalho por ocasião de um acidente que virá revelar a transgressão (consubstancial à atividade em seu distanciamento da tarefa), risco da imputação de responsabilidade na atribuição causal das perturbações regulamentares, disfuncionamento, incidentes, acidentes... Risco da culpabilidade associada à função implicitamente confiada: a da gestão das contradições que toda atividade comporta, mas que a tarefa nega.

Os diferentes obstáculos ao conhecimento do trabalho real, lembrados aqui, são "clássicos" no sentido de que eles são o objeto das investigações das ciências do trabalho, da ergonomia principalmente, mas, também, da psicologia e da sociologia do trabalho. Cada uma dessas disciplinas desenvolve métodos que visam ultrapassá-las para atingir, o quanto se puder fazer, a análise do trabalho real. Mas essa análise depara hoje com novos obstáculos que se mantêm nas evoluções contemporâneas do mundo do trabalho.

3. AMPLIAÇÃO CONTEMPORÂNEA DA INVISIBILIDADE DO TRABALHO

Se o acesso ao trabalho real nunca é evidente, mesmo para seu próprio agente (já que há sempre um não saber sobre a própria atividade, decorrente dos diferentes filtros e freios no surgimento e na elaboração da mesma), queremos sublinhar aqui as novas condições que constroem uma radicalização da invisibilidade do trabalho e que contribuem para o aumento das diferentes formas de mal-estar no trabalho.

3.1. A dominação da gestão e do desconhecimento do trabalho real

A prevalência da concepção de gestão do trabalho remete para os bastidores as atividades cotidianas e contribui para um aumento do estranhamento das prescrições. Ela fomenta um imaginário social que combina individualização, culto da excelência e denegação dos limites. O modelo taylorista a serviço do controle dos comportamentos pela imposição de procedimentos de trabalho estandardizados se alimenta da utopia prescritiva que põe em cena uma versão da realidade conforme o decido pela ordem ou pela consigna. Ele é

substituído hoje pela ideologia da excelência que solicita identificações heroicas a serviço da superação de si, do enfrentamento aos desafios e aos empreendimentos supostamente a serviço dos interesses combinados do desenvolvimento pessoal e da vitalidade econômica da empresa em mercados turbulentos (DE GAULEJAC, 2005). O imaginário está no centro da formação das ideologias que tendem a encobrir a realidade e a suscitar a mobilização, a passagem para a ação. A inflação imaginária é tanto mais poderosa quanto o tecido social relaxa suas tramas simbólicas, quanto mais a ocultação do real é crescente.⁷

O mundo do trabalho testemunha maciçamente um processo de redução simbólica e uma abordagem de gestão do trabalho cada vez mais desconectada das realidades, inteiramente a serviço de uma ocultação do real, do que resiste ao saber-fazer, à técnica, à dominação. A distância nas situações concretas e na atividade aumenta como efeito combinado de numerosos processos que concorrem todos para um desconhecimento do trabalho.

O desconhecimento não é ausência ou falta de conhecimento que uma informação bem compreendida bastaria para preencher. Ele representa sobretudo uma intenção ativa de ignorar, uma recusa de conhecer. A denegação é uma das figuras do desconhecimento, ela é a recusa de uma percepção que não se enquadra na "teoria" que o sujeito tem da realidade. Ela supõe um saber, uma concepção do mundo que preexiste ao encontro com um elemento que revoga essa "teoria" já pronta. Assim, não somente o desconhecimento não designa a incompletude do saber, mas ele

poderia também "impedir" um conhecimento "justo" de se incluir nos sistemas de conhecimentos preexistentes, tanto quanto favorecer a ancoragem de um conhecimento errôneo, na medida em que este não está em dissonância cognitiva com o sistema de conhecimento, fosse ele individual ou coletivo (GIAMI; CÉLÉRIER, 1997, p.6).

Eis aqui a questão da função defensiva das representações do trabalho, como das representações da relação saúde e trabalho que deixam na sombra a parte da realidade suscetível de provocar ansiedade, culpabilidade, vergonha e outros sentimentos desagradáveis, ou seja, dito de outro modo, aquela que poderia danificar a ilusão de um controle da atividade.

A denegação do trabalho como enfrentamento ao real ganha hoje novos vias: grandes terrenos de análise de atividade são lançados para recensar as práticas, compô-las em repertórios por função, a fim de produzir "referenciais de ofício". Assim, a dicotomia substancial entre o real e o prescrito sucede a dicotomia substancial entre o escrito e o fazer. Os efeitos da imposição, de afastamento subsistem. A realidade permanece dupla e será então dobrada: "a ordem do real concreto resiste a toda fusão integral com a ordem do real procedimental" (DASSA; MAILLARD, 1996). As certificações e controles de "qualidade", como a exigência de rastreabilidade que os acompanha, com, ao fundo, o aspecto da judicialização, associada à responsabilização e à desregulamentação dos mercados, contribuem, às vezes, para a construção

⁷ No original : L'inflation imaginaire est d'autant plus puissante que le tissu social relâche ses trames symboliques et que l'occultation du réel est croissante.

de uma imagem ideal dos processos e dos produtos e para um aumento da carga de trabalho.

