

Iniciativas para prevenir e reduzir o absentismo por incapacidade: três estudos de caso

LUÍS GRAÇA
ANA IVO GONÇALVES
ROSA SEMEDO
RUI SILVA

Na sequência de um primeiro artigo em que foram apresentados e discutidos os dados disponíveis sobre o absentismo por doença e acidente de trabalho (Graça, 1996), vamos agora descrever e analisar algumas iniciativas que estão a ser levadas a cabo, a nível dos locais de trabalho, com vista a prevenir as causas que estão subjacentes à incapacidade e/ou reduzir o seu nível de incidência. Para esse efeito, seleccionámos três organizações que, à partida, são muito distintas umas das outras, no que respeita ao seu sector de actividade e às demais características sociotécnicas, incluindo a sua composição socioprofissional e os riscos a que estão expostos os seus trabalhadores: casos A, B e C (Graça, 1995).

O caso A respeita a uma empresa, de controle accionista público, que explora as maiores minas de cobre da Europa. A sede e as instalações industriais situam-se no Alentejo. Com um milhar de trabalhadores, é o maior empregador da região e uma das nossas principais empresas exportadoras. Embora

ainda jovem, foi já por duas vezes considerada «a empresa do ano». O arranque das operações de extracção, tratamento e comercialização do minério data apenas de 1989. Desde então e até 1995 já realizou um volume de negócios da ordem dos 250 milhões de contos. Para além de representar o maior investimento jamais feito no sector mineiro português, é também um projecto a vários títulos exemplar. De facto, pela primeira vez entre nós foi planeado, programado e construído um estabelecimento mineiro, de acordo com uma perspectiva sociotécnica aberta, em que se procurou conciliar o *hardware* tecnológico com o *software* organizacional, bem como a *performance* económica com a responsabilidade social. Por exemplo, foi uma das primeiras empresas, no nosso país, a ter uma política escrita tanto no domínio da protecção ambiental como da segurança, higiene e saúde no trabalho (SH&ST). Faz questão de «atingir níveis de excelência em todos os domínios», incluindo a SH&ST. Chamámo-lhe, por isso, em sentido figurado, «as minas de cinco estrelas» (Graça e Faria, 1992; Graça, 1994 e 1995).

O caso B refere-se a uma autarquia local, situada no distrito de Setúbal. O município abrange uma população de 190 000 habitantes. No conjunto dos serviços da câmara municipal (CM) e dos serviços municipalizados de água e saneamento (SMAS), emprega mais de 1700 trabalhadores, a grande maioria com o estatuto de funcionários ou agentes da administração pública. O seu projecto de SH&ST remonta a 1989, sendo então uma experiência pioneira em Portugal, a par do da TAP – Air Portugal.

□ Luís Graça é assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas da ENSP.

Ana Ivo Gonçalves e Rui Silva são médicos do trabalho, Rosa Semedo é técnica superior de serviço social.

Apostada em construir «a cidade dos cidadãos», orgulhava-se de ser, até há pouco tempo, «a única câmara com um serviço de saúde ocupacional para os trabalhadores» (presidente da edilidade). Chamá-mos-lhe, por isso, «o município diferente» (Graça, 1995). Recorde-se que só recentemente, através do Decreto-Lei n.º 191/95, de 28 de Julho, é que foi regulamentada a aplicação à administração pública do regime jurídico da SH&ST, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

A especificidade e a originalidade deste projecto assentavam fundamentalmente em princípios na altura inovadores face à prática tradicional dos serviços de medicina do trabalho: (i) integração dos cuidados de saúde; (ii) esquema integrado de seguros; (iii) definição de uma política escrita de SH&ST, articulada com a política de pessoal e de protecção social; (iv) identificação e avaliação das necessidades e expectativas da população trabalhadora em matéria de saúde; (v) envolvimento dos actores-chave, incluindo os representantes dos trabalhadores; (vi) gestão por projectos ou programas; (vii) organização e funcionamento de equipas multidisciplinares e multiprofissionais; (viii) criação de um sistema de informação e definição de uma estratégia de comunicação; (ix) co-financiamento do serviço de saúde ocupacional por parte da seguradora (Graça e Faria, 1992; Graça, 1994 e 1995). Refira-se que, na prática, estes princípios orientadores têm-se revelado bem mais difíceis de concretizar.

Por fim, o caso C reporta-se a uma fábrica de transformadores (abreviadamente, FT), situada no distrito de Lisboa. Juridicamente, não é uma empresa, mas sim um estabelecimento. Com menos de 400 trabalhadores, nela projectam-se e produzem-se transformadores de distribuição e de potência, além de transformadores especiais para a indústria e para a tracção eléctrica, com destino ao mercado nacional e internacional.

A multinacional, de origem alemã, a que pertence a FT, é o principal empregador estrangeiro a operar em Portugal (mais de 5000 postos de trabalho). Tem hoje um volume de negócios da ordem dos 100 milhões de contos e é o líder incontestado do sector de material eléctrico e electrónico, um mercado que, em 1995, valia à volta dos 700 milhões de contos. A partir dos anos 70, este grupo económico criou entre nós uma forte estrutura industrial, tendo hoje cinco fábricas (uma das quais a FT).

