

# PSICOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE<sup>1</sup>

## *Psychology and organization of health*

ODDONE, Ivar<sup>2</sup>

### RESUMO

O artigo situa uma experiência ergonômica sobre a organização da saúde<sup>3</sup> que recoloca em discussão as velhas questões sobre a temática, a começar pela linguagem e pelo próprio papel do psicólogo<sup>4</sup>, culminando na discussão do contexto social local e dos cenários internacionais. Além de tentar antecipar seu desenvolvimento futuro, o artigo revisita a história da psicologia da saúde, sua abordagem teórica e suas experiências concretas na Itália e em outros países.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde. Psicologia do Trabalho. Ergonomia.

### ABSTRACT

An ergonomic experience in terms of organization of health, that calls into question old landmarks, starting from the language and from the role of the psychologist, and finishing at the local social context and international scenarios. In addition to anticipate future developments, this article covers the story of health psychology, show its theoretical assumptions and some practical experiences in Italy and other countries.

**Keywords:** Health Psychology. Work Psychology. Ergonomics.

---

<sup>1</sup> Publicado originalmente em italiano: ODDONE, Ivar. Psicologia dell'organizzazione della salute. *Formula*, Federazione Italiana Lavoratori Chimici e Affini (FILCEA CGIL), Roma, n. 5, p. 39-47, 2002. Tradução: Maristela de Souza Pereira (UFU), realizada a partir do estágio de pesquisa realizado pela tradutora, em Turim, na Itália, sob a supervisão da professora Alessandra Re, com bolsa fornecida pela CAPES através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), no ano de 2013. E-mail: <maristela.ufu@gmail.com>.

<sup>2</sup> Ivar Oddone (1923-2011) era médico sanitário e, posteriormente, docente de Psicologia do Trabalho na Universidade de Turim. Foi uma das figuras centrais do Movimento Operário Italiano e, sob sua liderança, um coletivo de profissionais de saúde e operários desenvolveu um conjunto de pesquisas irrisórias direcionadas à mudança das condições de saúde em ambientes de trabalho, tornando-se uma referência para o campo da Saúde do Trabalhador em diversos países, inclusive o Brasil. (N.T.).

<sup>3</sup> Organização da saúde entendida como o desenvolvimento de um projeto de intervenção, com o objetivo de organizar os processos relativos à saúde, em um contexto determinado, para a melhoria das condições de trabalho, envolvendo a troca entre trabalhadores, técnicos/gestores e pesquisadores. (N.T.).

<sup>4</sup> Para Oddone, os diversos atores envolvidos na questão da saúde, médicos, especialistas em segurança no trabalho, trabalhadores, possuem linguagens muito diversas entre si, o que dificultaria uma comunicação efetiva. Caberia ao psicólogo justamente encontrar formas de possibilitar a interface entre estas diferentes linguagens, sendo este um ponto de destaque nas suas formulações sobre o papel do psicólogo em contextos de trabalho. (N.T.).

# 1. DA MEDICINA À PSICOLOGIA DA SAÚDE

## ONTEM

### A PSICOLOGIA DA SAÚDE NA EUROPA E NA ITÁLIA EM PARTICULAR

Falar de psicologia da saúde, ensejando identificar um território bem definido, para mim não é muito fácil, talvez não seja sequer correto. Os contornos da ciência e, de modo particular, os da ciência psicológica, se redefinem continuamente.

Muitas das pesquisas dos anos 60 e 70, definidas como heterodoxas por F. Butera (1981), vinculavam-se a uma psicologia europeia dedicada ao problema da saúde, antes do reconhecimento, por parte da comunidade de psicólogos italianos, de uma psicologia da saúde norte-americana.

Pode-se assim reconhecer na Itália uma psicologia da saúde própria, diferente daquela identificada com a psicologia norte-americana, que veio a se tornar dominante depois. Essa psicologia própria se delineava como um agrupamento de experiências heterogêneas, a partir das quais era possível apontar um conjunto de referimentos teóricos. Na memória da comunidade científica resta pouco desse conjunto. Muitas dessas pesquisas foram conduzidas fora das regras da comunidade científica, ligadas a paradigmas que não sobreviveram. Hoje resta somente aquilo que foi recolhido e arquivado. Mas o cenário é muito mais amplo. A história europeia do pós-guerra, particularmente na Itália, com todos os problemas sociais, práticos e teóricos que a caracterizam, certamente teve influência na atenção dos movimentos políticos e culturais em relação ao tema da saúde.

A minha experiência pessoal teve lugar neste cenário.

### A PSICOLOGIA DA SAÚDE E SEU ENQUADRE CONCEITUAL

O tema da psicologia da saúde me evoca uma das mais fascinantes descrições de uma posição psicológica, aquela do primeiro cognitivismo: o comportamentalismo subjetivo de Miller, Galanter e Pribram (1960):<sup>5</sup>

Quando estou sentado na minha escrivaninha, sei onde estou. Vejo diante de mim uma janela; para além desta, as árvores; para além das árvores, os telhados vermelhos do Campus da Universidade de Stanford; mais além ainda, as colinas douradas do Hamilton Range. Entretanto, sei mais do que vejo... As coisas que eu mencionei referem-se ao conhecimento. Conhecimento talvez não seja o termo correto. Talvez devesse dizer minha concepção do mundo, pois conhecimento traz uma conotação de verdade. As coisas sobre as quais estou falando são aquilo que eu penso que seja verdadeiro (BOULDING, 1956).

Ao relembrar a frase de abertura do livro *A Imagem*<sup>6</sup>, de Kenneth Ewart Bouding, Miller, Galanter e Pribram recolocam a imagem como o conjunto de dimensões da nossa vida: a nossa localização no espaço, no tempo, na sociedade, na natureza e na nossa história pessoal.

<sup>5</sup> Miller, Galanter e Pribram mudaram o conceito behaviorista de um organismo passivo e dependente da estimulação ambiental, para o de um organismo ativo, com iniciativas, expectativas e intenções. (N.T.).

<sup>6</sup> Todas as expressões entre aspas no presente texto reproduzem os grifos do original.

Escrever um artigo sobre psicologia da saúde é, para mim, como olhar por uma janela: para além se delinea uma paisagem, um conjunto de recordações, de vultos, de emoções, sobretudo uma atmosfera particular de atividades e de pesquisa. No fim dos anos 60, alguns operários me colocaram um problema que eu não sabia como resolver. Pediam a mim informações sobre os riscos que suas condições de trabalho podiam representar sobre sua saúde. Consideravam que essas informações poderiam permitir-lhes modificar as condições de trabalho.