3.2. Produção de um simulacro do trabalho

A prescrição exige o ideal (DUJARIER, 2006) e impõe modos operatórios cada vez mais desconectados da realidade dos recursos disponíveis na situação de trabalho. Aqui, não se trata somente de realizar as tarefas produtivas (de bens ou de serviços): vêm juntar-se atividades de simulação das conformidades esperadas às regras e aos objetivos e atividades de dissimulação do trabalho real. Fazer, apesar de tudo, construindo traços de uma congruência com a tarefa, portanto, cada vez mais irreal e mascarando os distanciamentos, os desvios, as transgressões à ficção prometida. A produção de um simulacro põe em cena uma violação do trabalho que contribui maciçamente para o desconhecimento do real do trabalho e dos processos de degradação da saúde no trabalho.

A produção intensiva de relatórios de atividade, cálculos de taxas e de índices, de porcentagens e ponderações, imagens de curvas, pirâmides e outras figuras é esperada como "ferramentas de gestão" a serviço da competitividade e da avaliação das unidades de produção. Trata-se menos de explicar realidades do que de afixar a congruência aos objetivos decretados. O meio hospitalar nos oferece um exemplo dessa inflação prescritiva a serviço da "racionalização" do trabalho, da qualidade e da segurança. Uma pesquisa realizada sobre as infecções hospitalares (CARRICABURU; LHUILIER, 2007) e a análise de outros trabalhos científicos sobre as transformações do mundo hospitalar (CRESSON; SCHWEYER, 2000) mostram que a distância aumenta entre as significações desses referenciais de acordo com a hierarquia e a segmentação profissional. Por um lado, os responsáveis e os *experts* se referem ao discurso institucional normatizado e, de outro lado, o pessoal do hospital têm uma abordagem sempre relacionada com as situações de trabalho. Em matéria de segurança e de qualidade, o trabalho prescrito é estabelecido em função dos saberes médicos e dos saberes epidemiológicos, sobre os riscos, enquanto as práticas dos profissionais são orientadas pela representação global e dinâmica que eles fazem do trabalho a realizar. Aqui, a higiene hospitalar tenta reforçar sua eficácia técnica (ou sua imagem?) pela preconização de múltiplas medidas e condutas profiláticas, mas esses enunciados injuntivos tendem a apagar de uma vez a questão da subjetividade dos sujeitos no trabalho e a questão das contradições contidas nessas mesmas injunções. Os conflitos de atividades se radicalizam. As "precauções universais", as "recomendações de boas práticas de higiene" e, de uma maneira mais geral, da protocolização crescente dos procedimentos de tratamento dos pacientes visam à standardização do trabalho. Mas, em matéria de cuidados, é preciso se haver com a diversidade das patologias e dos pacientes, com a variabilidade dos processos de tratamento social imposta pelas características clínicas evolutivas. Diante do dilema "da gestão das singularidades em grande escala" (MINVIELLE, 2000), a reorganização informal do trabalho e as práticas são bem o produto de compromisso entre exigências administrativo-institucionais, profissionais e interindividuais, submetidas à singularidade do caso. As contradições se prolongam entre exigências de meios e exigências de resultados. A intensificação do trabalho

se deve, às vezes, à redução da durabilidade do tempo de hospitalização, aos critérios de medida e traçabilidade da realização das atividades que não retêm mais que os atos técnicos em detrimento das atividades de "cuidado" (MOLINIER; LAUGIER; PAPERMAN, 2009) e às tarefas induzidas pelas normas de qualidade e seus dispositivos de avaliação e de controle. Essas mesmas normas e dispositivos têm um efeito paradoxal. A pesquisa da DARES,⁸ realizada em 1998 sobre as condições de trabalho, mostra que o fato de dever respeitar as normas de qualidade aumentam em 30% o risco de acidentes: o cuidado de "qualidade" obriga a equipe a se concentrar no respeito às regras em detrimento da atenção aplicada à singularidade dos contextos da intervenção (BERTEZENE, 2005). A colocação de computadores nos carrinhos transportadores de material, que permite informar o grande número de registros de atividades realizadas, é acompanhada de um aumento de AES (acidentes de exposição de sangue).

3.3. Desrealização das prescrições

De modo geral, qualquer que seja o setor de atividade, o desenvolvimento das exigências em matéria de qualidade e segurança se traduz pelas novas regulamentações e planos de ação elaborados não a partir de uma análise da atividade e de seus dilemas, mas a partir de uma relação cada vez mais abstrata nas situações de trabalho. As orientações e as disposições tomadas revelam mais uma tradução "operacional" dos problemas de saúde no trabalho emergindo no espaço público do que um diagnóstico acordado sobre as condições concretas do trabalho em situação.

Assim, a regulamentação prevê que o empregador deve avaliar os riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores. Para isso, ele deve transcrever e atualizar, num documento único, os resultados do mapa dos riscos identificados em cada unidade de trabalho. Na realidade, esse "documento único" constitui muitas vezes o objeto de uma elaboração geral mais arregimentada nas questões que adquiriram uma visibilidade social (por exemplo, TMS ou categoria relativa aos riscos psicossociais) do que na recuperação das dificuldades experimentadas pelos trabalhadores nas diferentes unidades de trabalho. O desconhecimento das situações concretas de terreno é mantido enquanto que um simulacro de prevenção é maciçamente desenvolvido pela multiplicação de comissões, grupos locais, cursos de formação, levantamentos estatísticos para sondar, medir o sofrimento no trabalho e definição de planos de ações.

A prevenção é concebida a partir de um modelo teórico do trabalho e de uma concepção do "fator humano", objeto de um duplo reducionismo: individualização e atribuição causal. O operador é referenciado individualmente e como fonte de erro, de ausência, de não confiabilidade (DEJOURS, 1995). E a segurança é descontextualizada no sentido de que ela confunde, numa mesma abordagem, segurança fora do trabalho e segurança no trabalho, acidentes específicos no exercício do ofício e não específicos.

