

WELL-BEING, PREVENTION, RISK
BENESSERE, PREVENZIONE, RISCHIO
BIEN-ÊTRE, PRÉVENTION, RISQUE
BIENESTAR, PREVENCIÓN, RIESGO
BEM-ESTAR, PREVENÇÃO, RISCO
WOHLBEFINDEN, VORBEUGUNG, RISIKO

EBOOK OF THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH PROGRAM
“ORGANIZATION AND WELL-BEING”

GIOVANNI RULLI
DIREZIONE GENERALE DELL'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL'INSUBRIA

BRUNO MAGGI
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Abstract

The etymology and the development of the meanings of well-being, prevention and risk, as well as their relationships, are presented and discussed. It is reminded that the World Health Organization defined health as physical, mental and social well-being, and that the European Union prescribed a general and programmed primary prevention, integrated with the design of work situations. However, current interpretations and practices mistake well-being with wellness, and prevention with the management of existing risks, while usually attributing the responsibility to the acting subjects in the workplace. The Interdisciplinary Research Program “Organization and Well-being”, for over three decades, has interpreted well-being as a perfectible process, and outlined pathways of work analysis that actually carry out primary prevention.

Keywords

Well-being, Prevention, Risk, Work analysis, Organizational action.

Well-being, Prevention, Risk / Benessere, Prevenzione, Rischio / Bien-être, Prévention, Risque / Bienestar, Prevención, Riesgo / Bem-estar, Prevenção, Risco / Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko, Rulli Giovanni, Maggi Bruno. Bologna: TAO Digital Library, 2018.

Licenza: CC BY-NC-ND 4.0
© Copyright 2018 degli autori

ISBN: 978-88-98626-14-4
DOI: <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6027>



The TAO Digital Library is part of the activities of the Research Programs based on the Theory of Organizational Action proposed by Bruno Maggi, a theory of the regulation of social action that conceives organization as a process of actions and decisions. Its research approach proposes: a view on organizational change in enterprises and in work processes; an action on relationships between work and well-being; the analysis and the transformation of the social-action processes, centered on the subject; a focus on learning processes.

The contributions published by the TAO Digital Library are legally deposited and receive an ISBN code. Therefore, they are to be considered in all respects as monographs. The monographs are available online through AMS Acta, which is the institutional open archive of the University of Bologna. Their stable web addresses are indexed by the major online search engines.

TAO Digital Library welcomes disciplinary and multi- or inter-disciplinary contributions related to the theoretical framework and the activities of the TAO Research Programs:

- Innovative contributions presenting theoretical or empirical analysis, selected after a double peer review process;
- Contributions of particular relevance in the field which are already published but not easily available to the scientific community.

The submitted contributions may share or not the theoretical perspective proposed by the Theory of Organizational Action, however they should refer to this theory in the discussion.

EDITORIAL STAFF

Editor: Bruno Maggi

Co-editors: Francesco M. Barbini, Giovanni Masino, Massimo Neri, Giovanni Rulli

International Scientific Committee:

Jean-Marie Barbier	CNAM, Paris	Science of the Education
Vittorio Capecchi	Università di Bologna	Methodology of the Social Sciences
Yves Clot	CNAM Paris	Psychology of Work
Renato Di Ruzza	Université de Provence	Economics
Daniel Faiña	Université de Provence	Language Science
Vincenzo Ferrari	Università degli Studi di Milano	Sociology of Law
Armand Hatchuel	Ecole des Mines Paris	Management
Luigi Montuschi	Università di Bologna	Labour Law
Roberto Scazzieri	Università di Bologna	Economics
Laerte Sznalwar	Universidade de São Paulo	Ergonomics, Occupational Medicine
Gilbert de Terssac	CNRS Toulouse	Sociology of Work

ISSN: 2282-1023

www.taoprograms.org – dl@taoprograms.org
<http://amsacta.cib.unibo.it/>

Publicato nel mese di novembre 2018
da TAO Digital Library – Bologna

Bem-estar, Prevenção, Risco

*Giovanni Rulli, Direzione Generale dell'Agencia di Tutela della Salute dell'Insubria
Bruno Maggi, Università di Bologna*

Bem-estar*

(Inglês *Well-being*; Italiano *Benessere*; Francês *Bien-être*; Espanhol *Bienestar*; Alemão *Wohlbefinden*)