No momento em que um evento acontece, ele altera a estrutura da imagem. O significado de um acontecimento ou de uma mensagem é a mudança que ele produz na imagem. A maior parte das mensagens passa sem provocarem mudanças, uma parte acrescenta especificações, detalhes, e aquilo que era vago se torna mais claro, mais estável. Algumas vezes, uma mensagem afeta uma espécie de núcleo, ou a estrutura da imagem, e a coisa toda muda de modo radical (BOULDING, 1956).

As “mensagens” que determinaram em mim esse fenômeno de reorganização da imagem, introduzindo um elemento de ruptura no meu modo de abordar o problema da saúde, que era aquele do saber médico tradicional, e transformaram de modo radical a minha imagem da saúde e da doença, estão ligadas àquela solicitação direcionada a mim como médico, na busca de obter informações úteis para melhorar as condições de trabalho. Eu não era um médico do trabalho, mas um assistente universitário de medicina interna, que à noite atuava como um clínico geral, como médico de família.

A pergunta dos operários me levou, em um primeiro momento, a procurar respostas nos textos de medicina do trabalho, mas percebi que aquilo que eu conseguia obter era apenas uma lista de substâncias. Não encontrava nada sobre o que me havia sido descrito como condições reais de produção, nem sobre a possibilidade de substituir processos poluentes por outros menos poluentes. Alguns operários me questionavam inclusive como poderiam contrair mais rapidamente a asbestose. Essa solicitação, aparentemente paradoxal, continha na realidade uma premissa dissonante com relação à minha imagem médica das doenças resultantes do ambiente construído pelos homens.

Naquele momento, descobri que meu conhecimento possuía uma base racional. Um determinado processo produtivo podia comportar riscos à saúde. E, para mim, o simples conhecimento dos riscos possíveis, baseado na literatura médica, garantiria logicamente a eliminação das condições nocivas. Entretanto, para os trabalhadores, o problema se configurava de modo oposto. Era a realidade produtiva, com seus riscos reais que definia a posição deles. A crença em uma mudança nas condições de trabalho, no contexto específico em que se encontravam, era o fato psicológico relevante, que determinava a questão colocada por eles sobre a saúde. Se a eliminação da nocividade não era psicologicamente crível, contrair a asbestose “antecipadamente” significava poder sair antes do trabalho adoecedor, em virtude da aposentadoria concedida pelo reconhecimento da doença profissional, causada por um ambiente de trabalho reconhecidamente prejudicial.

Quando hoje, sentado à minha escrivaninha, tento reconstruir esse momento de ruptura e de reorganização da minha imagem sobre a psicologia da saúde, entendida

como capacidade de “ver” o comportamento dos homens na busca de saúde e da defesa da saúde, revejo, de um lado, os “clientes”<sup>7</sup> que representavam o paciente tradicional, com a solicitação de diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica; e, de outro lado, os sujeitos que não me pediam exames ou remédios, mas a utilização do saber médico para mudar as condições de trabalho, para prevenir as doenças ambientais e adaptar o ambiente de trabalho ao trabalhador. Em outras palavras, eles buscavam algo que é relevante hoje, mas não estava na moda naquele tempo: realizar uma intervenção para promoção de saúde.

A partir daquele momento, formaram-se para mim duas imagens, que sustentavam, na minha experiência, duas estratégias profissionais diferentes. Dois modelos diversificados, que partiam de um núcleo central comum, o saber médico. Duas competências: uma de tipo tradicional, que responde às demandas “típicas” do percurso que se inicia com a consulta médica por um paciente; e a outra, que acompanhou minha nova e definitiva atividade profissional, como psicólogo do trabalho de abordagem ergonômica. O meu saber médico não só não me possibilitava responder à demanda de saúde que os operários haviam me endereçado, como também não me auxiliava a “investigar” as pessoas e seu ambiente vital, como convém em uma pesquisa. Para fazê-lo, eu deveria ter um plano profissional de investigação que me permitisse reconstruir as condições de produção e a organização do trabalho que estavam em sua base, até chegar a um ponto que me permitisse “ver” aquilo que, na situação produtiva, “via” o operário. Eu não poderia participar com eles em sua experiência cotidiana, em suas negociações sindicais e em suas discussões internas, ou seja, eu não poderia compartilhar aquilo que Minsky (1986) denomina “uma linha K” (linha de conhecimento),<sup>8</sup> ou seja, o fio que entrelaça as experiências para compor o tecido do conhecimento, como sugere a imagem de Miller.

## UMA LINGUAGEM COMUNICANTE

Para fazer isso, eu devia primeiramente resolver um problema-chave: construir uma linguagem que tornasse a interface comunicativa entre mim, como técnico de saúde, e eles, como sujeitos que solicitavam meios para solucionar o problema da nocividade do trabalho, permeável. A construção dessa linguagem de interface comunicativa demandou muito tempo e inúmeras tentativas. A tentativa mais problemática e mais equivocada à luz da experiência foi aquela que tentou reconstruir a representação dos fatores de risco para os operários como um conjunto mínimo de conhecimentos, similares à ideia de conhecimentos científicos, sem mudar de paradigma.

<sup>7</sup> Termo usado preferencialmente a “paciente”, para definir um senso de direitos e um papel ativo no processo. (N.T.).

Cliente, a princípio, remetia à figura do “consumidor”, alguém que compra um bem ou serviço e que deve ser atendido nas suas demandas por estar inserido e/ou fazer parte de determinado sistema mercantil, numa relação comercial. Como, por princípio, não consideramos saúde uma mercadoria, não se deve considerar ou denominar a pessoa que utiliza o sistema de saúde ou que está em busca de saúde como “cliente”, termo que, na saúde pública/saúde coletiva, no Brasil, não é utilizado no lugar de “paciente”. Utilizamos, por exemplo, (e por falta de um termo melhor), “usuário” – usuário, porque se refere àquele que utiliza/usa o sistema/serviço de saúde e porque se considera a pessoa um ser de direitos, um cidadão. Além disso, usuário também tem um sentido mais abrangente, pois pode se referir não só ao “paciente”, mas também ao acompanhante ou familiar, etc. No nosso Sistema Único de Saúde (SUS) temos, inclusive, uma Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, nessa perspectiva, que está disponível aqui <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2016. Optou-se então, aqui, por manter a expressão “cliente” como tradução literal do italiano, respeitando-se a escolha do autor, explicitada pela tradutora, entendendo-a no sentido de “usuário” (N.E.).