⁸ Direction d'Animation de la Recherche, des Études et de Statistique - DARES do Ministério do Trabalho, do Emprego e da Saúde.

A evolução das missões atribuídas ao enquadramento de proximidade, transformada em "gerentes de primeira linha", distancia-os das modalidades concretas do trabalho em benefício da atividade de "gestão". Quanto aos serviços funcionais de prevenção, eles manifestam sua "*expertise*" e seus conselhos não a partir do trabalho, mas da sua ocultação. A segurança não está mais integrada à atividade, mas ela se superpõe a esta, adicionada ao exercício do ofício.

3.4. Transformações do trabalho e penibilidade psíquica

A falta de reconhecimento dos esforços desenvolvidos pelos trabalhadores para que o trabalho seja feito, para fazer face ao real, como a negação da delegação implícita da gestão de contradições entre diferentes exigências, concorre para o silêncio sobre o trabalho real. O que se faz e não pode ser dito. O que é dito que deve ser feito não pode fazer-se. Desde então, as possibilidades de pensar, compartilhar, debater dificuldades encontradas, provas que a atividade comporta, se reduzem. Visto que os espaços-tempo de elaboração da atividade se corroem sob a pressão da intensificação e da individualização do trabalho.

A diluição da referência no ofício em benefício de princípios de mobilidade, polivalência, adaptabilidade, conduz a uma fragilização das referências que orienta a atividade. A passagem da qualificação às competências, entendidas como atributos pessoais, capacidades operacionais e racionais, apaga as dimensões coletivas e organizacionais da experiência profissional. Essa passagem dilui a referência aos saber-fazer construídos no ato do trabalho e no ofício, conjunto de valores e princípios de ações partilhadas (ROGER, 2007). O isolamento é ainda favorecido pelas incessantes reformas de estrutura, pela diversificação dos horários de trabalho e pela precariedade dos coletivos.

Em tal contexto, a sensibilidade à problemática psíquica do trabalho é manifesta. O reconhecimento dos sintomas de tal penibilidade psíquica do trabalho e sua condensação na categoria emergente dos "riscos e perturbações psicossociais" tende a absorver a ligação saúde e trabalho: "*stress*", "assédio", violências e traumas, suicídios... Tornam-se os vetores privilegiados de expressão do mal-estar no trabalho. O aumento do número de suicidas em relação com o trabalho e a sua mediatização tem, sem dúvida, contribuído para a aceleração dos processos de institucionalização dessa categoria dita dos "RPS"⁹ e para a definição de um plano nacional de prevenção desses riscos. Esse programa visa a um objetivo duplo: a promoção da avaliação dos "RPS" e de sua prevenção, assim como o desenvolvimento dos meios de intervenção dos atores nas empresas CHSCT,¹⁰ mas também agentes da rede dos CRAM¹¹ e rede dos consultores externos solicitados para avaliar e reduzir esses "novos" riscos.

⁹ Riscos psicossociais.

¹⁰ Comitê de Higiene, Segurança e Condições de Trabalho – CHSCT.

¹¹ Caisse Regionale d'Assurance Maladie – CRAM é uma estrutura ligada à Previdência Social e que se destina a reembolsar os gastos com doenças.

4. EXPERTISES E PRÁTICAS EM SAÚDE PSÍQUICA E TRABALHO

Neste cenário, aparecem novos profissionais, *experts* em saúde-trabalho, encarregados de reparação e/ou prevenção. A análise de suas trajetórias, assim como a de suas práticas, nos leva a indagar sobre a contribuição potencial destes para essa invisibilidade crescente do trabalho. A convocação desses *experts* se prende, sem dúvida, à multiplicação dos sintomas de sofrimento no trabalho, mas também às novas disposições legais que preveem uma extensão da responsabilidade do empregador na prevenção da saúde física e mental dos trabalhadores.

Assim, as modificações da legislação trabalhista, a regulamentação europeia, o Protocolo do Acordo de março de 2007 sobre a prevenção, a tarifação e a reparação dos riscos profissionais, a Conferência Nacional Tripartite em outubro de 2007, o Relatório de P. Nasse e P. Legeon (2008) sobre "a determinação, a medida e os controles dos riscos psicossociais no trabalho" e a jurisprudência que ampliou a obrigação de segurança de resultado do empregador a diversos domínios... pesam sem dúvida sobre a demanda crescente de perícia.

Os representantes dos funcionários, principalmente em CHSCT cujas missões têm sido ampliadas para proteção da saúde mental dos trabalhadores, mas também de outros atores, são levados a se mobilizarem para essa questão: médicos, psicólogos, sindicatos, assistentes sociais do trabalho, profissionais da GRH¹²... Em tal contexto, vê-se o desenvolvimento de duas formas de demandas e de perícia.

4.1. Os *experts* em cuidado

Os *experts* em cuidados são, antes de tudo, chamados para se encarregarem dos "doentes do trabalho". Que a "doença" seja inscrita no quadro do direito e sua classificação diferencial em termos de incapacidade, de invalidez, de inaptidão ou de enfermidade, ou que ela escape dessas definições instituídas pela lei, ela constitui o objeto de práticas diagnósticas e curativas, mas também "readaptativas". Trata-se, muitas vezes, de orientar o acompanhamento para a perspectiva de manter o emprego ou de voltar a ele. Um duplo pressuposto redutor guia essas práticas como sublinhamos anteriormente: a assimilação do trabalho ao emprego às custas de um desconhecimento das condições concretas e dos interesses da atividade, a focalização sobre o sujeito, suas fragilidades e seus disfuncionamentos "que convirá corrigir ou reduzir".

