

SAÚDE ORGANIZACIONAL*

Eduardo J. R. Santos**

Introdução

As questões da Saúde e do Trabalho, quando associadas, revelam, em minha opinião, uma relação paradoxal e complexa. Esta relação está bem patente na ambivalência do conhecimento e da vivência popular presente em expressões, tais como — “o trabalho dá saúde” e “matar-se a trabalhar”.

Sabe-se do carácter positivo e de transformação pessoal e social de que o trabalho se reveste (Neff, 1985; Šavickas, 1990). Os escritos freudianos e adlerianos são, igualmente, um incontestável argumento em favor desta ideia. Mas, conhece-se também o carácter patogénico do trabalho. O fenómeno do *stress* ocupacional é um exemplo moderno desta realidade (Schwartz, 1983).

Saúde Ocupacional: dimensão do problema

Em termos da problemática da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SHST), e no que se refere à dimensão do problema da sinistralidade laboral, convirá começar por dizer que a taxa média portuguesa é de 10% contra 3% da União Europeia (UE).

Na UE morrem anualmente cerca de 8.000 trabalhadores em consequência de acidentes de trabalho e mais de 10 milhões por ano (em 120 milhões) sofrem de incapacidades e de problemas de saúde.

No nosso país os acidentes de trabalho (mortais ou não) e o número de indivíduos com doenças profissionais não deixam de nos surpreender. Só em custos financeiros directos (para além das irreparáveis perdas humanas e situações de deficiência) perdem-se 10 milhões de dias por ano com estes problemas, devendo-se adicionar os custos da assistência hospitalar, pensões, indemnizações... mais os custos indirectos como os da destruição de equipamento, e do recrutamento e formação de

* Este artigo resulta da adaptação da Conferência *Saúde e Trabalho*, proferida pelo Autor no Salão Nobre da Associação Comercial e Industrial da Figueira da Foz, 13 de Março de 1996, numa organização conjunta desta Associação com a Universidade Internacional.

** Docente da Universidade de Coimbra e do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra.

novos trabalhadores. A avaliação global dos custos cifra-se em 4% do PNB; a nível da UE os custos rondam os 4.800 milhões de contos!

O que fazer perante tão impressionante realidade? Como algumas das possíveis soluções apontadas estão a prevenção (como recomendação básica da Organização Internacional do Trabalho, OIT), o que no caso português implicaria um investimento na ordem dos 2% do PNB, a instauração de uma cultura de segurança, higiene e saúde no trabalho nas empresas e a inspeção eficaz às condições laborais. Em termos de formação dos trabalhadores (outra solução apontada) deve-se referir que em Portugal apenas 14% dos indivíduos recebem educação em SHST, em contraste com os 28% da UE; há, pois, imenso para fazer!

As medidas específicas, no contexto do Acordo Económico e Social vigente, poderão ser, entre outras, a promoção de um maior conhecimento da realidade, nomeadamente através da clarificação das estatísticas, a regulamentação jurídica desta área problemática, a inserção nos *curricula* escolares de módulos de formação SHST, a adopção rigorosa das normas comunitárias neste campo e a promoção de verdadeiras estratégias de reabilitação profissional, como meio de dignificação humana e recuperação financeira.

Em termos empresariais e organizacionais as questões da saúde ocupacional deverão ser inseridas em planos articulados de SHST, constituindo-se como verdadeiras responsabilidades de linha e implicando o funcionamento de um *staff* especializado em matérias de prevenção local de riscos, de higiene no trabalho e de potenciação dos factores de saúde ocupacional.

Potenciação dos Factores de Saúde Ocupacional

Parece-me que esta última matéria — potenciação dos factores de saúde ocupacional — ultrapassará largamente uma perspectiva exclusivamente remediativa e/ou mesmo preventiva. A focagem em variáveis como diminuição da obesidade, incentivo ao exercício físico, ou suspensão do consumo do tabaco..., trazem indubitáveis benefícios pessoais e empresariais. Como demonstração desta ideia deve referir-se que, por exemplo, os trabalhadores fumadores são 5 dias por ano mais absentistas do que os não-fumadores e que nos EUA (Jose & Anderson, 1991) esta realidade representa 80 milhões de dias por ano que se perdem. Neste mesmo estudo revela-se que os trabalhadores que consomem um maço de cigarros por dia apresentam custos médicos superiores em 18% aos não-fumadores.