<sup>8</sup> *Knowledge line*, no original. (N.T.).

A solução vem ainda da Imagem de Miller (1961), como uma “competência” de uso comum a todos, assim como o material cognoscitivo mnemônico ligado à linguagem corrente. “Quais imagens vem à mente, por associação, quando uma pessoa escolhe uma casa? Quando pensa em uma fábrica? Quando pensa na fadiga?” As respostas são imagens familiares a todos, independentemente da escolaridade. Os grupos de fatores que derivaram dessas perguntas foram quatro. A casa traz à mente: temperatura, luz, barulho, ventilação, umidade (primeiro grupo). A fábrica: pó, gás, fumaça, vapores (segundo grupo). A fadiga se desdobra em dois tipos fundamentais: aquela tradicional, devida à atividade física (terceiro grupo), e aquela devida a fatores não oriundos das atividades musculares, por exemplo: monotonia, ansiedade, repetitividade, ritmos excessivos, responsabilidade (quarto grupo). Essa estrutura representava as categorias de base sobre as quais se poderiam construir as ramificações científicas e as categorias mentais de tipo acumulativo, de acordo com as ideias de Minsky (1986).

Um segundo elemento de reorientação da minha experiência para uma psicologia da saúde de caráter ergonômico foi a consciência da centralidade do espaço físico. Deveria construir uma representação de risco por lugares, ao invés de substâncias, distúrbios ou danos. Construímos então a técnica do “mapa bruto”. Os operários desenhavam os mapas brutos de seu posto de trabalho, de forma grosseira, como um mapa do tesouro. Isso possibilitou uma comparação dos mapas cognitivos espaciais, que a psicologia conhece bem, mas utiliza pouco. Essa comparação demonstrou, como nosso laboratório confirmou largamente, que, sobre a aparente grosseria, os mapas cognitivos revelavam uma riqueza notável. Os denominamos então como “brutos”, a partir do significado desse adjetivo como “à espera de uma elaboração formal”. A possibilidade de comparação significava possibilidade de crítica, de distinguir dois lugares distintos. Centenas, milhares de mapas brutos foram feitos à mão nos anos 60 e 70, pelos operários, estudantes, médicos e psicólogos envolvidos na luta pela saúde nos locais de trabalho. Eram pesquisas heterodoxas, alheias ao circuito científico, tanto que, no Boletim da Sociedade geográfica italiana, alguns anos atrás, propunha-se a utilização também na Itália de uma técnica muito difundida nos Estados Unidos, a dos “mapas esboçados à mão”<sup>9</sup> (DAINI, 1993). O conceito abstrato de “lugar” se tornava um “onde” bruto, rico de informações a serem elaboradas. Isso é o que, sentado à minha escrivaninha, vejo além janela ao tentar recuperar a primeira imagem da “minha” psicologia da saúde.

## **HOJE**

### A CONCRETIZAÇÃO DE UM SISTEMA ERGONÔMICO DA SAÚDE

Há vinte anos respondi a uma questão de um grupo de dirigentes de uma Sociedade de apoio mútuo, desenvolvendo um projeto piloto para a transformação de uma organização de saúde voluntária de base territorial em Bouches du Rhône.<sup>10</sup> Objetivo: uma pesquisa sobre como realizar a organização da saúde local em uma perspectiva ergonômica. O resultado dessa investigação culminou em um projeto de organização

<sup>9</sup> “The hand sketch maps”, no original. Trata-se do título do artigo. (N.T.).

<sup>10</sup> Projeto ainda ativo na atualidade, sob a responsabilidade de Marc Andéol. Para mais informações, ver Andéol (2014). (N.T.).

da saúde e em sua implantação através do Sistema Informativo Concreto (SIC).

Este foi um trabalho de ação-pesquisa, muito mais que de pesquisa-ação. A relação entre ação e pesquisa foi o ponto de partida, visto que o objetivo da intervenção era realizar um processo organizativo da saúde, que permitisse eliminar as doenças elimináveis, ou seja, aquelas devidas ao ambiente construído. A dinâmica prevista foi: a) definir os riscos prioritários, considerados os índices prioritários de saúde; b) criar um percurso de informação sobre a saúde individual; c) reunir as informações individuais para obter uma representação da saúde coletiva; d) informatizar o sistema; e) difundir os resultados finais como um serviço estruturado, de modo a permitir à comunidade municipal avaliar a organização da saúde e conseqüentemente modificá-la.

O lugar onde o projeto foi desenvolvido: um “poliambulatório”, gerido por uma organização de apoio mútuo, uma clínica de saúde privada no que diz respeito à gestão da saúde, pois atendia casos que não demandavam internação dos afiliados à sociedade de apoio mútuo. Tratava-se de uma organização autônoma, estruturada com secretaria, clínicos gerais, médicos especialistas e laboratórios. Em outras palavras, era um serviço que garantia o que na Itália é realizado pelo médico de base, mais os serviços especialistas usuais: análises clínicas, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, pneumologia, neurologia, angiologia, entre outros.

Qualquer cidadão que adquire o direito de usar aquela clínica, ao inscrever-se voluntariamente naquela sociedade de apoio mútuo, pode agendar pelo telefone uma visita do seu médico. Em caso de urgência, pode ir pessoalmente ao ambulatório e consultar-se com o clínico geral de plantão. Cada clínico geral desenvolvia seu trabalho de acordo com suas particularidades, considerando-se o tempo, os exames, os equipamentos e serviços paramédicos disponíveis. Pode-se dizer que são condições ideais para a realização de suas funções de clínico geral e médico de família.

No âmbito dessa atividade, o SIC representa uma ação integrada com aquela habitual do clínico geral. Na realização do seu trabalho, o clínico geral sinaliza, com base nas regras estabelecidas pelo sistema, os casos considerados de risco do ponto de vista do ambiente (de vida ou de trabalho). Essa sinalização dá origem à criação de um percurso especial que define o tratamento das informações pelo SIC. A sinalização do médico, que pode ser substituída pela sinalização do próprio sujeito que deseja saber se sua saúde está em risco do ponto de vista do ambiente, dá origem à criação de uma lista de sujeitos em “risco presumido”.