A extensão do recurso aos "psi" (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas) para tratar das "feridas" do trabalho não é necessariamente seguida de uma investigação sobre a relação subjetividade e trabalho. Essa última pode ser relegada à categoria de cenário contextual e compreendida somente como espaço social em que se apresentariam peças infantis animadas e solicitadas pela atualidade dos investimentos e das relações profissionais. Quando se põe em destaque "a inter-relação entre o eu pessoal e o eu profissional e a ressonância afetiva do vivido profissionalmente" (ACHARD; HELMAN;

¹² Gestion Ressources Humains – GRH, serviço de Recursos Humanos das empresas.

RUSZNIEWSKI, 1996) ou a análise dos processos transferenciais da figura do pai para a do chefe de serviço, ou a violência de experiências traumáticas (acidentes do trabalho, agressões...) esclarecidas pela ressonância com traumas infantis, o desconhecimento dos contextos de trabalho é mantido e o isolamento de cada sujeito fortalecido. Essas práticas constituem obstáculos à restauração de uma capacidade de pensamento e de ação referidas nas situações concretas de trabalho.

A formação psicanalítica, psiquiátrica ou psicológica clínica da qual dispõe numerosos desses "experts" do cuidado - maciçamente convocados em torno "do sofrimento no trabalho", não prepara classicamente para a investigação do trabalho como mediação entre a economia psíquica e o campo social. Não prepara para a análise da atividade, seus constrangimentos e seus recursos como sendo a análise dos processos de desenvolvimento ou impedimento da ação individual e coletiva e de suas incidências na saúde somática e psíquica.

Numerosos clínicos são, assim, encarregados de "perfusões psicológicas", visando auxiliar a suportar o insuportável: a instrumentalização e a terceirização da "escuta" ou da "palavra" nos espaços que, à margem do trabalho, permitiriam a ab-reação dos afetos e o melhoramento das capacidades de adaptação ao "princípio de realidade". Essas evoluções levam a arriscar o diagnóstico de que "o mundo do trabalho que vem não estaria tão longe de um híbrido social: uma espécie de neofordismo coberto com uma cara de compaixão" (CLOT, 2008 a e b). Contudo, numerosos desses mesmos clínicos se perguntam como sair do confinamento e desvio de suas atividades, como "desencarcerar" suas práticas da inflação das demandas de consulta individual para desenvolver a intervenção na organização do trabalho e no funcionamento dos serviços. Também se perguntam como se livrar do sentimento de precisar tratar de um sofrimento sem fundo, espécie de tonel das Danaïdes,¹³ e da invisibilidade desse trabalho colocado no colóquio singular (SCHELLER *et al.*, 2006).

Outras práticas se incluem, não mais na absorção contínua do mal-estar e do queixume, mas em formas de intervenção pontual em situações críticas. Trata-se ali do campo da psico-traumatologia aplicada às vítimas ou testemunhas chocadas por um acidente ou incidentes graves nos locais de trabalho, asseguradas pela previdência social. A intervenção psicológica é realizada, seja imediatamente, nas horas que seguem o fato, ou em período conhecido como "pós-imediato". Ela é concebida como cuidados psíquicos do sofrimento da(s) vítima(s) ou como prevenção da instalação de uma neurose traumática. A origem dessas práticas é psiquiátrica: foram os psiquiatras militares que a iniciaram em tempos de guerra. Ela foi então ampliada a outros tipos de "choques emocionais agudos", tais como desastres naturais, os atentados, os grandes acidentes... A criação de células de urgência médico-psicológicas em cada um dos departamentos franceses em 1997 instituciona uma rede na qual se inspiram no mesmo tempo as sociedades privadas de ajuda psicológica lançadas nesse mercado e em

¹³ Nota do tradutor. Figura da mitologia grego/romana: nome das cinquenta filhas do rei de Argos, Dandos. Todas elas, exceto a filha Hypermnestre, mataram seus maridos na noite de suas núpcias. Elas foram condenadas nos infernos a encherem de água um tonel sem fundo.

organizações como a dos militares, dos bombeiros, da polícia civil, da administração penitenciária, da RATP,¹⁴ da SNCF,¹⁵ da Educação Nacional, das sociedades de transporte de fundos...

A intervenção dita "defusing" visa à neutralização dos efeitos do trauma psíquico para prevenir seu desenvolvimento em transtornos psico-traumáticos. O "debriefing" se refere à intervenção em período pós-imediato: ele consiste em favorecer individualmente ou coletivamente a verbalização da experiência vivida, tanto no plano cognitivo quanto emocional. Essas intervenções, cujos protocolos são variáveis, visam geralmente a "causar sedação da eferescência emocional e a restituição da disponibilidade para retomar o serviço" (CROCCQ, 2004, p.148).

Não se pode desconhecer que o exercício profissional pode expor à experiências potencialmente traumáticas, mas, nestas intervenções, procura-se desesperadamente, abordando "vítimas" e testemunhas (de acidentes, de reféns, de agressões, de suicídios ou tentativas de suicídios...) estabelecer relações com o trabalho e seu contexto. Centrados no sujeito, esses protocolos suspendem a análise e intervenção sobre a organização do trabalho, tornando a irrupção da violência no meio do trabalho um fenômeno tão inelutável quanto um terremoto ou um tsunami.