Bem-estar é uma palavra composta do advérbio “bem”, e do verbo “ser”, “estar”, “existir”. Este termo aparece no século XVI para designar a satisfação das necessidades físicas. Desde o século XVIII indica uma situação material que permite satisfazer as necessidades da existência. A noção de bem-estar em economia, em sociologia e na ciência política, é correlacionada ao “bem-estar social”, é usada em referência a uma sociedade na sua totalidade, compreendendo a abundância de dinheiro e o acesso aos bens e serviços, mas também o grau de liberdade, de prazer, de inovação e de saúde ambiental. O “bem-estar econômico” é definido, de modo mais restritivo, como a parte do bem-estar social que pode ser referido a parâmetros monetários. A partir da metade do século XX, se admite o significado ligado às condições de saúde, graças a uma noção que altera a ordem dos valores a respeito da própria noção das ciências sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a sua constituição na segunda metade da década de 1940, expressa a idéia de “saúde” formulada em termos de *bem-estar físico, mental e social*. Esta idéia se opõe à antiga definição negativa de saúde como ausência de doença. Expressa em termos positivos, coloca em evidência a prioridade da prevenção e da promoção da saúde em relação ao tratamento, conectando ao mesmo tempo corpo e a psiqué à dimensão social da pessoa humana. Assim, o bem-estar se identifica com saúde em seu sentido mais amplo, em todos os seus aspectos, e de maneira ativa. A

* Uma diversa versão desta primeira seção, referente ao conceito de bem-estar, foi publicada na revista *Laboreal*, 2006, 2, 1: 62-63. Agradecemos a revista pela autorização deste nova publicação.

nova noção é então compartilhada, é promovida internacionalmente, e acolhida pela legislação de vários países em todo o mundo.

Posteriormente, a OMS enriqueceu ainda mais esta formulação, em particular por ocasião da conferência de Alma Ata de 1978, com a declaração dos objetivos da “Saúde para todos no ano 2000”, e com a Carta de Ottawa, de 1986. O que significa saúde não corresponde a um estado natural, mas a um constructo social, para o qual se reconhece que a promoção do bem-estar não pode ser imposta mas deve ser administrada de modo autônomo por cada sociedade em relação à sua própria cultura, inscrita no contexto de acordo com a posição geográfica e às diversas realidades sociais. O bem-estar assim definido não deve ser considerado de modo estático e unívoco, e nem como um estado opcional, mas impossível de se alcançar. Deve ser entendido como um *processo perfectível* a ser perseguido, como indicou Giovanni Rulli no quadro do Programa Interdisciplinar de Pesquisa “Organization and Well-being”. As necessidades e os objetivos do bem-estar são variáveis em relação à diversidade contextual e temporal, e em relação à possibilidade de uma *melhoria contínua*.

O *trabalho* é diretamente afetado por essa concepção inovadora de saúde. O Comitê misto OMS/OIL (Organização Internacional do Trabalho) sobre a saúde no trabalho formulou em 1995 uma “definição de saúde no trabalho” que se baseia nos mesmos princípios. Uma diretiva europeia (89/391/EEC), inscrita nas legislações nacionais dos Estados membros da União, prescreve uma *prevenção primária, geral, programada, e integrada na concepção do trabalho*. A prevenção é “primária” quando se opõe ao surgimento do risco: é o grau mais alto de prevenção, comparado à ação referente ao risco existente ou, pior, ao dano verificado. Portanto o quadro normativo (marco regulatório) que prescreve a ação preventiva primária impõe uma análise e uma intervenção de forma iterativa, baseada em critérios objetivos e articulados de modo exaustivo em toda a situação de trabalho, visando o controle da saúde e da segurança dos trabalhadores. Fora da União Europeia, vários países promulgaram normas semelhantes.

Esta visão inovadora tem, por outro lado, raízes antigas. Reflexões e estudos orientados no sentido de relacionar o *bem-estar* nos locais de trabalho e uma *análise do trabalho* foi desenvolvida ao longo de século XX, embora de modo não constante e com diferentes sucessos.

Ao início do século, Emil Kraepelin e Hugo Münsterberg, alunos de Wilhelm Wundt, fundaram os primeiros laboratórios de psicofisiologia, cujo objetivo era o estudo da “*fatiga no trabalho*”. Max Weber relaciona essas investigações com os estudos da economia e sociologia voltados às empresas na pesquisa de Verein für Sozialpolitik. Luigi Devoto promove a medicina do trabalho, uma nova disciplina com intenções claramente preventivas, afirmando que “o verdadeiro paciente é o trabalho”.