Ao estabelecimento em questão pusemos o epíteto de «a fábrica da qualidade» (Graça, 1995), na medida em que está a passar por um processo de mudança organizacional, na sequência da certificação do seu sistema de gestão e garantia da quali-

dade. O próprio grupo está numa fase de reestruturação estratégica não só a nível europeu, como mundial, obrigando as suas *local business units* a adaptarem-se às novas condições de concorrência e a fazerem face às novas ameaças e oportunidades que decorrem da globalização da economia.

Caracterização da população trabalhadora

Antes da descrição, análise e discussão dos três estudos de caso, vamos proceder a uma breve apresentação de alguns indicadores comuns relativos a 1994. Começamos pela caracterização da população trabalhadora abrangida (*Quadro 1*).

O caso B (os dados reportam-se apenas à câmara municipal, abreviadamente CM) é o que tem a população mais envelhecida, com menor escolaridade e com mais baixa qualificação profissional. Em contrapartida, é dos três casos o que emprega a maior proporção de mulheres (34%), na sua maioria pessoal administrativo.

Os *colarinhos azuis* (incluindo o pessoal da carreira operária e auxiliar, no caso B) predominavam nos três casos, em relação ao total da população trabalhadora (69% no caso C). Quanto à precarização do emprego, medida pela percentagem de trabalhadores com contrato a termo certo no final do ano, podemos considerá-la baixa nos casos A e B, por comparação com o valor médio (19%) encontrado em 1993 para o total de empresas portuguesas com 100 ou mais trabalhadores que apresentaram o respectivo balanço social ($n = 2035$) (MESS, 1995).

A empresa mineira, por seu turno, é não só a mais jovem em termos demográficos, como também aquela onde é maior o peso relativo dos *colarinhos brancos* (47%), incluindo pessoal dirigente, quadros superiores e médios, chefias directas e outro pessoal de apoio. A sua composição socioprofissional traduz o seu grau de modernização tecnológica e organizacional.

Indicadores de incapacidade e outros rácios sociolaborais

No *Quadro 2* resumem-se os principais indicadores relativos à incapacidade para o trabalho. Embora com a maior taxa global de absentismo, o caso B é o que apresenta menor peso relativo da doença e do acidente no total das horas de ausência (63%). Em contrapartida, é na autarquia que os acidentes de trabalho com incapacidade temporária são mais frequentes: 94 por cada milhão de horas-homem trabalhadas.

A maior taxa de incidência (*número total de acidentes no local de trabalho e «in itinere», com ou sem baixa, por cada mil trabalhadores*) pertence ao caso C. Menos frequentes, os acidentes tendem, contudo, a ser mais graves na empresa mineira, onde em 1994 ocorreu um caso mortal *in itinere*.

No que respeita à política de pessoal (*Quadro III*), a empresa mineira é quem paga melhor (3600 contos por trabalhador/ano). Apresenta, além disso, o melhor índice de protecção social complementar (cerca de 14% dos custos com o pessoal). É também aquela que investe mais na saúde e segurança dos seus trabalhadores: os custos das activi-

dades de SH&ST (excluindo o ambiente) são estimados em 117 contos por trabalhador, o que é absolutamente notável no nosso país (Graça, 1996), embora a autarquia esteja, muito provavelmente, a fazer um esforço financeiro maior neste domínio, proporcionalmente ao seu valor acrescentado bruto (VAB).

Quanto à produtividade do trabalho (VAB por trabalhador), convém esclarecer o seguinte: este indicador económico só é comparável sob reservas. Há grandes diferenças entre empresas e sectores no que respeita à produtividade do trabalho. Em princípio, é um indicador que traduz o grau de eficiência

Quadro I
Caracterização da população trabalhadora (1994)

Indicador	Caso		
	A (Mina)	B (CM)	C (FT)
Número de trabalhadores no final do ano (a)	1 000	1 266	347
• Mulheres (percentagem)	12	34	23
• Homens (percentagem)	88	66	77
• Nível etário médio (em anos)	36,5	43,5	37
• Contratos a termo certo (percentagem)	5,6	2,9	15
• Com escolaridade $\geq$ 9 anos (percentagem)	46	33	47
• Colarinhos azuis (percentagem)	53	63	69
• Colarinhos brancos (percentagem)	47	37	31

(a) No caso A, inclui o pessoal dos escritórios de Lisboa ($n = 67$ em 1993).

Fonte: Graça (1995).

Quadro II
Indicadores de incapacidade para o trabalho (1994)

Indicador	Caso		
	A (Mina)	B (CM)	C (FT)
Taxa global de absentismo (percentagem)	3,6	10	7,6
Taxa específica, por doença e acidente (percentagem)	2,7	6,4	5,7
Número de horas de ausência por incapacidade por trabalhador	56	117,5	106,7
Percentagem da doença no total das horas de ausência	61	52	67
Percentagem do acidente no total das horas de ausência	17	11	9
Acidentes de trabalho – taxa de incidência (permilagem)	126,5	196,7	432,3
Índice de frequência	15,1	94,4	56,5
Índice de gravidade (a)	4,66	1,33	0,6

(a) Inclui um acidente mortal (= 7500 dias perdidos) (caso A).