Contudo, a agravamento da violência dos usuários e, de maneira mais geral, o desenvolvimento da violência hetero e autoagressiva e classicamente os acidentes do trabalho, demonstram a importância de decisões em matéria de organização e de relações sociais do trabalho. . A força principal da prevenção cotidiana da violência no trabalho é devido, sem dúvida, à preservação e ao desenvolvimento das mudanças nos recursos e aos constrangimentos da atividade individual e coletiva nas situações-problema encontradas e na exploração do campo dos possíveis em matéria de tratamento. A vitimologia, estabelecida sobre uma psicopatologia que desconhece o trabalho, não permite retornar à análise do trabalho de suas condições e de sua organização. "Ela é uma terapêutica sintomática e não etiológica" (DEJOURS, 2007, p.34).

4.2. Os experts na medida do estresse no trabalho

Outro tipo de demanda e de perícia em plena expansão se refere à medida em penibilidade do trabalho. Como se a ausência de nitidez da categoria dos "riscos psicossociais", que não possui definição firmada e reconhecida, pudesse ser compensada por uma objetivação quantitativa. O êxtase quântico atinge todas as esferas sociais. O político no nível nacional define o tom com o Relatório de Nasse e Legeron (2008), que preconiza a construção de um indicador global de observação dos riscos psicossociais, permitindo a realização de uma diligência anual obrigatória cuja execução seria confiada aos ministérios da saúde e do trabalho. A exposição em questão não contém nenhuma referência aos trabalhos anteriores sobre a psicopatologia do trabalho e, polarizado sobre o *stress* (Legeron dirige a Agência Estímulos, muito conhecida no mercado lucrativo no "gerenciamento de estresse"), ele registra os limites dos instrumentos de medição existentes, enfatizando a necessidade de uma harmonização com as abordagens de avaliação Europeia... Elas mesmas apoiadas em modelos norte-americanos.

¹⁴ Régie Autonome des Transports Parisiens – Empresa de capital misto que gerencia os transportes de metrô e ônibus em Paris.

¹⁵ Société Nationale des Chemins de fer Français.

No nível das empresas, a colocação de observatórios do estresse não contou com o aparecimento dessa exposição. A experiência da Renault é instrutiva nesta área: construído pelo IFAS (Instituto Francês da Ação sobre o *Stress*, criado e dirigido pelo psiquiatra E. Albert), em 1988, a pedido da direção da empresa, o Observatório Médico do Estresse, da Ansiedade e da Depressão (OMSAD) pretende medir por meio de um teste anônimo proposto aos trabalhadores quando de suas visitas médicas. Os dados recolhidos são ao mesmo tempo muito globais, sem divisão por setores e constituem o obstáculo das situações de trabalho e de suas evoluções. Assim, não se observa nenhuma variação significativa dos indicadores nos últimos cinco anos... Inclui-se aí o Technocentre¹⁶ onde ocorreram cinco suicídios em dois anos.

As organizações sindicais podem também voltar-se para as diligências e ferramentas de medidas do "estresse" para fazer reconhecer o custo humano de certos modos de gestão, como se a demonstração da realidade de uma degradação da saúde dos profissionais passasse pela quantificação de sua generalização. Um observatório sindical do estresse é assim criado na France Telecom num contexto de reestruturações maciças. O quadro levantado é obscuro, como se poderia esperar. E esse observatório, se tentou assegurar uma função de alerta, não pôde prevenir os muitos suicídios que contribuíram recentemente para fazer sair da sombra o intenso sofrimento associado ao que convém denominar dos maus-tratos (ostracismo, pressões para as demissões "voluntárias", transferências geográficas e profissionais forçadas...).

Não se trata aqui de contestar a pertinência de indicadores suscetíveis de melhorar os conhecimentos disponíveis em matéria de saúde no trabalho, mas de pôr algumas questões: Que uso é feito dos indicadores já disponíveis (relatórios dos serviços de saúde no trabalho, dos CHSCTs, número de acidentes, faltas por doença, etc.)? Como são construídos esses instrumentos de medida do estresse percebido e o que medem esses indicadores? Que lugar eles ocupam e que lugar é reservado para a análise da atividade além das grades generalistas essencialmente construídas conforme os mesmos modelos ("demanda-autonomia-apoio no trabalho", Karasek e "desequilíbrio esforço/reconhecimento", Siegrist)? Como pensar a passagem do conhecimento à ação para além das "incrustações positivistas" (CLOT, 2008) contidas no postulado que a acumulação de dados sobre a degradação das condições de trabalho e sua intensificação desembocariam nas transformações esperadas das situações de trabalho? E, enfim, não se pode pensar que os "quadros" assim levantados podem ter um efeito contraprodutivo se eles não são acompanhados ao mesmo tempo pela construção dos recursos necessários à prevenção, entendida como transformação do trabalho e não dos homens no trabalho?