Estes interesses por esses estudos começou nos mesmos anos do surgimento da proposta dos princípios da “*organização científica do trabalho*” por Frederick W. Taylor e da “*administração geral*” por Henri Fayol. A visão funcionalista da sociedade, da empresa e do trabalho industrial presuposta nas teorias de Taylor e Fayol, se torna a orientação explícita do percurso da Relações Humanas iniciadas por Elton Mayo, e da sua escola durante a Grande Crise de 1929-30. Essa nova abordagem combina o “*modelo clássico*” da organização com a “*flexibilidade*” e a “*satisfação no trabalho*”. Com a sua difusão, a ênfase é colocada na “*integração*” dos trabalhadores no sistema, enquanto os estudos sobre a fadiga do trabalho são extintos e enquanto a medicina do trabalho se afasta do seu princípio fundador.

Entre os anos de 1940 e 1960 Georges Friedmann tenta renovar as ideias do bem-estar, frente aos excessos do “*maquinismo industrial*” e as condições de alienação, sendo contrário ao Taylorismo e às Relações Humanas, e particularmente aos seus fundamentos funcionalistas. Ele propõe uma *Sociologia do trabalho* como uma abordagem amplamente interdisciplinar (malgrado a denominação), cujo primeiro passo é constituído pelo controle da saúde física e mental do trabalhador, ao qual são adicionados intervenções positivas, voltadas para uma “*tríplice valorização: intelectual, moral e social*”. Ao final dos anos 1940, uma nova corrente de estudo do trabalho foi fundada na Inglaterra: a

Ergonomics. Esta é apresentada como um encontro interdisciplinar que reúne conhecimentos biomédicos, psicológicos e tecnológicos, visando “adaptar o trabalho ao homem”. Nos anos 1950 teve início na França e na Bélgica a *Ergonomie*, com base igualmente interdisciplinar, cujo objetivo era “comprender o trabalho para transformá-lo”, e cuja abordagem se distingue daquela anglo-saxônica no estudo da “atividade” do operador nas situações concretas de trabalho. O nascimento quase contemporâneo destas correntes, dos temas de Friedmann do bem-estar no trabalho, e da redefinição da saúde em termos positivos por parte da OMS, levam a supor a existência de influências entre esses programas, embora provavelmente indiretas. Todavia, no decorrer das décadas seguintes não se encontra um desenvolvimento dos propósitos iniciais em evoluções plúrias da sociologia do trabalho e da ergonomia.

A noção de bem-estar e sua relação com o trabalho, portanto, têm uma história longa e não linear. Devemos também considerar as diferentes interpretações que lhe dizem respeito. Seria particularmente errado acreditar que as teorias do “modelo clássico” da organização não levaram em conta o bem-estar. Taylor e Fayol, ou ainda Frank B. Gilbreth, e também Henry Ford, explicitamente se mostraram preocupados. No entanto, a maneira de ver o bem-estar e o trabalho implicava que o trabalhador alcançasse seu máximo bem-estar adaptando-se completamente às necessidades do sistema. Igualmente, para as teorias de flexibilidade e satisfação no trabalho, que se desenvolve a partir das correntes das Relações Humanas até os dias de hoje, o bem-estar é um estado que deve necessariamente ser oriundo da otimização do funcionamento do sistema. Isso é atestado em numerosos estudos, que desde a década de 1950, enfatizam os vínculos entre “motivação, produtividade e satisfação”, entre “estresse e conflitos de papéis”, ou sobre a “qualidade de vida no trabalho”.

O bem-estar entendido no sentido que se desenvolveu em seguida à indicação da OMS não pode, evidentemente, ter lugar nas teorias que pressupõem a “predeterminação do sistema” em relação aos sujeitos agentes. E nem mesmo encontrar guarida nas teorias nas quais a situação de trabalho é

uma “realidade socialmente construída”, reconhecível *a posteriori*, que se impõe com seus entraves ao ator.