Fonte: Graça (1995).

na utilização dos recursos humanos. Mas esta depende de factores não apenas endógenos como exógenos (ou seja, que a empresa não pode controlar). A produtividade numa indústria de capital intensivo e totalmente virada para a exportação (como é o caso A) tende a ser bastante superior à de uma de mão-de-obra intensiva (como é, em grande parte, o caso C). E, de longe, muitíssimo maior do que nas organizações públicas, sem fins lucrativos, que prestam serviços à colectividade (caso B).

Níveis e formas de participação do pessoal

Refira-se, por fim, o nível e as formas de participação do pessoal em relação à gestão, à organização do trabalho e às actividades de SH&ST (*Quadro IV*). O município, gerido por uma coligação de esquerda, é o único dos três casos que tem uma comissão de trabalhadores. No caso C nem sequer existe comissão paritária de SH&ST. Em contrapartida, a direcção da fábrica privilegia as formas de

Quadro III

Custos com o pessoal, protecção social complementar, produtividade do trabalho e custos com a SH&ST (1994)

Indicador	Unidade: 1000 contos		
	Caso		
	A (Mina)	B (CM)	C (FT)
Produtividade do trabalho (b)	25,5	1,8	6,3
Custos com o pessoal (directos e indirectos) por trabalhador (c)	4,7	2,0	4,1
Custos directos (ou ganho) por trabalhador (d)	3,6	1,7	3,2
Protecção social complementar: percentagem dos custos com o pessoal (e)	13,7	8,4	9,4
Custos com a SH&ST por trabalhador (em contos) (f)	117	57	45

(a) Dados relativos ao conjunto dos seis estabelecimentos da empresa multinacional (caso C).

(b) No caso B refere-se à produtividade média das empresas com 500 ou mais trabalhadores do sector 9 (CME/73) (serviços prestados à colectividade, serviços sociais e pessoais), de acordo com o balanço social de 1993.

(c) Inclui os custos directos (= ganho) e indirectos (= encargos legais, convencionais e facultativos + custos com a formação profissional + outros custos de carácter social).

(d) Inclui salário directo (salário base + subsídios e prémios regulares) + subsídios e prémios irregulares + pagamento em géneros.

(e) Inclui encargos (prestações + prémios) + outros custos com pessoal + custos com a formação profissional + outros custos de carácter social.

(f) Relativo apenas à FP, e não ao conjunto dos seis estabelecimentos da empresa (caso C).

Fonte: Graça (1995).

Quadro IV

Formas de participação dos trabalhadores, política de SH&ST e nível de sindicalização

Indicador	Caso		
	A (Mina)	B (CM)	C (FT)
Comissão de trabalhadores	N	S	N
Comissão sindical	S	S	S
Representantes eleitos para a SH&ST (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro)	S	S	N
Comissão paritária de SH&ST	S	S	N
Formas de participação directa ou não representacional	S	N	S
Política escrita ou explícita de SH&ST	S	S	S
Orçamento específico de SH&ST	S	S	N
Serviços internos de SH&ST	S	S	S
Taxa de sindicalização (percentagem)	30	70	27,5

Observações: S = sim; N = não.

Fonte: Graça (1995).

participação directa, não representacional, como veremos a seguir. Nos casos A e B, por seu turno, já se deu cumprimento ao disposto no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, respeitante à eleição dos representantes dos trabalhadores para a SH&ST, não obstante esta matéria ainda estar por regulamentar (Graça, 1995a). O que há em comum nos três casos estudados é a existência de uma política escrita de SH&ST e afectação dos correspondentes recursos.

A taxa de sindicalização é alta no caso B, estará dentro da média no caso A (se atendermos à composição socioprofissional da sua população trabalhadora) e será relativamente baixa no caso C (menos de 30%), dada a maior proporção de pessoal operário (cerca de 70%).

Caso A: «As minas de cinco estrelas»

Embora maioritariamente de capital público (51%), a sociedade anónima que tem a concessão e a exploração das minas está associada a uma multinacional de origem inglesa, considerada o maior grupo mineiro do mundo. Trata-se, sem dúvida, de um parceiro poderoso cuja influência a nível da gestão estratégica da empresa portuguesa será, provavelmente, maior do que a sua participação minoritária (49%).

Considerada a «jóia da coroa» da nossa indústria extractiva, esta empresa foi pensada de raiz, tendo sido dotada dos melhores meios tecnológicos e humanos. Basta referir um indicador: até agora, a empresa, constituída em 1980, realizou mais de 800 000 horas de formação (o que equivale praticamente a meio ano de inactividade temporária). Por sua vez, o número de participantes já ultrapassou os 8300. Mas o êxito de um empreendimento que representa mais de 100 milhões de contos de investimento directo depende de múltiplos factores exógenos e endógenos. A exploração do minério cuprífero está prevista até ao ano 2011, embora a empresa prossiga com bastante optimismo os trabalhos de prospecção de novas reservas geológicas e encare a possibilidade de vir a tratar o minério de zinco.