4.3. Prescrições de "boas práticas"

A tendência que consiste em transformar os problemas sociais em problemas pessoais declina no campo da saúde, no trabalho em prescrições de "boas

¹⁶ Technocentre: Um setor de pesquisa da empresa francesa Renault onde ocorreu vários suicídios.

práticas" em matéria do uso de si, espécie de nova engenharia do sofrimento sobre o fundo do antigo higienismo decadente. As numerosas ferramentas oferecidas pelos profissionais e escritórios de conselho especializados na "gestão de estresse" são o produto de uma abordagem cognitiva comportamental: o estresse seria causado ou agravado pelo tipo de respostas individuais nas dificuldades (reais ou imaginárias) encontradas no trabalho. A transformação das percepções e das representações desses constrangimentos deveria permitir reduzir a ressonância emocional deles. Os testes propostos e comercializados permitiriam ainda a cada um controlar e "gerenciar" seu nível de estresse, como cada um pode monitorar sua linha ou sua pressão arterial. Esses "kits de gestão" do estresse são acompanhados de recomendações e ofertas de serviços para uma "melhor qualidade de vida no trabalho": relaxamento, exercício físico, guias de boas práticas em matéria de gestão do equilíbrio entre vida profissional e vida privada, de gestão do seu tempo... Os estágios de "gestão das situações de estresse" propõem ampliar os limiares de resistência ao estresse ou reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos, na maioria das vezes, aliás, chegando mesmo a dissolver a questão do trabalho na questão dos "estresses da vida cotidiana".

A impregnância causada pela referência ao estresse, "flagelo moderno", mas, sobretudo, "noção-envelope" (AUBERT; PAGÈS, 1989), ou aos riscos psicossociais, supostos de cobrir ao mesmo tempo o estresse, o sofrimento, a toxicodependência, a violência, o assédio (SAHLER *et al.*, 2007) no mundo do trabalho revela a distância crescente entre o aumento das exigências e os meios para responder a isso: não são as provas experimentadas no trabalho que são "estressantes", mas a impossibilidade de superá-las. O sofrimento emerge então de um desenvolvimento impedido, de uma amputação do poder de agir. O "estresse" como atividade impedida (CLOT, 2008a, 2008b) pode ser analisada como efeito de um "retraimento" do sujeito e de suas possibilidades no trabalho realizado, mas também como efeito prejudicial das situações em que o sujeito não pode se reconhecer no trabalho que lhe cabe ser feito, nas estratégias de simulação da qualidade prescrita e de dissimulação do real do trabalho. O reenvio do trabalho aos bastidores tem um custo psíquico muito pesado. Ele está no fundamento do aumento das queixas em matéria de falta de reconhecimento. Problemática cuja dupla face é preciso enfatizar: a dificuldade crescente de ver seu trabalho reconhecido, mas também de se reconhecer no trabalho realizado, tanto nos modos de fazer quanto nos objetivos perseguidos e nos resultados obtidos (LHUILIER, 2006b).

5. CONCLUSÃO

O crescimento da ignorância que pesa sobre a problemática da saúde no trabalho deve passar por uma interrogação sobre o estatuto do saber e suas vias de acesso. Questão epistemológica então e, no coração desta, a articulação ou a dissociação entre conhecimento e ação. Que conhecimentos construir neste campo: relevam eles de um saber positivo, representação objetivada de um objeto "real", tal como a "penibilidade", a "saúde", os "riscos" no trabalho ou de um saber indissociável das condições de sua emergência, de sua mobilização por sujeitos situados e engajados e dos efeitos que ele produz sobre o real? O modelo do conhecimento das ciências

naturais exportado para as ciências humanas leva a abordagens hipotético-dedutivas, postulando sua neutralidade axiológica, valorizando a abstração e a quantificação, excluindo os "profanos" do processo de conhecimento pela clivagem instituída entre perícia e atores, entre pesquisadores e objetos da pesquisa.

A complexidade e a opacidade das relações entre trabalho e saúde impõem um questionamento dessa divisão do trabalho instituída entre *experts* e trabalhadores. Trata-se de rearticular dois conjuntos de ciência acadêmica clássica e também os "que decidem" opondo: pensamento e ação, a teoria e a prática, o geral e o particular, o intemporal e o contingencial... A abordagem preconizada aqui é a da clínica. Esta se opõe à abordagem positivista, ela é análise do particular para extrair dele o geral, ela é qualitativa antes de quantitativa, ela privilegia a compreensão dos processos mais do que as explicações causais e ela inscreve a questão do regime de produção do saber numa relação dialética entre conhecimento e ação (LHUILIER, 2006b; CLOT; LHUILIER, 2006).

A produção de conhecimento é o resultado de uma atividade reflexiva na ação e, reciprocamente, esta última é fonte de validação de conhecimento. Há necessariamente um trabalho de análise dos "dados", mas esse trabalho não é somente o ato de *experts*. Ele é também e, fundamentalmente, o ato dos sujeitos a partir de uma elaboração de sua experiência sensível em uma situação de trabalho. O desconhecimento que pesa sobre as atividades de trabalho, inclusive para o trabalhador mesmo e *a fortiori*, se ele não tem as possibilidades de mudar no trabalho com seus pares, impõe que se recorra a métodos que favoreçam a auto-observação e a reflexão; que estimulem mudanças no trabalho, nas alternativas ao realizado para abrir o campo dos possíveis, na diversidade dos modos de fazer uns e outros e os critérios de validação das práticas profissionais.

Essa concepção da clínica se inscreve na tradição da pesquisa-ação: trata-se então de compreender para transformar e de transformar para compreender, a partir de um projeto comum,

um projeto que responde ao mesmo tempo às preocupações práticas de atores que se encontram em situação problemática e ao desenvolvimento das ciências sociais por uma colaboração que os religa conforme um esquema ético mutuamente aceitável (RAPPOPORT, 1973, p.23)

Aqui, o processo de produção de conhecimento e a contribuição das quais se apropriam os sujeitos são dois efeitos mutuamente dependentes da pesquisa-ação. Os limites das restituições de sindicâncias, diagnósticos, análises são manifestos: eles podem capturar somente a espuma dos problemas e não têm senão poucos efeitos de mudança. Ao contrário, e longe da posição da autoridade perita suposta saber, a construção de conhecimentos pode resultar de um processo de cooperação: os sujeitos no trabalho, reconhecidos como sujeitos que conhecem e não como objetos de sindicâncias, participam na elaboração de dispositivos *ad hoc* e, fazendo isso, ganham em poder de agir. Um poder de agir sinônimo de saúde, se se quer convir que a saúde não se reduz à ausência de doenças.