Quando um cliente vai a um ambulatório para uma consulta de rotina, se há uma sinalização de risco presumido para ele, começa um ciclo caracterizado pelo seguinte percurso: médico, secretaria, cartógrafo<sup>11</sup>, médico, um percurso que a informação, considerada central no sistema, segue e que o psicólogo da saúde guia do ponto de vista processual. Quem faz a sua gestão, do ponto de vista operativo, através dos atores envolvidos, em particular os clínicos gerais, é uma figura nova na organização da saúde, o cartógrafo. Ele é o gestor de uma intervenção de ergonomia cognitiva, controlada pelo psicólogo, com o objetivo de recuperar a experiência dos sujeitos envolvidos, mais especificamente, recuperar o conhecimento do cliente sobre seu microambiente de vida e de trabalho. Interessa também recuperar a experiência dos diversos atores envolvidos na ação-pesquisa.

<sup>11</sup> Mappizzatore, no original. (N.T.).

O ciclo envolve, depois da sinalização do médico que deu origem ao percurso, a entrevista com uma secretária, que preenche corretamente o formulário individual de risco e o formulário do posto de trabalho. Para recolher as informações necessárias, ela segue um procedimento definido e periodicamente verificado pelo psicólogo, conjuntamente com os demais atores envolvidos no processo. Os formulários utilizam o modelo de quatro grupos de fatores nocivos e as informações já acumuladas no cadastro dos postos de trabalho portadores de risco no SIC.

O formulário individual de risco, informatizado, é composto de quatro áreas. A primeira permite identificar o sujeito (o nome é visível somente para o médico); a segunda identifica o posto de trabalho e os possíveis riscos de exposição; a terceira especifica os riscos de doença e danos eventualmente presentes no ambiente. Essas três partes são rigidamente codificadas, enquanto uma quarta parte, chamada folha de acompanhamento, contém todas as informações de forma clara (não codificadas nas outras áreas) sobre o sujeito e sobre as condições de risco, que, presume-se, possam ser de algum interesse. O objetivo é facilitar uma observação aberta, ou seja, não definida a priori pela codificação.

O formulário do posto de trabalho representa a base da anamnese ambiental, útil para estabelecer umnexo eventual entre o dano e o ambiente. O posto de trabalho é identificado através de três elementos: o “2mx2m”, o “CQF” e a “especificidade local”. O “2mx2m” representa o contexto espacial concreto no qual um sujeito trabalha (pode ser mais de um para cada sujeito). O “CQF” (o que ele faz)<sup>12</sup> é a atividade que o sujeito realmente executa (a tarefa adequadamente descrita). A “especificidade local” identifica se a atividade de trabalho, o processo, tem características específicas, positivas ou negativas, que se relacionam com o risco existente em atividades profissionais similares.

A avaliação do risco e do dano à saúde do indivíduo, passando pelos exames necessários e análise dos resultados, até a possível declaração de doença profissional, é de competência do médico.

O cartógrafo constrói o cadastro dos postos de trabalho que comportam riscos. Esse termo, cartógrafo, deriva da tarefa específica de produzir os mapas de risco. Os mapas são construídos por sobreposição: cada novo caso é acrescentado aos já conhecidos. Os mapas são utilizados conjuntamente com dados provenientes dos formulários individuais para a construção de um painel de risco no município (Quadro Municipal de Risco), que é composto por: a) uma carta topográfica do município, com delimitação dos lugares com risco; b) quatro colunas relativas aos riscos prioritários: 1) número de pessoas em risco para quaisquer dos riscos prioritários (estimativa); 2) número de pessoas em risco (conhecimento já documentado pelo SIC); 3) número de atingidos (estimativa); 4) número de atingidos (conhecimento documentado pelo SIC). O Quadro Municipal de Risco é atualizado periodicamente e é utilizado pelos três protagonistas do Sistema de Informações Concreto: os cidadãos, os médicos e o prefeito<sup>13</sup>. Ele representa um pólo (o outro é representado pelos formulários

<sup>12</sup> “Ce qu’il fait”, no original. (N.T.).

<sup>13</sup> Ou gestor municipal de saúde. (N.T.).

individuais) de um sistema ergonômico com uma forte possibilidade de função cibernética<sup>14</sup>, visto que as informações tornam possível o controle do território e a verificação da melhoria da saúde, que é a tendência do sistema.

## **2. UMA AÇÃO-PESQUISA DE ERGONOMIA DA SAÚDE**

### ***O PROBLEMA DAS INTERFACES NO SISTEMA***

A organização da saúde envolve a identificação dos “atores” fundamentais para a constituição, atual e ou potencial, das interfaces de contato dentro do sistema.

Utilizamos um esquema que permite a comparação entre diferentes situações. Três elementos estão sempre presentes no âmbito do território de um município e no cenário da organização da saúde: os cidadãos, os médicos e o prefeito. A condição de cidadão é uma qualidade comum a todos: também os médicos e o prefeito são cidadãos, do ponto de vista da própria saúde. O segundo grupo, composto pelos médicos clínicos gerais, tem uma função social particular, “avaliar” a saúde dos cidadãos (e tomar as condutas devidas). O terceiro grupo, representado simbolicamente pelo prefeito, inclui os sujeitos que possuem a função de administrar o território municipal nas questões de saúde.

O estudo das relações entre esses atores pressupõe que exista uma homogeneidade de linguagem no interior de cada um dos três grupos e uma heterogeneidade entre os grupos. Como consequência, é de notável interesse para o psicólogo o estudo das interfaces de comunicação entre esses grupos, primeiramente, para verificar quais interfaces são somente potenciais e quais são ativas. Interessa também conhecer se há preponderância de uma das áreas que fazem interface, se a permeabilidade acontece em ambas as direções, se a perda de informações na passagem de um lado ao outro é aceitável. A configuração dessas interfaces determina e define a eficácia da comunicação a partir da linguagem empregada nos arquivos, tais como os registros médicos ou equivalentes, procedimentos de anamnese, categorias concretas de apoio, códigos de classificação das doenças, relatórios, etc. Tais aspectos representam o conjunto total, geralmente confuso, muitas vezes obsoleto, às vezes inadequado, das linguagens da saúde.

Das interfaces possíveis, entre os três grupos, somente uma é geralmente ativa: aquela entre cada cidadão e o médico que o atende. Em uma situação especial de dois municípios onde atuamos na França, em que as diferenças formais entre os serviços de saúde distribuídos territorialmente são muito grandes, o Centro de Saúde que permitiu a realização da pesquisa desempenhou um papel fundamental na definição da dinâmica do triângulo cidadão, médico, prefeito.