Política de SH&ST

Desde o início do projecto mineiro, a empresa definiu uma política de protecção ambiental e de SH&ST, implementada depois sob a forma de programas de acção sectoriais. O objectivo era explicitamente: (i) promover a responsabilização de todos

os trabalhadores na prevenção e redução dos acidentes; (ii) privilegiar a saúde e o bem-estar de todos; (iii) preservar o ambiente.

As grandes linhas da política de SH&ST são regularmente divulgadas a nível interno e externo: «A empresa espera atingir, com o total empenho dos seus colaboradores, níveis de excelência em todos os aspectos da sua actividade e, em particular, nos domínios da SH&ST», lê-se no *Relatório e contas de 1993*. Não se limitando a assumir o simples cumprimento da legislação e regulamentação neste domínio, a empresa considera que «a eficiência das operações é inseparável das boas condições de SH&ST». Nessa medida, compromete-se a utilizar «todos os meios ao seu alcance para que todos os que nela trabalham possam fazê-lo sem riscos para si próprios, para os colegas, para a própria empresa e para a comunidade».

O departamento de saúde ocupacional (DSO) — um médico do trabalho, uma médica de clínica geral, cinco enfermeiros, um técnico de radiologia e uma secretária — tem desempenhado um importante papel na prevenção da doença e na promoção da saúde (Graça, 1994). Bem equipado, o DSO tem um orçamento de 50 000 contos (1994). Entre os seus principais programas e actividades contam-se: (i) exames e consultas de medicina do trabalho; (ii) visitas aos locais de trabalho; (iii) vacinação contra a gripe e a hepatite B; (iv) vigilância biológica dos trabalhadores expostos ao chumbo e ao mercúrio; (v) despiste do HIV nos exames de admissão; (vi) consultas diárias de clínica geral; (vii) serviço de emergência (24 horas por dia); (viii) acompanhamento e tratamento de casos de toxicodependência; (ix) colaboração regular no jornal da empresa; (x) redução do consumo do tabaco; (xi) controle do consumo de álcool e drogas de abuso; (xii) gestão do departamento, incluindo a articulação com a área de segurança e de ambiente e com as estruturas de participação dos trabalhadores.

Por sua vez, o departamento de segurança industrial (DSI), com um orçamento de 60 000 contos (1994), é responsável pela gestão do sistema integrado de segurança, implementado em finais de 1990, de acordo com a metodologia e as normas do National Occupational Safety Association of South Africa (NOSA). Inspirado no modelo da gestão por objectivos, o sistema NOSA permite fazer a avaliação periódica (e a melhoria contínua) das condições de trabalho através da pontuação ponderada de 73 itens, que é depois conjugada com o índice de frequência dos acidentes. A avaliação final é feita em estrelas, numa escala de 1 (aceitável) a 5 (excelente). Entre 1993 e 1995, a mina passou de três (*bom*) para quatro estrelas (*muito bom*), o que signi-

fica uma pontuação entre 70% e 90% e um índice de frequência igual ou inferior a 10. «Mas a nossa meta é a obtenção das cinco estrelas, o que, no mínimo, exigirá a redução para 5 do nosso actual índice de frequência dos acidentes» (chefe do DSI).

A par da formação inicial e permanente na área da protecção ambiental e da SH&ST, é dada grande importância à auditoria periódica e à melhoria das condições de trabalho. Por outro lado, foi criada uma estrutura de participação: (i) o *representante de segurança*, escolhido pelo pessoal a nível de cada departamento, que é simultaneamente um auditor interno; (ii) a *comissão de higiene e segurança no trabalho* (CH&ST), de composição paritária, prevista no regulamento geral de SH&ST nas minas e pedreiras; (iii) as respectivas *subcomissões*, a nível departamental; finalmente, (iv) a *comissão directora*, composta pela administração da empresa e pela direcção industrial.

Política e acção no domínio do absentismo

A prevenção e o controle do absentismo fazem parte expressamente dos objectivos que estão atribuídos à direcção de pessoal e formação (DPF). A política neste domínio está consubstanciada, em parte, nas ordens de serviço que em cada ano regulamentam os prémios de produção e gestão, bem como nos planos de actividades do DSO e do DSI, no que respeita mais concretamente à prevenção da incapacidade para o trabalho por doença e acidente.

Este tipo de incentivos pecuniários não se limita, no caso A, a premiar a assiduidade (e, muitas vezes, o «presentismo», como acontece noutras empresas). Tem como principal objectivo «motivar o esforço individual e colectivo para atingir as metas de produção e os custos fixados», esforço esse que é traduzido por vários indicadores: (i) dois de natureza *social* (assiduidade e segurança no trabalho); (ii) quatro de natureza *económica* (por exemplo, cobre metal produzido, tonelagem de minério extraído, custos).

O prémio de produção destina-se fundamentalmente aos *colarinhos azuis*. O prémio de gestão é sobretudo para os *colarinhos brancos*. A percentagem do prémio também é variável, podendo ir basicamente de 18,5% a 50%. A percentagem máxima é para os mineiros de fundo. O valor do prémio consiste numa percentagem do salário base respectivo, podendo ser de 10% ou de 25%, conforme o grau de realização da produção planeada (igual a 100% ou igual ou superior a 105%, respectivamente).