A definição da OMS, e a ideia do bem-estar como *processo perfectível* desenvolvido no Programa “Organization and Well-being”, exigem uma teoria que conceba também o trabalho como *processo*. Um processo de ações e decisões, sempre mutáveis e melhoráveis, que possa incorporar o bem-estar em sua concepção e na transformação contínua por parte dos sujeitos que estão implicados. Este é o desafio para a disciplinas do trabalho frente ao bem-estar.

Prevenção

(Inglês *Prevention*; Italiano *Prevenzione*; Frances *Prévention*; Espanhol *Prevención*; Alemão *Vorbeugung*)

O termo *prevenção* aparece no latim tardio *praeventio*, derivado do latim clássico *praevenire*, literalmente “vir antes”, do qual descende o sentido figurado de “antecipar”. Termos próximos são *providere*, “adotar providências” e *praevertere*, “impedir que qualquer coisa aconteça”. Desde o século XVI *prevenção* assume o significado de “medida de precaução” para “impedir” qualquer coisa desagradável.

A prevenção “moderna” nasce no início do século XVIII, com a primeira obra de análise das relações entre trabalho e doença. Bernardino Ramazzini, professor de Medicina Teórica e Prática, primeiramente na Universidade de Modena, e depois na Universidade de Pádua, coloca em evidência os danos do trabalho que ao mesmo tempo provê subsistência (*Varia et multiplex morborum seges, quam non raro artifices quidam extrema sui pernicie ex iis artibus, quas exercent, pro lucro referunt ...*).

Perto do fim do mesmo século é publicado o primeiro dos nove volumes do tratado de “polícia médica” do médico alemão Johann Peter Frank (1745–1821), docente em Viena e Pávia, publicados no período de quase cinquenta anos, de 1779 à 1827. Por um lado, a polícia médica tinha por ambição melhorar as condições de higiene e saúde pública, por meio de uma completa

identificação das principais doenças sociais e das suas causas; e, por outro lado, através da promulgação de leis que prescreviam dez ações e comportamentos em defesa da saúde. A medicina pública e a medicina assim chamada “social” devem muito à obra de Frank, desenvolvida no auge do iluminismo de Jean-Jacques Rousseau. Situados ainda na Europa central, devemos lembrar das reflexões sobre higiene nos hospitais do médico húngaro Ignác Fülöp Semmelweiss (1818-1865), célebre, mas perseguido, descobridor da causa das septicemias no hospital de Viena em 1846, e também sobre a higiene pública e ambiental do químico, fisiologista e higienista Max Joseph von Pettenkofer (1818-1901).

No campo biomédico surgiram ao longo do tempo as noções de *prevenção primária* (visando a redução da a incidência de doenças, agindo nos “fatores de risco”, nas “causas patogênicas”, antes que estas levassem às manifestações dos seus próprios efeitos), *secundária* (em relação ao diagnóstico precoce e a terapia precoce), *terciária* (visando prevenir os resultados invalidantes e a morte). Esta distinção mostra hoje uma rigidez considerável. Isso leva a segmentar as possíveis intervenções, e a definir as áreas de interesse e a intervenção das disciplinas biomédicas envolvidas: a higiene e a prevenção, o diagnóstico e a terapia, a reabilitação. Igualmente aparece artificial a distinção, presente no vocabulário da prevenção nos ambientes de vida privada e de trabalho, incluindo “prevenção” (primária), “proteção” (com relação ao risco) e “precaução” (sobre as possibilidades de existência de risco). A prevenção, entendida principalmente como primária, deve inevitavelmente ser baseada sobre um princípio de precaução, abordando as hipóteses de risco provável, e se estende à proteção se os agentes nocivos são admitidos no âmbito da vida privada e do trabalho (o que, todavia, não deveria se produzir) ou existam condições de riscos não específicos, como no caso do estresse.

A prevenção, em seu sentido pleno, exige uma ação direta destinada não apenas para *evitar* o encontro entre agentes nocivos e seres humanos, mas também para *impedir a ativação* das condições de risco, excluindo a expressão do próprio agente nocivo. Isto é também previsto na diretiva europeia geral sobre

a prevenção no posto de trabalho (directiva 89/391/CEE), que prevê a prevenção como *primária, geral, programada e integrada na concepção do trabalho*.

Esta definição, lógica e juridicamente fundamentada, implica que a prevenção que se refere aos locais de trabalho seja baseada em uma avaliação alicerçada objetivamente em critérios documentados e de modo interativo, estendida à toda situação de trabalho, seja concebida antecipadamente e em termos gerais, seja integrada na concepção da situação de trabalho, visando a contínua melhoria das suas condições.