Foi ativada uma nova função, a do cartógrafo, que desenvolve a função essencial de gestão das interfaces. A importância da linguagem revelou-se fundamental para o compartilhamento de categorias e estratégias, principalmente dos procedimentos e resultados almejados. Todo o percurso da informação, do momento do início da suspeita até a comprovação da existência do risco (identificação do agente causal)

<sup>14</sup> No sentido de autorregulação do próprio sistema, o qual se modifica com base nas informações e nas situações precedentes. (N.T.).



e de sua consequência real (doença ou dano), foi reconstruído com o pessoal paramédico e, sobretudo, com os médicos.

A pesquisa, com base em um modelo ergonômico, foi conduzida por psicólogos ergônomos, por um cartógrafo e por um consultor médico. O nosso laboratório de ergonomia atuava a centenas de quilômetros de distância do responsável operacional e do médico consultor do projeto. O modelo de referência que construímos foi batizado por nós de Liud<sup>15</sup>, ou seja, trabalho integrado entre unidades distantes.

Na verdade, a comunicação foi organizada como interface entre sujeitos que, construída uma parceria de trabalho “face a face”, adequavam as formas de comunicação à situação de trabalho à distância, simulando um afastamento gradual. Primeiramente, simulamos uma atuação integrada “à vista”, depois, o distanciamento dos dois grupos. Organizar a atuação remota foi bastante simples: um e-mail e um programa “Timbuctu Remote”<sup>16</sup>. Mais trabalhosa foi a tarefa de desenhar instrumentos e procedimentos operacionais adequados: duas mesas (uma real e outra metafórica) análogas nas duas sedes. O elemento essencial, de longe o mais complexo de alcançar: a perfeita integração do ponto de vista procedimental e funcional dos planos de conduta profissional dos operadores.

Estudamos os lados do triângulo (cidadãos, médicos e prefeito) que correspondem às interfaces. Particularmente a interface entre o médico e o cliente foi objeto de pesquisa em uma abordagem que nós denominamos “plano cotidiano de integração”. Utilizamos o modelo milleriano para simular o comportamento do médico e do cliente, para avaliar as incongruências entre as duas linguagens, a permeabilidade da interface. O objetivo foi a construção de um denominador mínimo comum de integração entre os dois planos de comportamento.

Todos os três lados do triângulo foram ativados, ainda que em graus diversos. A ativação da interface entre o prefeito e os médicos e entre o prefeito e os cidadãos determinou a criação de um Observatório Municipal de Saúde<sup>17</sup>, gerido pelo município, que cuida da difusão dos dados produzidos pelo Sistema Informativo Concreto entre os médicos externos ao SIC e entre os cidadãos.

A síntese desses dados é representada pelo painel municipal dos riscos atualizados, o qual responde às questões: a) onde estão os riscos prioritários? b) quantos são os expostos a estes riscos? c) quantos sofreram danos?

E o que isso oferece aos cidadãos?

### **UMA MUDANÇA DE NATUREZA ERGONÔMICA NA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE**

Oferece uma representação organizada da situação da saúde da população do município, direcionada para um conjunto de doenças elimináveis, sendo as informações modificáveis de acordo com as escolhas da própria população. Serve para que os cidadãos tenham um quadro utilizável para agir em direção a uma mudança planejada, para verificar a validade das previsões e das propostas de ação.

<sup>15</sup> *Lavoro integrato tra unità distanziabili*, no original. (N.T.).

<sup>16</sup> Software de controle remoto, que permite a um usuário controlar outro computador através da internet, usando o teclado e o mouse como se o operador virtual estivesse diante dele. (N.T.).

<sup>17</sup> No original OCS (Observatoire Communal de la Santé). (N. T.).

O que o sistema oferece aos médicos? Um instrumento para correlacionar a sua atividade profissional à pesquisa, realizando uma ação-pesquisa que os qualifica como terminais inteligentes da pesquisa científica. Um instrumento novo, que lhes fornece *feedback*. Um instrumento que pode medir a eficácia dos seus procedimentos e facilitar a interface de comunicação com os clientes, com os colegas e com os responsáveis pela organização da saúde na localidade. Um exemplo: os nove médicos que trabalham no SIC fizeram o reconhecimento de 80 doenças profissionais (mesoteliomas<sup>18</sup>, silicoses, surdez), contra um número igual de reconhecimentos na atividade dos 129 médicos restantes do mesmo território (relação de 8,9 para 0,62).

O que o sistema oferece ao prefeito ou gestor de saúde? Uma representação partilhada, ou potencialmente partilhada, da saúde da comunidade da qual os dados derivam, das intervenções e melhorias verificáveis, otimizando a representação para melhorar a qualidade total da saúde.

A organização da informação da saúde propiciada pelo SIC cria um ciclo por meio do qual se pode começar a colocar o problema da qualidade do sistema de saúde total. O que mudou?

Existe uma organização da saúde que possui uma estrutura de funcionamento visível. Realizou-se um cadastro das situações de risco (oito categorias) relacionadas aos ambientes de vida e de trabalho. A situação mais estudada, na medida em que também era a mais codificada e mais conhecida com base na literatura médica em relação às doenças ocupacionais, é aquela que corresponde às atividades econômicas (sexta categoria). No âmbito dos riscos ligados às atividades econômicas, foram escolhidos sete riscos prioritários, por serem mais graves ou mais frequentes. Esses riscos foram escolhidos por serem elimináveis, uma vez que são criados pelo ambiente construído pelo homem. Existe agora uma nova figura profissional que colabora com os médicos e com os gestores da saúde: o cartógrafo. Esse profissional representa a novidade em termos da organização da saúde. É o responsável pelo cadastro ambiental. É o especialista de investigação sobre o território, particularmente sobre o ambiente construído, e gerencia as informações na forma de arquivo dos dados referentes aos sujeitos, às situações de vida e aos postos de trabalho nocivos, construindo os mapas de nocividade. Particularmente, ele garante o registro histórico das informações sobre o ambiente, até então fragmentadas ou distorcidas.

A qualidade do trabalho médico é determinada pelo processo de partilha dos procedimentos, dos resultados e das inovações. Os procedimentos médicos são visíveis, partilhados, formalizando-se um modelo médico “médio” cujo padrão torna-se mais consistente. Sobretudo, houve uma mudança essencial: sendo um modelo partilhado, formalizado e modificável com base na experiência, possui uma tendência ao enriquecimento. Não se trata de uma média entre elementos dispersos, mas uma média entre elementos coligados.