A percepção do prémio implica «o exercício efectivo, assíduo e diligente de funções em regime

normal». Em caso de ausência, o trabalhador perde as seguintes percentagens do valor do prémio: (i) 100% (com uma ou mais faltas injustificadas ou em caso de suspensão do contrato de trabalho; com três ou mais faltas justificadas); (ii) 50% (com duas faltas justificadas); (iii) 30% (com uma falta justificada). Este esquema aplica-se à baixa por doença, mas não por acidente do trabalho, já que este é descontado proporcionalmente ao número de dias perdidos. De qualquer modo, as ausências por incapacidade são sempre penalizadas.

Haveria ainda outro importante «factor desincentivador do absentismo», segundo o director de pessoal e formação (DPF): os prémios em questão não se aplicam a todo e qualquer trabalhador «que, manifesta e reconhecidamente, infringir as normas de segurança, não comparecer a exames programados da medicina do trabalho, demonstrar negligência no cumprimento das suas funções ou revelar inadaptação para o posto de trabalho».

Até que ponto terá fundamento a crítica dos sindicatos do sector segundo a qual este esquema de prémios, directamente ligados à produtividade, seria uma forma clara de «salário ao rendimento»? No caso de um mineiro de fundo, só excepcionalmente o prémio de produção atinge os 50% do salário base, que já de si está bastante acima do valor fixado no contrato colectivo de trabalho. Por exemplo, em 1994 o valor médio do prémio situou-se nos 11,3%, o que, somado a outros *fringe benefits* com expressão pecuniária directa (v. g., alimentação, prémios de antiguidade, turno e fundo, subsídio de habitação e outros), representava mais de 50% do salário base de um mineiro a trabalhar na direcção de trabalhos subterrâneos. Por sua vez, os *fringe benefits* com expressão pecuniária indirecta (v. g., SH&ST, seguro de saúde, segurança social, transportes, apoio a actividades desportivas, recreativas e culturais e outras modalidades de acção social) representavam mais de 60% do salário base do mineiro de fundo (Graça, 1995).

Avaliação e acompanhamento

A avaliação das actividades de SH&ST, em geral, e de prevenção e redução do absentismo por incapacidade, em particular, é feita periodicamente, utilizando-se como principais indicadores a taxa global de absentismo e os índices de frequência e de gravidade dos acidentes. Essa avaliação aponta para um bom desempenho da empresa neste domínio, tanto mais que a produção e a produtividade têm vindo constantemente a aumentar (*Quadro V*).

A taxa global de absentismo baixou de 4,7% em 1989 para menos de 3% em 1995, o que é uma *performance* notável, tanto em termos nacionais como comunitários (Gründeman et al., 1994; Graça, 1996). Entretanto, o peso das baixas por doença (incluindo a maternidade) no total das horas de ausência tem vindo a estabilizar-se nos 60%, enquanto o peso dos acidentes baixou 14 pontos entre 1989 (27%) e 1995 (13%).

Em matéria de segurança, o desempenho não é menos notável. De facto, o índice de frequência de

acidentes com incapacidade temporária passa de 48 para 7 por cada milhão de horas-homem trabalhadas entre 1989 e 1995. Por seu turno, o índice de gravidade (*número de horas de trabalho perdidas por cada mil horas-homem trabalháveis*) tem sofrido oscilações, devido sobretudo à ocorrência de acidentes mortais, quer no local de trabalho (1989, 1991, 1993), quer *in itinere* (em 1994 e, mais recentemente, em 1996). Recorde-se que cada acidente mortal corresponde à perda de 7500 dias de trabalho (Figura 1).

Quadro V

Caso A: evolução dos principais indicadores de produção e de incapacidade (1989-1995)

Indicadores	Ano						
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Minério processado (milhões de toneladas)	1.0	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	1.9
Número final de trabalhadores (a)	913	1 103	1 062	1 073	1 013	1 000	1 015
Produtividade (mil toneladas) (b)	1.2	1.4	1.5	1.5	1.6	1.7	1.9
Taxa global de absentismo (c)	4.7	4.9	4.7	3.6	3.55	3.62	2.98
Total de horas de ausência (milhares)	66.7	102.9	99.0	74.8	71.0	70.9	58.8
Percentagem da doença no total de horas de ausência (d)	42	51	56	58	61	61	62
Percentagem do acidente no total de horas de ausência	27	23	21	13	11	17	13

(a) Inclui o pessoal dos escritórios de Lisboa (*n* = 57 em 1995).