Portanto é crucial compreender como a análise e a interpretação das situações de trabalho podem ser direcionadas para a *prevenção primária das doenças, dos acidentes, do mal estar, e do sofrimento no trabalho*, ou seja, para fazer escolhas congruentes de objetivos de produção e de perspectiva de bem-estar para as pessoas envolvidas. Uma prevenção realmente primária requer o reconhecimento da ausência de fundamento da predeterminação técnica ou econômica, pois nas situações de trabalho – como na vida em geral –, tudo é fruto de escolhas, sempre modificáveis. Em consequência, é necessário superar os critérios de concepção e estruturação do trabalho que pressupõem a adaptação dos sujeitos agentes aos constrangimentos ou às contingências do sistema.

Práticas muito difundidas, como por exemplo a avaliação da “aptidão para a tarefa”, ou de “fatores de risco”, são totalmente inadequadas em um percurso de prevenção. A avaliação da aptidão para a tarefa se baseia na aceitação das atribuições estáveis e imutáveis das operações elementares, derivadas do taylorismo, à pessoas válidas e adaptáveis, tornando possível, nos fatos, a substituição do sujeito menos adequado por um sujeito “são e robusto”. Ao aceitar que o risco depende de “fatores”, se presume que este seja inevitavelmente presente, ao invés de se questionar as condições que podem ativá-lo como consequência das ações humanas. Igualmente deve-se ter consciência das enganosas posturas da atribuição de valores positivos aos conceitos de “flexibilidade” e de “satisfação no trabalho”, derivados do funcionalismo sociológico e psicossociológico. Flexível é, no seu significado

etimológico, o que se adapta facilmente. No trabalho, flexível refere-se à adequação do sujeito às prescrições organizacionais. A satisfação às tarefas atribuídas e ao seu desenvolvimento não é necessariamente associado ao bem-estar; pelo contrário, é frequentemente associado a sobrecargas físicas, mentais e sociais que implicam recaídas patológicas, relevantes e, às vezes, letais.

As abordagens que propõem associar o bem-estar no trabalho ao “bom clima organizacional”, ou à resiliência dos trabalhadores, ou ainda à sua boa forma física e psíquica (*fitness*) ou, enfim, a uma suposta maior liberdade de escolha com relação aos locais e aos tempos das atividades, como nas várias formas de *smart working*, não integram a prevenção. Trata-se apenas do desenvolvimento de perspectivas que, desde as primeiras décadas do século XX, e por todo o seu curso, tem pretendido a promoção de condições mais favoráveis aos sujeitos implicados no trabalho, sem todavia reconhecer a sua centralidade. De fato, atribuem ao próprio sujeito a responsabilidade da gestão do risco e dos danos derivados de escolhas que pressupõe a predeterminação do sistema.

A atividade de prevenção nos locais de trabalho requer a *análise dos processos de ações e decisões* que configuram as situações, e a sua concepção; uma análise que saiba interpretar a congruência entre as escolhas de estruturação, escolha técnica e escolha de objetivos, e que saiba incorporar nos objetivos o bem-estar, considerando a eficácia e a eficiência de todo o processo. O Programa Interdisciplinar de Pesquisa “Organization and Well-being” indica este percurso desde os anos 1980; tem ilustrado os seus fundamentos teóricos e metodológicos, e tem mostrado resultados em numerosos processos de trabalho, seja na manufatura como no serviço. Neste percurso, as escolhas de concepção e de estruturação do trabalho se mostram sempre passíveis de melhorias. O bem-estar não aparece mais como um “estado” temporário, e a prevenção primária como uma “utopia”: estes são, como o processo de trabalho, *processos perfectíveis*.

Risco

(Inglês *Risk*; Italiano *Rischio*; Francês *Risque*; Espanhol *Riesgo*; Alemão *Risiko*)

O termo grego *κίνδυνος* indica *risco* e *perigo* na filosofia antiga, e exprime, em geral, o aspecto negativo da possibilidade. O étimo de “risco”, na língua moderna, pode derivar do antigo itálico *risco*, do latim *resicare*, “remover ao cortar”. Desde o século XVI o significado do termo é sempre associado à ideia de *possibilidade*, e designa um evento negativo mais ou menos previsível, e “expor-se ao risco” equivale a “expor-se a um inconveniente possível”, através de um comportamento e não por acaso.