## **A INTERFACE MÉDICO-CLIENTE**

Particularmente, houve uma transformação na valência do par médico-cliente, que assume a função de ponto de partida do sistema. A inovação fundamental: a

<sup>18</sup> Tipo raro de câncer, que atinge mais frequentemente a pleura, cujo único agente causador reconhecido é o amianto ou asbesto. (N.T.).

qualidade da anamnese. Na medicina, anamnese significa coleta de informações sobre os antecedentes da vida de uma pessoa, e também de seus antepassados, para fins de diagnóstico. O médico usualmente obtém essas informações através de uma entrevista anamnésica, partindo da memória do cliente. Esse procedimento serve para identificar suspeitas de risco ligado a doenças pregressas ou à hereditariedade familiar. A primeira inovação foi a de completar a anamnese através dos antecedentes patológicos dos “parentes ambientais”, informações de tipo epidemiológico, claramente válidas. A reconstrução anamnésica do sujeito vem também sublinhada pelo armazenamento do “perfil patológico”. O clínico geral, ou médico de família, possui um mapa “mental” dos clientes individuais, o que representa um verdadeiro perfil patológico. É uma memória quase nunca escrita, mas significativa para enquadrar os sintomas dos clientes em termos de probabilidade. O perfil patológico, que compreende o risco ambiental, redefine a anamnese e torna-se uma modalidade de classificação “outra”, para além daquela tradicional.

As mudanças são projetadas estritamente no nível do Sistema Informativo Concreto, mas por efeito de halo repercutem sobre toda a atividade profissional do médico.

### **3. LINGUAGEM E ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE**

A linguagem, para o psicólogo interessado no aspecto ergonômico, organizativo, da saúde, representa o cerne de sua atividade e seu instrumento profissional essencial.

A doença, e/ou a suspeita da doença, envolve classificações, estratégias de verificação, estratégias de intervenção pelos especialistas, atividades diagnósticas, lugares, ocorrências que são pontos de partida para comunicações com outros através de múltiplos tipos de linguagem. Do nascimento à morte, a saúde e a doença subordinam-se a procedimentos que tomam parte na linguagem, em sentido amplo. A gravidez, ou ainda antes, a confirmação da gravidez, o parto, o desenvolvimento das etapas da vida, produzem uma quantidade inacreditável de informações, que representam linguagens que são impressas nas revistas, nos livros, nos manifestos, registradas nas imagens televisivas. O resultado de tudo isso, como imagem da saúde, é uma linguagem articulada sobre memórias individuais, às vezes apenas fragmentos, resíduos, elaborados por cada um de nós. Todas essas linguagens, mesmo que nem sempre, ou quase nunca, coerentes, representam a base da linguagem do indivíduo.

Cada cidadão tem a sua imagem pessoal da saúde. Ajusta o seu dia, a sua semana, a sua existência, essencialmente sobre esses elementos, de modo às vezes automático, às vezes consciente, e em certos casos até obsessivamente. O aspecto do seu comportamento de saúde, no sentido estrito, que se manifesta no seu relacionamento com os serviços, e em particular com seu médico pessoal, é profundamente influenciado por sua imagem da saúde, por sua linguagem relacionada.

O médico não consegue ter acesso a tudo isto ao identificar os sintomas e sinais, mesmo aqueles do exame objetivo tradicional. Ao transmitir o significado dos exames físicos e de laboratório, bem como suas conclusões, ele deve também ter em consideração, e isso certamente não é fácil, as distorções causadas por sua própria imagem relacionada à saúde, particularmente suas concepções sobre prevenção e promoção de saúde.

Ao psicólogo da saúde interessa o estudo da linguagem, especialmente no nível da interface entre o médico e o cidadão-cliente. Nesse nível se define a linguagem de apoio, a qual caracteriza o registro e a memorização da qualidade da saúde do cidadão individual e da coletividade. Essa linguagem é sempre mais “evidente” que as linguagens codificadas pelo arquivamento eletrônico computadorizado.

O psicólogo pode construir um glossário das linguagens que apreende e que contribuem para definir sua atividade profissional; um glossário que permita administrar o sistema organizativo, do ponto de vista ergonômico. Não se trata de uma enciclopédia exaustiva, nem de uma lista de palavras-chave, mas de um registro (com identificação do “falante”) do significado dos termos, das frases, dos comportamentos frente aos problemas de doença, de prevenção e de cuidado, com os quais toma contato em sua atividade profissional.

A linguagem da saúde, por si só, tende ao senso comum. Assim, é fundamental construir um glossário como sistema de referência, com cada termo ou frase importante, considerados com um sentido único e identificados com a interface a que cada um corresponde. De fato, a linguagem que interessa ao psicólogo é uma linguagem monossêmica, que não admite ambiguidade na comunicação. A polissemia é aceitável, até importante, se for definida por um conjunto de significados claros, cada um dos quais reconhecido e precisamente atribuído a um determinado grupo ou janela.

## ***A JANELA DE MENDÈS***

Uma imagem, no sentido estrito do termo, me recorda quando construí o significado do que para mim é a janela no “modelo de Mendès”. Ao redor de uma mesa estavam médicos e operários. Discutíamos aspectos de linguagem relacionados às doenças, sobretudo profissionais, entre outras. O grupo dos médicos insistia no valor da própria linguagem. O resultado implícito era que, se a língua dominante, a língua “mãe” fosse a linguagem médica, os operários deveriam aprendê-la, aprender a traduzir seus próprios termos em termos médicos. Um dos operários, Mendès, reivindicou o direito de defender, para os operários, mas não só para estes, a própria linguagem, ainda que esta fosse muito situada, ou melhor, por isso mesmo. Aceitar como válida somente a forma de expressão médica significaria perder todas as particularidades dos setores, todas as conexões com uma realidade feita de coisas, homens e modelos que a língua “mãe” não abrangia. A conclusão do grupo: a situação era como um pátio, visto de diversas janelas, de formas diversas. Cada uma dessas “visadas” tem o seu valor; nenhuma delas tem o valor de única vista válida. Cada grupo, homogêneo, do ponto de vista operativo, tem sua própria “visada” do problema da saúde. Cada “visada” tem seu valor funcional. O médico é portador de uma “visada” estruturada cientificamente, mas insuficiente para resolver, sozinha, o problema da saúde. O modelo da janela de Mendès pode permitir, sendo aceito como metamodelo pelo psicólogo, gerir glossários diversos, vistos como linguagens de interface entre grupos diversos. O psicólogo pode manter-se em comunicação sobre o problema da saúde com grupos diferentes, sendo este o cerne do seu próprio fazer profissional.