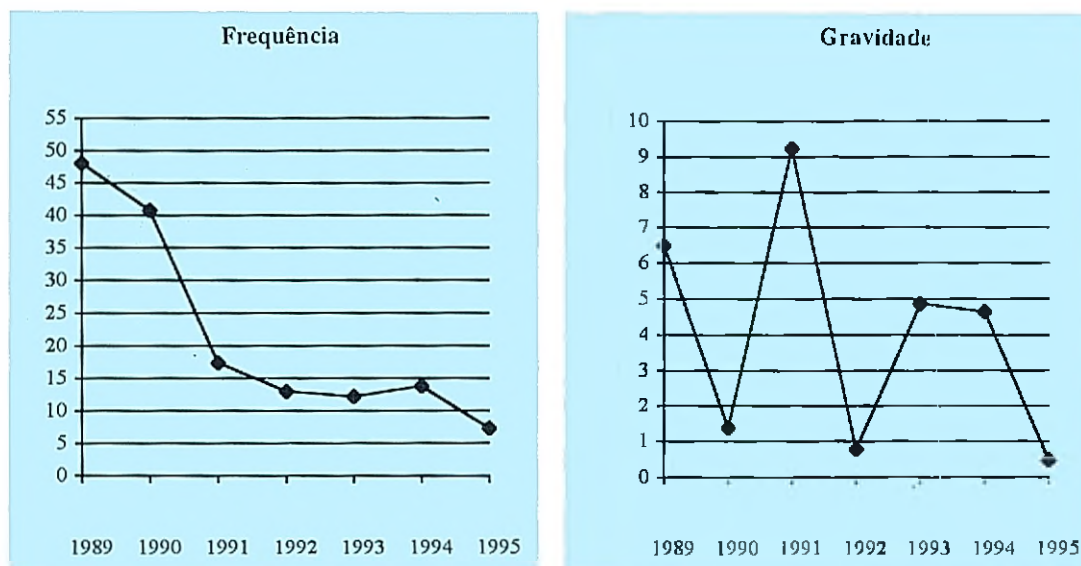
(b) Toneladas de minério processado por trabalhador.

(c) Não inclui o pessoal dos escritórios de Lisboa.

(d) Inclui a maternidade, que representa cerca de 15% do total das horas de ausência por doença.

Figura 1

Caso A: evolução dos índices de frequência e gravidade dos acidentes (1989-1995)



Em termos internacionais, a empresa faz periodicamente dois tipos de comparação: (i) com as empresas do grupo Rio Tinto Zinc (RTZ), que possui diversas minas nos EUA, no Canadá, na América do Sul e na África do Sul; (ii) com as minas canadianas que não pertencem ao grupo RTZ e que têm uma melhor *performance* do que a RTZ em matéria de segurança. «A comparação dentro do grupo RTZ não nos é desfavorável, pelo contrário. Estamos um terço acima da média. A comparação com as minas canadianas que não pertencem ao grupo RTZ é-nos menos favorável: estamos um terço abaixo da média» (chefe do DSI).

O nível de absentismo esperado são os 7%. Numa moderna mina subterrânea como esta, «isso teria um custo salarial de 180 000 contos. Se eu tiver um absentismo ao nível dos 3,5%, terei um ganho de 90 000 contos. Como despendi 50 000 nos desincentivos ao absentismo, através do prémio de produção, terei um benefício de 40 000, não contando com outros custos, como um *overhead* de 30%» (DPF). Refira-se, a título de exemplo, que, dos cerca de 170 000 contos de prémios de produção pagos em 1993, 70% foram «directamente imputados aos incentivos à produção» e os restantes 30% aos «desincentivos do absentismo».

Como se consegue manter um nível de absentismo tão baixo numa empresa como esta, em que há um elevado grau de mecanização e automatização e em que no ano de 1995 foram extraídas 17 500 toneladas de minério por homem e por turno (mais 2500 toneladas do que em 1994)? Segundo o DPF, haveria quatro tipos de razões: «Em primeiro

lugar, o factor idade. Somos uma empresa ainda jovem, com uma média etária de 36,5 anos em 1994. Em segundo lugar, o elevado nível de protecção conseguido no domínio da saúde e segurança no trabalho. Em terceiro lugar, a motivação, que não se esgota nos incentivos pecuniários. E, por fim, a descentralização da gestão de pessoal. São as chefias directas (encarregados e chefes de equipa) que têm a competência para justificar faltas, planejar o trabalho suplementar, etc.» Talvez possamos encontrar uma quinta (e última razão): o facto de esta empresa estar inserida numa região economicamente deprimida e de ter praticamente esgotado toda a mão-de-obra jovem local (Graça, 1994).

Em todo o caso, 80% do total das horas de ausência por doença diz respeito à área de produção, ou seja, às duas direcções (trabalhos subterrâneos e metalurgia) que empregam cerca de dois terços do pessoal da mina. Em média, um mineiro de fundo faltou 65 horas por doença, ou seja, mais do dobro da média de um mineiro de superfície ou de um trabalhador das áreas administrativa e técnica (*Quadro VI*).

Para os profissionais de saúde que entrevistámos, o baixo nível de incapacidade por doença pode ter outra leitura: «Sentimos que as pessoas evitam recorrer à baixa. Há um maior autocontrolo aqui do que noutros sítios. Mas também se nota algum medo de ser apontado. Não é só o prémio de produção que está em causa, é também a pressão exercida sobre o indivíduo por parte dos encarregados, dos chefes de equipa e da própria equipa de trabalho» (médica de clínica geral).