O conceito de risco entendido como possibilidade da ocorrência de um dano para a saúde, é tipicamente, e compreensivelmente, aplicado às patologias com maior impacto em termos de mortalidade ou de morbidade. Estuda-se, por consequência, especificamente o risco, e tende-se a dar uma avaliação quantitativa; isto no âmbito da patologia cardiovascular (com base em dados relativos a pressão arterial, peso corporal, colesterolemia, etc), da patologia neoplásica (exposição à agentes nocivos, classificados de acordo com as categorias de evidências de relações entre exposição e câncer, como por parte da Agência Internacional da Pesquisa sobre Câncer), mas também com relação a outras doenças com impactos relevantes em termos de incapacidade (distúrbios metabólicos, degeneração cognitiva, etc).

A definição de risco para a saúde mais rigorosa deriva do uso consolidado no campo da epidemiologia. Esse utiliza a noção de *risco relativo* (RR = relação entre a incidência de indivíduos expostos com a incidência de não expostos) e do *risco atribuível* (RA = diferença entre a incidência de indivíduos expostos com a incidência de indivíduos não expostos). Estas noções tem como escopo colocar em evidência e dar peso às diferenças ou proporções de eventos negativos (“danos observáveis”) em uma população, e em um certo período de tempo, em relação a uma população específica, ou à população em geral. Isto permite, por exemplo, afirmar que uma população exposta a um agente nocivo, em uma certa concentração e por um período de tempo, – eventualmente após

um intervalo de tempo livre da patologia (latência) – tem maior probabilidade de ficar doente em relação a quem não é exposto, com indicadores estatísticos relativos a esta diferença. A noção de *fração etiológica* (FE = relação entre RA e a incidência entre os indivíduos expostos) completa a argumentação que permite de construir hipóteses, sempre estatisticamente válidas, sobre “o quanto” da patologia manifestada pode ser atribuível à exposição: por exemplo, o quanto possa ter contribuído a inalação de fibras de amianto na manifestação do mesotelioma pleural – que se trata também de um evento possível em populações não expostas ao amianto.

Uma segunda definição considera o risco para a saúde como um “produto” entre a “probabilidade de ocorrência” de um certo evento e o “dano” resultante da verificação de tal evento. Isto aparece difundido no âmbito da prevenção e da segurança nos locais de trabalho a propósito da “avaliação dos riscos”. Também está indicada nas linhas diretivas (*Guidance on risk assessment at work*) nos anexos da diretiva geral de prevenção europeia 89/391/CEE: “... *probabilidade* que seja atingido o *nível potencial de dano* nas condições de uso e/ou de exposição, bem como nas dimensões possíveis do próprio dano ...”.

Apesar da relevância da autoridade da fonte, nota-se que se trata de um instrumento para “classificar” o risco, e não de uma definição do conceito de risco. A classificação se baseia em uma hipotética escala com uma quantidade limitada de opções (geralmente 16 = 4 níveis de probabilidade x 4 níveis de dano), que por sua vez podem ser agrupados em “classes” de risco ($R \leq 2$ = baixo, $3 \leq R \leq 5$ = médio, $6 \leq R \leq 9$ = alto, $R > 9$ = muito alto) com o objetivo de ordenar as prioridades de intervenção, a partir da mais urgente para a menos urgente. Este instrumento pode ser objeto de críticas significativas. Pode-se duvidar legitimamente da natureza científica de um procedimento que agrupa arbitrariamente em classes uma relação entre “entidades” completamente diferentes, às quais é atribuída uma “pontuação numérica” comparável. O processo de cálculo resultante é portanto enganador, como demonstra a experiência cotidiana da higiene e segurança no trabalho: de fato, a um mesmo “valor” resultante do produto “P x D” correspondem realidades muito

diversas. Desta maneira, fica evidente a forte discrepância entre propósito e instrumento.

O *perigo* (Inglês *Danger*; Italiano *Pericolo*; Francês *Danger*; Espanhol *Peligro*; Alemão *Gefahr*) é geralmente entendido como equivalente a risco e associado ao *dano* (Inglês *Damage*; Italiano *Danno*; Francês *Dommage*; Espanhol *Daño*; Alemão *Schaden*).