## **O PSICÓLOGO ERGÔNOMO DA SAÚDE**

Conhecer as linguagens dos diversos grupos para melhorar o funcionamento do sistema-organização da saúde é indispensável.

Nessa abordagem, a função principal do psicólogo da saúde é exercer o papel de guardião da linguagem situada que permite, facilita e potencializa a integração dos operadores e dos utilizadores do sistema.

A linguagem é um “todo” situado, é o que interessa ao psicólogo da saúde, em um contexto territorial definido. Ela é estreitamente relacionada com a ação social: o problema da organização da saúde comporta considerações particulares. A linguagem “sobre e da” saúde é mista. Pode ser histórica, natural ou especializada, trivial ou obscura, analógica ou digital, monomídia ou multimídia. Compreende a linguagem das anotações do médico durante a consulta, usada nos registros médicos, nos resultados de exames de laboratório, todas as memórias que se perdem e que restam durante os caminhos da estrada que vai da suspeita ao conhecimento da doença. Esse percurso compreende também os comportamentos que resultam dos problemas da saúde.

A linguagem da saúde, na sua complexidade, se confunde com a organização da saúde, compreendida como o intercruzamento entre os planos de comportamento dos sujeitos frente ao temor da doença (em busca de saúde) e a resposta da sociedade, da comunidade. Sem um modelo válido para ler a organização do trabalho social, torna-se difícil, se não impossível, pensar em uma intervenção de psicologia na organização da saúde, em uma estrutura institucional, em um município ou região.

A organização institucional da saúde (com seus apêndices privados) não é programada a partir do zero; é caracterizada por “ajustes” nem sempre solicitados pelos interessados, operadores e usuários. Não é, como a fábrica, um sistema reproduzível, que representa a realização de um projeto e que tem um produto bem definido, que, embora seja modificável em certos segmentos e detalhes, mantém sempre a estrutura do conjunto. A organização da saúde, como organização da sociedade civil, da qual faz parte, é um conglomerado de sistemas formais e de sistemas brutos (ou seja, ricos de experiência acumulada, em mínima parte elaborada).

Os sistemas formais, os serviços, representam os subsistemas que podem ser estudados como o modelo de leitura mais usado em Psicologia do Trabalho e das Organizações: o da fábrica. Os sistemas brutos são representados pelas informações não organizadas, que são formalizadas somente no momento da necessidade individual.

Subjacente à organização de saúde visível, estão as informações sobre a saúde, que devem ser conhecidas e monitoradas. O percurso dessas informações tem como ponto de partida a suspeita de alteração do estado de saúde (atual ou esperado). Ele prossegue com a evolução do conhecimento sobre o estado de saúde, ao menos do ponto de vista diagnóstico (causas e quadro nosológico) e terapêutico.

### **O PERCURSO “DA SUSPEITA AO CONHECIMENTO”**

O percurso “da suspeita ao conhecimento” representa a estrutura de apoio criada no processo de organização da saúde; um metamodelo que caracteriza a história

da saúde de cada indivíduo singular, mas que não se pode recuperar, como um percurso documentado, sem um projeto sequencial, representado pela organização de saúde. O percurso produz, em cada momento, uma informação, utiliza uma linguagem, define um significado que pode ser uma memória útil.

A estrutura da organização de saúde apresenta alguns nós, gargalos que fazem o percurso “da suspeita ao conhecimento” descontínuo. Um dos nós, visível para todos, e que infelizmente é tratado como um evento meramente burocrático, é o relacionamento médico-cliente. Na Inglaterra, como na França, há a tendência a fazer do médico o terminal que faz a gestão dos fundos, para tratamento ambulatorial e hospitalar, a que cada cidadão tem direito. Há elementos para pensar que essa seja a tendência destinada a prevalecer na Comunidade Europeia.

O par cliente-médico é o motor do sistema inteiro da saúde. Representa um elemento essencial na produção de informações. A condição de máxima produtividade, em sentido qualitativo, somente será garantida nesse nível se for possível falar de uma qualidade da organização da saúde. Aqui é importante fazer uma consideração sobre o desenvolvimento técnico-científico, que modificou profundamente o “posto de trabalho” do médico de família, ou clínico geral, de antes.

### ***UMA SITUAÇÃO EXPERIMENTAL PARTICULAR***

Não se trata somente de uma mudança de termos: médico clínico-geral, médico da atenção primária, médico generalista. Trata-se de uma mudança da situação “clínica”, caracterizada pela unidade de tempo, de lugar e de ação. A situação que caracterizou o plano de conduta profissional do médico por mais de um século pressupunha que o médico tivesse em si mesmo tudo que lhe permitia concluir a ação médica: formular o diagnóstico, o prognóstico e prescrever o tratamento.

O desenvolvimento dos procedimentos técnicos criou um problema: sua conduta profissional foi dividida em duas fases. Uma primeira fase de contato com o cliente para a definição de uma hipótese diagnóstica, a qual determina o pedido de exames. Uma segunda fase, na qual os resultados das investigações permitem ao médico concluir o percurso diagnóstico. O tempo que decorre entre a primeira e a segunda fase, às vezes muito extenso, deforma o plano de conduta profissional do clínico geral e altera profundamente a qualidade do par médico-cliente.

O médico do pronto socorro retrata, paradoxalmente, o médico de família nos anos dois mil, pois este tem a possibilidade de ter à sua disposição, em tempo real, todos os exames necessários para concluir o diagnóstico, em uma só fase.

Cabe ao psicólogo da organização da saúde estudar e classificar as condições nas quais, em um contexto territorial definido, o médico clínico geral desenvolve seu trabalho. Uma avaliação deste “lugar” é uma informação essencial na determinação da qualidade do “posto de trabalho” do clínico geral. Provavelmente, a partir da classificação da qualidade desse posto, pode-se desenhar o percurso que leva à descoberta dos índices de qualidade do sistema total.

Em uma situação especial, foi possível visualizar a organização da saúde através da recuperação e formalização de todos os aspectos brutos essenciais. Isso demandou um trabalho de anos e o envolvimento, nesse processo, dos operadores

fundamentais do sistema, particularmente os médicos clínico-gerais, bem como o reconhecimento de seus modelos e competências profissionais. Em outras palavras, o modelo de análise respeitou o velho adágio chinês que diz: “se ouço, esqueço, se vejo, recorro, se faço, aprendo”.