Quadro VI

Caso A: distribuição dos trabalhadores e do total de horas de ausência por doença, por área funcional (1994)

Área funcional	Trabalhadores		Total de horas de ausência por doença		
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Média
Produção	638	67,7	34 273	79,8	53,7
Apoio administrativo e técnico	304	32,3	8 654	20,2	28,5
Total	942	100,0	42 927	100,0	45,6
Produção:					
Trabalhos subterrâneos	419	65,7	27 797	81,1	64,8
Metalurgia	219	34,3	6 476	18,9	28,5
Total	638	100,0	34 273	100,0	53,7

Os problemas osteoarticulares são talvez a principal razão da procura das consultas diárias de clínica geral. «Por outro lado, há sintomas de *stress* que começam a preocupar-nos e que estão na origem do crescente consumo de ansiolíticos. Há casos de hipertensão em indivíduos novos» (médica de clínica geral). Em grande parte devido ao ritmo de trabalho, à especificidade do trabalho mineiro e ao próprio isolamento, o *stress* no fundo da mina manifestar-se-ia sobretudo por sintomas psicológicos: «*Andar almareado* é a tradução do mineiro alentejano para a palavra *stress*. É talvez o principal problema de saúde. Quanto à toxicodependência, ainda é um bocado tabu na empresa» (enfermeiro de saúde ocupacional).

O próprio médico do trabalho e chefe do DSO reconhece que há uma «pressão psicológica» para melhorar o desempenho da empresa, podendo falar-se de um conflito latente entre a produção, por um lado, e a saúde e a segurança no trabalho, por outro. «Até aqui temos sabido gerir esse conflito.» Como problemas de saúde, aponta «em primeiro lugar as lombalgias e as hérnias discais. Em segundo lugar, a saúde mental: a ansiedade patológica, a síndrome depressiva. Em terceiro lugar, os pequenos acidentes: as limalhas nos olhos. Em quarto e último, os eczemas de contacto, as queimaduras por bases.»

A percepção da realidade também é diferente, vista pelo lado dos gestores ou pelo lado dos trabalhadores. Por exemplo, para o director de trabalhos subterrâneos (DTS) o principal problema seria «o aumento, a partir de 1992-1993, do consumo de droga pesada. Tenho aqui dez a quinze casos. O problema é grave, temos que o atacar», diz-nos com desassombro. Relativamente ao *stress* no fundo da mina, ele próprio reconhece que fuma «dois maços de cigarros por dia». Para em seguida acrescentar: «Há aqui dois mundos muito diferentes: o fundo da mina, por um lado, e tudo o mais que está à superfície (excepto as lavarias). Trabalhar no fundo da mina é como viver a bordo de um submarino. Há um forte espírito de corpo entre os mineiros.» Não nega a existência de um certo *stress* ligado às exigências da produção e às metas que a empresa se propôs alcançar em 1995: «ultrapassar os 1,7 milhões de toneladas sem violação das normas de segurança». Com 10% de rotação ou *turn-over* (casos de indivíduos que, após uma longa formação de ano e meio, não se adaptam ao trabalho mineiro), o DTS não se mostra preocupado: «Para uma mina feita é uma percentagem alta, mas não para uma mina como a nossa, que ainda está em fase de formação.»

Refira-se que, de acordo com o último estudo do clima organizacional (1994) mandado efectuar pela

empresa, a percepção de «maior pressão para o desempenho» era mais alta nos trabalhos subterrâneos (3.36) do que no total da mina (3.02), medida numa escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo). Curiosamente, o pessoal que estava mais satisfeito com a empresa eram os mineiros de fundo: só um terço admitia mudar de emprego, no mesmo sector, e com as mesmas condições contratuais.

Para além dos «casos de baixa fraudulenta que a lei incentiva», o problema do absentismo teria sobretudo a ver com «o moral do pessoal», segundo o DTS. Assim, ao longo de 1993 e até Outubro de 1994 «havia um certo espírito perdedor». Ou seja: «As coisas não estavam a correr bem, não houve prémios de produção nem de gestão, o absentismo aumentou no meu sector.» Foi aí que surgiu a necessidade de mudar o sistema de gestão, o estilo de liderança e a organização do trabalho. «Os encarregados, que até então estavam dependentes dos meus chefes de departamento, passaram a reportar directamente a mim. Criei uma estrutura mais leve e flexível. As equipas (7 a 8 trabalhadores, sob a chefia do mineiro mais qualificado) passaram a funcionar muito melhor. Resultado: em Outubro de 1994 tive 3 casos com incapacidade, até Dezembro não houve nenhum, em Janeiro deste ano tive um caso!» (DTS.)

Para um dos seis representantes dos trabalhadores, recentemente eleito para a área da SH&ST e que por inerência faz parte da Comissão de SH&ST, «aqui trabalha-se muito melhor, é uma mina moderna, há mais preocupações com a segurança e o ambiente». Em Aljustrel, onde este mineiro de superfície trabalhou de 1971 até 1974, «faltava-se mais por doença e acidentes». O que não quer dizer que «não haja riscos, e sobretudo erro humano». Reconhece, por outro lado, o papel que o prémio de produção tem como desincentivo do absentismo, mesmo quando justificado. «Na lavaria onde trabalho, por exemplo, há descuidos: entorses, limalhas na vista, pequenas coisas. Mas, se a malta perde um dia, cortam-lhe 30% do prémio de produção.» Finalmente, e quanto aos tão falados casos de consumo de droga entre os mineiros, ele é decididamente «a favor do sorteio para tirar análises», uma medida que, entretanto, já foi implementada pela empresa.