REFERÊNCIAS

- ACHARD, S.; HELMAN, A.; RUSZNIEWSKI, M. La relation aux malades en fin de vie. **Champ psychosomatique**, v.5, p.119-137, 1996.
- ARBORIO, Anne-Marie. **Un personnel invisible**: Les aides soignantes à l'hôpital. Paris: Anthropos, 2001.
- ASKENAZY, P. *et al.* **Organisation, intensité et qualité du travail**. Toulouse: Octarés, 2006.
- AUBERT, N.; PAGÈS, M. **Le stress professionnel**. Paris: Klincksieck, 1989.
- BERTEZENE, Sandra. La santé au travail dans les établissements de soin: Les risques pour la santé et la sécurité des personnels hospitaliers esquisse de panorama. **Performances**, n.25, p.4-15, 2005.
- BOUTET, J. La question de l'interprétation en linguistique. In: DEJOURS, Christophe (Org.). **Plaisir et souffrance dans le travail**. Paris: Edition de L'AOCIP, 1987.
- BUZZI, Stéphane; DEVINCK, Jean-Claude; ROSENTAL, Paul-André. **La santé au travail 1880-2006**. Paris: La Découverte, 2006.
- CARRICABURU, Danièle; LHUILIER, Dominique; MERLE, Véronique. Quand soigner rend malade: des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. **Santé Publique**, v.3, p.57-67, 2008.
- CÉLÉRIER, S. Cancer et activités professionnelles des malades: les enseignements de 30 ans de littérature internationale sur le thème. **Sociologie et santé**, n.28, p.185-199, 2008.
- CLOT, Yves. Clinique du travail, clinique du réel. **Journal des Psychologues**, v.185, p.48-51. 2001.
- _____. Le statut de la critique en psychologie du travail: une clinique de l'activité. **Psychologie Française**, v.53, n.2, p.173-193, 2008a.
- _____. **Travail et pouvoir d'agir**. Paris: PUF, 2008b.
- CLOT, Yves; FERNANDEZ, Gabriel. Analyse psychologique du mouvement: apport à la compréhension des TMS. **Activités**, v.2, n.2, p.68-78, 2005.
- CLOT, Yves; LHUILIER, Dominique. Perspectives en clinique du travail. **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, v.1, 2006.
- CRESPIN, Renaud; HENRY, Emmanuel; JOUZEL, Jean-Noël. Peut-on sortir de la méconnaissance des effets du travail sur la santé? Quelques pistes de réflexion pour les sciences humaines. In: **Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales? Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise**. Grenoble: Maison des Sciences de l'Homme - Alpes, 2008. p.253-263.
- CRESSON, Geneviève; SCHWEYER, François-Xavier. **Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail**. Rennes: ENSP, 2000.
- CROCC, L. L'intervention psychologique auprès des victimes. In: CASTRO, D. **Les interventions psychologiques dans les organisations**. Paris: Dunod, 2004. p.141-175.
- CRU, D. Les règles du métier. In: DEJOURS, C. (Org.). **Plaisir et souffrance dans le travail**. Paris: Edition de AOCIP, 1987. p.29-42.
- CRU, D.; DEJOURS, C. La peur et la connaissance des risques dans les métiers du bâtiment. In: DEJOURS, C.; VEIL, C.; WISNER, A. **Psychopathologie du travail**. Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1985. p.27-35.
- CURIE, Jacques. Cinquante ans de psychologie du travail, communication Institut des Sciences du Travail, Université Libre de Bruxelles, 2005.
- CURIE, J.; HAJJAR, V. Vie de travail, vie hors travail: la vie en temps partagé. in: LEVY-LEBOYER, C.; SPERANDIO, J.-C. (Ed.). **Traité de psychologie du travail**. Paris: PUF, 1987. p.37-56.
- DASSA, Sami; MAILLARD, Dominique. Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n.115, p.27-37, 1996.
- DE GAULEJAC, Vincent. **La société malade de la gestion**: Idéologie gestionnaire, pouvoir, managérial et harcèlement social. Paris: Le Seuil, 2005.