Ao construir junto com os atores, os protagonistas de uma organização da saúde já existente, empírica, mas embasada sobre uma demanda social bem definida, uma organização nova, consciente, “visível e sem remendos” como psicólogos ergônomos da saúde, acreditamos vislumbrar uma primeira resposta à exigência de construir uma organização da saúde de tipo cibernético. A abordagem é cibernética no sentido que garante os limites dentro dos quais o sistema se autorregula. Garante também uma autorregulação mais complexa que podemos identificar como autopoiese, porque os valores de referência para a autorregulação são uma capacidade interna do próprio sistema. Usamos o termo “garante”, devemos especificar melhor: pode garantir, tal qual uma ferramenta. A garantia é dada somente pela ação social coletiva.

#### 4. OBSERVAÇÕES CONCLUSIVAS

Nós gostaríamos de apresentar conclusões a partir experiência de construção de um sistema ergonômica, do nosso projeto de organização da saúde. A tentativa de transmitir nossa pesquisa, neste artigo, foi trabalhosa. Não nos preocupamos em tentar explicar todos os procedimentos, o *know-how* que o projeto comportou; para nós bastou ter transmitido quais são os problemas que, a nosso ver, devem ser resolvidos.

Entretanto, fornecer conclusões significaria dar às nossas realizações um significado tal que permitisse uma generalização. Limitaremos-nos a fazer algumas observações, apenas indicações, a respeito do que, segundo nosso ponto de vista, poderá ser o cenário que interessará ao psicólogo da saúde, de abordagem ergonômica organizativa, nos próximos anos: um cenário caracterizado por uma notável turbulência, ligada às mudanças: a) da estrutura social internacional; b) do desenvolvimento de metodologias técnico-científicas ligadas à saúde; c) da cultura sobre a saúde; d) do direito à saúde como expressão democrática.

Em primeiro lugar, a constituição da Europa, cada vez mais caracterizada pelo aspecto multiétnico, colocará o problema do conhecimento das diversas “línguas” da saúde.

Em segundo lugar, o desenvolvimento e a difusão das metodologias técnico-científicas tornará possível cada vez mais conhecer as disponibilidades mundiais de instrumentos e especialistas. Cada vez mais ricas serão as informações, embora também seja mais difícil haver uma habilidade de apreciação mútua entre as propostas que se apoiam em bases científicas e as “outras”.

Em terceiro lugar, será mais difícil intervir sobre regras alimentares, de vida em um sentido mais amplo, no âmbito da diversidade de visões da vida e da morte, nas diversas culturas.

Em quarto lugar, na Itália estamos passando do direito à igualdade nos cuidados para o direito à igualdade do risco. Neste campo a Itália tem uma primazia: o

conceito jurídico de dano biológico, ou seja, a paridade do direito à compensação, independente da renda<sup>19</sup>. Em outras palavras, o ressarcimento se dá com base nos danos, e não em função da situação financeira do sujeito. Essas mudanças se acompanharão certamente de outras no restante da comunidade europeia, algumas muito mais relevantes para os países externos à Europa.

Todas essas mudanças prováveis, possíveis, representam problemas sobre os quais o psicólogo ergônomo deve refletir no que diz respeito a pelo menos três aspectos: a linguagem, a organização da saúde e o planejamento de um sistema de saúde.

O psicólogo é implicado primeiramente através do processo de organização da saúde como fio condutor do indivíduo no âmbito da organização sanitária, a qual é constituída por todos os cidadãos. Esse envolvimento o leva de volta à abordagem principal do ergônomo: a recuperação da competência para a ação, para replanejar, ou ao menos atualizar, a organização da saúde.

A utilização dessa proposta para a redefinição da organização sanitária depende de mediações sociais e políticas que não envolvem necessariamente o psicólogo. O que se define é um novo papel para ele no desenho do sistema, como profissional capaz de coordenar habilidades profissionais diversas, em uma abordagem ergonômica, que o especialista sozinho, ainda que seja qualificado ergonomicamente, não é capaz de desenvolver.

Esse desenho, ou planejamento, não é apenas uma relação abstrata entre conhecimento e criação, mas representa a capacidade de utilizar os conhecimentos concretos, de sujeitos que são especialistas no assunto, para “fazer” projetos que combinem os planos de comportamento existentes, integrando-os do ponto de vista ergonômico.

Por fim, o problema da informatização certamente é um elemento crucial de uma nova organização da saúde. “Um sistema informático não precisa ter uma estrutura fixa, pode ser uma estrutura em evolução, determinada pelas ocorrências.” (WINOGRAD; FLORES, 1986). Ainda neste sentido o papel do psicólogo ergônomo pode ser importante na gestão e acompanhamento do desenrolar das situações e contribuir para a redefinição das linguagens, especialmente da linguagem informática, a qual faz o papel de guia do idioma.

## REFERÊNCIAS

ANDÉOL, M. Il Catasto dei Rischi Eliminabili. In: RE, A.; CALLARI, T. C.; Ocelli, C. (a cura di). **Sfide attuali, passate, future: il percorso di Ivar Oddone**. Torino: Otto, 2014. (p. 85-95).

BOULDING, K. E. **The image: knowledge in life and society**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1956.

BUTERA, F. (a cura di) **Le ricerche per la trasformazione del lavoro industriale in Italia: 1969-1979**, Franco Angeli, Milano, 1981.

DAINI, P. **Mappe cognitive e mappe diseguate: le hand-drawn sketch maps, come espressioni**

---

<sup>19</sup> Uma das lutas do Movimento Operário Italiano era relacionada à não monetização do risco, no sentido de que este deveria ser eliminado, e não tolerado com o ressarcimento pelos danos, como referido por ele na lei Italiana, ou com o pagamento de adicionais de periculosidade/insalubridade, como ocorre no Brasil. (N.T.).



psicologiche e geografie personali. **Bollettino della Società Geografica Italiana**, Milano, n. 11, v. 10, p. 191-201, 1993.

MILLER, G. A.; GALANTER, E.; PRIBRAM, K. H. **Plans and the structure of behavior**. New York: Hold, 1960.

MINSKY, M. **The Society of Mind**. Nova Iorque: Simon & Schuster, Touchstone Book UNB, 1986.

WINOGRAD, T.; FLORES, F. **Understanding computers and cognition: A New Foundation for Design**. New Jersey.: Ablex Publishing Corporation, 1986.

**Data da submissão:** 05/02/2016

**Data da aprovação:** 29/07/2016