Embora a relação entre o investimento em estratégias de potenciação da saúde ocupacional e os benefícios em termos de produtividade, rentabilidade, qualidade e outras variáveis associadas dependa de inúmeros factores (tipo de

trabalhadores, contexto empresarial,...), a opinião é de que os lucros finais são sempre compensadores. Ilustração destes dados é o investimento que grandes empresas e organizações internacionais (e.g., BAYER, NASA) fazem em programas de potenciação da saúde ocupacional. Utilizando modelos integrados — dimensões de contexto, interpessoais, intrapessoais x níveis individual/familiar, serviços de saúde, escola/centros de formação, local de trabalho, comunidade x focagem no desenvolvimento de comportamentos saudáveis, modificação de comportamentos nocivos, manutenção da saúde (Weiss, 1991) — é possível fazer afirmações como a seguinte: *“the company that ignores the healthy investment in human capital afforded health-promotion programs will operate at an increasing disadvantage in the market place as competitors realize their benefits”* (Jose & Anderson, 1991).

Outra prova de que este poderá ser um caminho a trilhar em matérias de saúde ocupacional está no aparecimento de organizações e empresas especializadas nestas matérias (*“StayWell Health Management Strategy”*, Jose & Anderson, 1991) e no surgimento de programas específicos (*“Control Data’s StayWell Program”*, Jose & Anderson, 1991).

Demonstração final dos benefícios da aplicação destas metodologias poderá ser realizada através da análise de alguns dados estatísticos provenientes de algumas investigações efectuadas neste domínio nos EUA. Assim, por exemplo, em termos de dispêndio financeiro sabe-se que os trabalhadores que apresentam uma tipologia que os caracteriza como fumadores, com excesso de peso, e sedentários apresentam custos de saúde superiores em aproximadamente 30/40% aos outros trabalhadores. A prática do exercício físico diminui estes custos em média na ordem dos 15/20%.

Saúde Ocupacional: variáveis psicológicas

Um outro importante factor que afecta em larga escala toda a problemática da saúde, nomeadamente, da saúde ocupacional, é a personalidade ou o perfil psicológico do trabalhador. Recentes estudos realizados na área da psicologia da saúde (Eysenck, 1995) têm demonstrado o efeito mediador dos factores psicológicos no despoletar de doenças. Deste modo, ao pensarmos as questões da saúde ocupacional deveremos, igualmente, pensar as questões do funcionamento pessoal. A análise e intervenção na área das disfunções laborais (em termos de saúde) deve realizar-se sempre, num primeiro momento, através da implementação de diagnósticos diferenciais, onde as perturbações do foro psicológico possam ser correctamente avaliadas (Lowman, 1993). A existência de perfis patogénicos ou a ocorrência de situações psicopatológicas deverá ser sempre ponderada com o auxílio de metodologias tipo “árvore de decisão”.

Da Saúde Ocupacional à Saúde Organizacional

Em síntese, verifica-se (pelo que acabei de expor) a complexidade e o carácter multivariado das questões que ligam a realidade do trabalho à realidade da saúde. É uma teia complexa de interações onde factores individuais, organizacionais e de relação estão presentes. Por exemplo, que o *stress* ocupacional não é apenas resultante de factores individuais (vulnerabilidade psicológica, fragilidade física, etc.) ou organizacionais (sobrecarga de trabalho, ambiente patogénico, etc.), mas, igualmente, de factores relacionais — em mulheres trabalhadoras verifica-se que a dificuldade de compatibilização dos papéis maternos e profissionais predispõe a níveis elevados de *stress* (Long & Kahn, 1990).

Por todo este conjunto de razões, as questões da saúde ocupacional devem ser perspectivadas numa política empresarial/organizacional de gestão integrada de recursos humanos. Só numa visão sistémica será possível intervir neste domínio; o comportamento ocupacional tem que ser sempre entendido no contexto dos comportamentos organizacionais. Caso contrário, chegar-se-á facilmente ao paradoxo — “*healthy people in unhealthy places*” (Pelletier, 1984).

Por outras palavras, se é verdade que a saúde ocupacional produz benefícios em termos de motivação para o trabalho, satisfação laboral, produtividade..., não é menos verdade que estratégias de motivação dos trabalhadores, contextos de satisfação, envolvimento e participação activa na gestão de produção... produzem, igualmente, benefícios em termos de segurança e saúde ocupacional. A saúde ocupacional influencia e, concomitantemente, depende da Qualidade de Vida no Trabalho; se atendermos à definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que aponta para uma situação de bem-estar e não apenas para a ausência de doença, então, pensarmos saúde ocupacional implica pensar também em termos de Saúde Organizacional.