- DEJOURS, Christophe. **Le facteur humain**. Paris: PUF, 1995.
- _____. **Travail et usure mentale**. Paris: Bayard, 2008.
- _____. **Conjurer la violence**: travail, violence et santé. Paris: Payot, 2007.
- DEJOURS, Christophe; BÈGUE, Florence. **Suicide et travail**: que faire? Paris: PUF, 2009.
- DODIER, Nicolas. Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail. **Revue Française de Sociologie**, v.27, p.603-628, 1986.
- _____. **Les hommes et les machines**: La Conscience Collective dans les Sociétés Technicisées. Paris: Métailié, 1995.
- DUCLOS, Denis. **La santé et le travail**. Paris: La Découverte, 1984.
- DUJARIER, Marie-Anne. **L'idéal au travail**. Paris: PUF, 2006.
- GIAMI, A.; CÉLÉRIER, M.-C. Connaissance de la méconnaissance. **Champ Psychosomatique**, v.9, p.14-19, 1997.
- GIRIN, J.; GROSJEAN, M. **La transgression des règles au travail**. Paris: L'Harmattan, 1996.
- GOLLAC, M.; VOLKOFF, S. Santé et travail: Dénis, visibilité, mesure. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n.163, p.4-17, juin 2006.
- HELARDOT, Valentine. Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé. **Mouvements**, n.58, p.21-28, 2009.
- HIRIGOYEN, Marie-France. **Le harcèlement moral**: La violence perverse au quotidien. Paris: Syros, 1998.
- HUGUES, E.-C. **Le regard sociologique**: Essais choisis. Paris: L'EHESS, 1996.
- JEANJEAN, Agnès. **Basses œuvres**: Une ethnologie du travail dans les égouts. Paris: Editions du comité des travaux historiques et scientifiques, 2006.
- KAËS, René *et al.* **Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels**. Paris: Dunod, 1996.
- LAURENT, P. *et al.* Photographie des pratiques relationnelles entre les médecins généralistes et les médecins du travail. **Archives des Maladies Professionnelles**, v.60, n.2, p.124-131, 1999.
- LEPLAT, J.; CUNY, X. **Introduction à la psychologie du travail**. Paris: PUF, 1977.
- LHUILIER, Dominique. Crise ou occultation du travail? **Revue Internationale de Psychosociologie**, v.4, n.9, p.45-58, 1998.
- _____. **Négatif psychosocial et subjectivation**: Contribution à la clinique du travail, HDR. Paris: 10 Nanterre, 2002a.
- _____. **Placardisés**: des exclus dans l'entreprise. Paris: Le Seuil, 2002b.
- _____. Le «sale boulot». **Travailler**, v.14, p.73-98, 2005.
- _____. Clinique du travail: enjeux et pratiques. **Pratiques psychologiques**, v.12, p.205-219, 2006a.
- _____. **Cliniques du travail**. Toulouse: Érès, 2006b.
- _____. Reconnaissance au travail ou reconnaissance du travail. In: **Prévention du stress et des risques psychosociaux au travail**. Paris: ANACT, 2007. p.64-70.
- _____. Dépressions sévères et travail. **L'Encéphale**, v.35, n.7, p.291-295, déc. 2009a.
- _____. Les suicides en milieu de travail. In: COURTET, P. **Suicides et tentatives de suicides**. Paris: Flammarion, 2009b. p.219-223.
- LHUILIER, Dominique; LITIM, Malika. Le rapport santé et travail en psychologie du travail. **Mouvements**, n.58, p.85-96, 2009.
- LHUILIER, Dominique *et al.* **Le travail incarcéré**. Paris: Syllepse, 2009.
- LHUILIER, D.; COCHIN, Y. **Des déchets et des hommes**. Paris: Desclée de Brouwer, 1999.

- MINVIELLE, Étienne. Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers. In: CRESSON, Geneviève; SCHWEYER, François-Xavier. **Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail**. Rennes: ENSP, 2000, p.115-133.
- MOLINIER, A.-F. Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite. **Pistes**, v.7, n.1, 2005.
- MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; PAPERMAN, P. **Qu'est ce que le care?**, Paris: Payot, 2009.
- MOSCOVICI, Serge. Préface. In: HERZLICH, C. **Santé et maladie**: analyse d'une représentation sociale. Paris: Houton, 1969.
- MUNÓZ, Jorge. **L'accident du travail**: De la prise en charge au processus de reconnaissance. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2002.
- NASSE, P.; LEGERON, P. La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux. **Rapport remis au ministre du Travail**, mars, 2008.
- OMNÉS, C.; BRUNO, A. S. **Les mains inutiles**: Inaptitude au travail et emploi en Europe. Paris: Belin, 2004.
- RAPPOPORT, R. N. The three dilemmas in action-research. **Human Relations**, v.23, n.4, p.499-573, 1968.
- ROGER, Jean-Luc. **Refaire son métier**. Toulouse: Érès, 2007.
- SAHLER, B. *et al.* **Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail**. Lyon: ANACT, 2007.
- SALIBA, M.-L. *et al.* Les médecins face à la santé au travail: une étude qualitative dans le sud-est de la France, **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v.55, n.5, p.376-381, 2007.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, Marie. Troubles psychologiques et psychopathologiques liés au travail: facteurs de protection de la santé dans le travail. In: CASTRO, D. **Les interventions psychologiques dans les organisations**. Paris: Dunod, 2004. p.9-22.
- SCELLER, L. *et al.* Psychologue du travail à l'hôpital: un métier impossible ou en construction? **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, n.1, p.13-30, mai 2006.
- SORIGNET, P.-E. Danser au-delà de la douleur. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n.163, p.39-45, juin 2006.
- THÉBAUD-MONY, Annie. **La reconnaissance des maladies professionnelles**. Paris: La Documentation Française, 1991.
- _____. Histoires professionnelles et cancer. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, n.163, p.18-31, juin 2006.
- _____. **Travailler peut nuire gravement à votre santé**. Paris: La Découverte, 2007.
- VOGEL, Laurent. Enjeux et incertitudes de la politique européenne en santé au travail. **Mouvements**, n.58, p.104-116, 2009.
- VOLKOFF, S. L'intensification du travail «disperse» les problèmes de santé. In: TERSAC, G.; SAINT-MARTIN, C.; THÉBAUD, C. (Coord.). **La précarité**: une relation entre travail, organisation et santé. Toulouse: Octarés, 2008. p.29-40.

Data da submissão: 10/01/12
Data da aprovação: 29/03/12