O conceito de *perigo* para a saúde é relatado como algo que pode envolver um certo “agente nocivo”, a sua manifestação com uma certa frequência na população, ou ainda, refere-se a uma propriedade ou qualidade intrínseca de uma determinada “entidade” ou “fator” (por exemplo, material ou equipamentos, métodos ou práticas de trabalho) que tenha o “potencial” de causar dano. Nos dois sentidos nada acrescenta ao conceito de risco. De um lado, de fato, não explica o nexo entre agente e as consequências que fogem à relação entre causa-efeito (por exemplo, não se vê em que consistiria o perigo intrínseco no caso do estresse). Por outro lado, refere-se sempre a uma relação: entre agentes, substâncias, condições e indivíduos, diferentes uns dos outros, por vezes de forma muito relevante. Em consequência, é preferível negligenciar o conceito de perigo, e usar unicamente o conceito de *risco*, entendido como possibilidade que se configure um dano, e *risco de*, como especificação daquilo que poderia se manifestar (por exemplo, risco “de” infortúnio, “de” doença relacionada ao trabalho, etc.).

O que pode desencadear um risco (por exemplo, fumaça, ruído, amianto, trabalho em andaimes, etc.) são geralmente chamados “fatores de risco”. Os fatores de risco são entendidos na literatura epidemiológica não tanto como “determinantes”, mas como “agentes de dano”, e são muitas vezes agrupados em classes, que reportam às classes de riscos: físicos, químicos, etc. Esta abordagem também levou a indicação de uma classe de risco denominada “psicossocial”, que compreende o estresse, o sofrimento e a violência no trabalho, o assédio moral e, às vezes, também os distúrbios músculo-esqueléticos. É difícil, no entanto, identificar os “fatores” que podem desencadear tais riscos, de acordo com o esquema usualmente seguidos para

riscos de origem física ou química. Isso envolve problemas para a tutela da saúde, nos locais de trabalho e, de modo geral, isto implica a possível deriva para uma atribuição de responsabilidade de “gestão” dos riscos supracitados aos sujeitos expostos a eles.

No âmbito do Programa Interdisciplinar de Pesquisa “Organization and Well-being” foi evidenciado, desde os anos Oitenta do século XX, como este procedimento pressupõe exclusivamente a *explicação causal*, em termos de relações de causa-efeito necessários, ou ainda prováveis, derivados das ciências físicas e químicas. Não é considerada a modalidade de *explicação funcional*, também esta oriunda das ciências naturais no que diz respeito aos organismos vivos, bem como de cada órgão e de cada aparelho funcional, com relação aos quais são estudadas as “funções” que estes realizam para a vida e o desenvolvimento dos organismos. De fato, as disciplinas biomédicas combinam a explicação funcional e a explicação casual: por exemplo, somente o conhecimento do funcionamento do aparelho auditivo permite de avaliar, em termos casuais, o impacto e as consequências de um ruído, de sua intensidade e de sua duração.

Ainda, é também totalmente ignorada a modalidade de *explicação condicional*, que visa destacar os nexos de causalidade, não em referência a leis ou à uniformidade empírica como nas relações lineares de causa-efeito, mas com base em comparações entre *condições* que possam dar origem ao evento a ser explicado. A identificação das *possibilidades objetivas* procede descartando cada condição que simplesmente pareça acidental na dinâmica do evento, a fim de chegar a reconhecer a *condição adequada* à sua ocorrência.

Este é o caminho mais adequado para a pesquisa daquilo que pode desencadear um risco, não importando qual seja. Por exemplo, a relação entre as vibrações provocadas na utilização de uma serra e os danos às mãos e ao braço, ou ainda, a relação entre a inalação de fibra de amianto e os danos aos pulmões, são oportunamente investigados por disciplinas biomédicas em termos de explicações funcionais e de probabilidade indutiva. Mas se quisermos voltar à origem do risco, às escolhas da ação humana da qual

depende, a interpretação das condições adequadas para a sua ativação não é só preferível, mas necessária. É indubitável que tudo que compõe uma situação de trabalho, ou de vida em geral - locais, ambientes, materiais, instrumentos, modalidades operatórias - é fruto de escolha. A essas escolhas que deve se endereçar a atividade que busca *evitar os riscos: a prevenção*.