A qualidade de vida no trabalho, pensando nas repercussões que tem na saúde ocupacional, pode ir desde a adequação das estratégias empresariais aos valores do trabalho presentes nas culturas organizacionais em questão (Quintanilla, 1992)... até à conceptualização da organização como um “sistema vivo” (Diamond, 1993), em que a psicodinâmica da comunicação e linguagem organizacional pode jogar um papel vital.

São conhecidas, a este propósito, as funções de “organizador” que a comunicação e a linguagem possuem. A linguagem pode ser encarada como um espaço transicional, mediador da relação de um sistema com a sua “internalidade” e com os seus contextos (Harris, 1992). A própria linguagem evolui a par com o crescimento dos sistemas vivos, nomeadamente, no ser humano, e as suas alterações são sintomáticas de mal-estar.

Se considerarmos as organizações como sistemas vivos, com o seu inconsciente na forja da sua identidade (Diamond, 1993), o seu desenvolvimento saudável pressupõe, portanto, a evolução dos seus níveis de comunicação e linguagem.

O desenvolvimento organizacional e, conseqüentemente, a saúde ocupacional (em estreita ligação), passa pelos mediadores de interação comunicacional e linguística (*newsletters*, ofícios, *marketing in*, apresentações,...), que deverão possuir uma dinâmica que não apresente características negativas como verbalizações de transferências persecutórias, ou estimulação de dependências hierárquicas baseadas em empatias simbióticas, mas, pelo contrário, que apresente uma dinâmica de uso metalinguístico que conduza à afirmação das individualidades, dos desempenhos e a uma cultura de flexibilidade e de perspectividade interpretativa, dir-se-ia “pós-edipiana”.

Concluindo, o discurso organizacional sobre o trabalho e a sua gestão será também um factor de regulação da saúde ocupacional. A um discurso evoluído e maduro, corresponderá um nível elevado de sanidade organizacional e, por consequência, de saúde no trabalho.

Como uma família que não comunica ou o faz de um modo patogénico, e por essa razão faz adoecer os seus membros, uma empresa possui, igualmente, uma dimensão sistémica de saúde grupal/organizacional que se irá reflectir na saúde ocupacional individual de um modo tão concreto como outras condições de saúde no trabalho. Por vezes, tem-se a tendência a clivar as questões SHST dos aspectos organizacionais, deixando apenas visível e de um modo manifesto as dimensões mais clássicas e “físicistas” desta problemática.

Como constatámos, há algo de completamente diferente e, ao mesmo tempo, de complementar (e que se oferece como um investimento em termos do desenvolvimento da investigação/intervenção); isto é, quase me atreveria a falar/escrever de um efeito “socio-somático” do verbo, da palavra, enfim, da gestão da linguagem laboral e da comunicação organizacional. ■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diamond, M. (1993), *The Unconscious Life of Organizations: interpreting organizational identity*. Westport, CT, Quorum.
- Eysenck, H. (1995), “Personality and Health: the prevention of cancer and coronary heart disease”. Conferência apresentada à Convenção Anual APPORT/95, 30 de Novembro - 2 de Dezembro, Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa.

- Harris, A. (1992), "Dialogues as Transitional Space: A Rapprochement of Psychoanalysis and Developmental Psycholinguistics", in N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (Eds.), *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- Jose, W. S. & Anderson, D. R. (1991), "Control Data's StayWell Program: a health cost management strategy", in S. M. Weiss, J. E. Fielding & A. Baum (Eds), *Perspectives in Behavioral Medecine: Health at Work*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Long, B. C. & Kahn, S. E. (1990), "A Structural Model Approach to Occupational Stress Theory and Women's Careers", in R. A. Young & W. A. Borgen (Eds.), *Methodological Approaches to the Study of Career*. New York, Praeger.
- Lowman, R. L. (1993), *Counseling and Psychotherapy of Work Dysfunctions*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Neff, W. S. (1985), *Work and Human Behavior*. (3rd ed.), New York, Aldine.
- Pelletier, K. (1984), *Healthy People in Unhealthy Places: stress and fitness at work*. New York, Delacorte and Delta/Seymour Lawrence.
- Quintanilla, S. A. R. (Ed.) (1992), "Work Centrality and Related Work Meanings". *Special Issue of the European Work and Organizational Psychologist*.
- Savickas, M. L. (1990), "Work and Adjustment", in D. Wedding (Ed.), *Behavior and Medicine*. St. Louis, Mosby.
- Schwartz, G. E. (1983), "Stress Management in Occupational Settings", in J. S. J. Manuso (Ed.), *Occupational Clinical Psychology*. New York, Praeger.
- Weiss, S. M. (1991), "Health at Work", in S. M. Weiss, J. E. Fielding & A. Baum (Eds), *Perspectives in Behavioral Medecine: Health at Work*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.