Caso B: «O município diferente»

Em 1993 foi feito um estudo avaliativo do estado de saúde de toda a população trabalhadora (SMAS incluídos). Com base nos resultados de exames de saúde iniciais (que incluíam, entre outros, um questionário de saúde) foi constituída uma amostra aleatória de 100 indivíduos, formada por

dois grupos socioprofissionais distintos: pessoal operário e auxiliar (*colarinhos azuis*) e pessoal de apoio técnico e administrativo (*colarinhos brancos*). O primeiro grupo ($n = 50$) era composto exclusivamente por homens, com uma média de idade de 45 anos, com escolaridade igual ou inferior a 9 anos, e na sua grande maioria não praticava desporto (96%). O segundo, com a mesma dimensão, incluía uma maioria relativa de mulheres (52%) e era mais jovem do que o primeiro (37 anos, em média). A escolaridade era claramente superior ao 9.º ano (74%), tendo a prática de desporto sido referida por 28% dos indivíduos. Por outro lado, o número de não fumadores (54%) era ligeiramente superior ao do primeiro grupo (52%).

Embora haja problemas de saúde comuns aos dois grupos (v. g., saúde oral), verifica-se, contudo, uma maior prevalência, no primeiro, de certas patologias, em grande parte relacionadas com o trabalho. Por exemplo, 32% dos *colarinhos azuis* sofrem de

problemas do foro osteoarticular e de dislipidemias, 28% apresentam alterações na função hepática, 24% têm problemas de hipertensão, etc. Em contrapartida, um em cada cinco *colarinhos brancos* tem problemas de saúde mental (*Quadro VII*). De acordo com os resultados deste estudo de prevalência, pouco mais de 20% do pessoal do município (CM e SMAS) poderia então ser considerado «saudável». Havia, além disso, diferenças estatisticamente muito significativas entre os dois grupos socioprofissionais no que respeitava ao estado de saúde (*Quadro VIII*).

De acordo com o balanço social da CM, o grupo socioprofissional predominante é o pessoal auxiliar (mais de 42%), seguido de longe pelo pessoal operário (24%). Por serem os trabalhadores menos qualificados, mais mal pagos e sujeitos a piores condições de trabalho, é no grupo do pessoal auxiliar (onde se incluem os cantoneiros de limpeza) que se verifica o maior índice de rotação ou *turnover* e as maiores dificuldades de recrutamento.

Quadro VII

Caso B: principais problemas de saúde numa amostra da população trabalhadora ($n = 100$) (1993)

Número de ordem	Colarinhos azuis	%	Colarinhos brancos	%
1	Problemas estomatológicos	50	Problemas osteoarticulares	24
2	Problemas osteoarticulares	32	Problemas mentais	20
3	Dislipidemias	32	Dislipidemias	18
4	P. F. hepática alterada	28	Problemas estomatológicos	16
5	Hipertensão arterial	24	Obesidade IMC > 30	14
6	Problemas gastrointestinais	20	Problemas gastrointestinais	14
7	Hiperuricemia	16	Anemia	10
8	Problemas mentais	14	Hipertensão arterial	8
9	Sequelas de acidentes	14	Insuficiência venosa (membros inf.)	8

Fonte: Serviço de saúde ocupacional (SSO), cit. por Graça (1995).

Quadro VIII

Caso B: estado de saúde de uma amostra da população trabalhadora ($n = 100$), por grupo socioprofissional

Grupo socioprofissional	Estado de saúde			
	Saudáveis	Com preocupações de saúde	Doentes	Total
Colarinhos azuis	6	21	23	50
Colarinhos brancos	15	28	7	50
Total	21	49	30	100

$\chi^2 = 13,39$, g. l. = 2, $p < 0,01$.

Fonte: SSO, cit. por Graça (1995).

Política de SH&ST

Em 1989, na altura em que foi criado o SSO, havia sobretudo preocupação «com a valorização dos recursos humanos, com a imagem exterior e com a qualidade dos serviços prestados» (director do SSO). Uma peça-chave deste projecto é o programa global de seguros (que inclui, entre outros, os seguros de acidentes de trabalho, saúde, vida/grupo e acidentes pessoais/grupo).

A prevenção da doença e dos acidentes, a promoção da saúde e do bem-estar no trabalho, a melhoria da organização e das condições de trabalho, são entendidas como «um investimento estratégico e um objectivo permanente da autarquia», associados ao seu esforço de modernização. Não é, porém, líquido que, tanto por parte das chefias directas como dos próprios trabalhadores, haja a mesma percepção da importância da SH&ST como objectivo de gestão (Graça, 1994).

Política e acção no domínio do absentismo

De qualquer modo, a principal motivação para reduzir o absentismo seriam «os seus custos económicos e sociais» (vereadora do pessoal). Estima-se, além disso, que «um terço do total do absentismo por doença seja fraudulento». Todavia, e contrariamente aos casos A e C, a autarquia tem dificuldade não só em lidar com esta questão, como em encontrar soluções eficazes. «Não nos regendo pelas regras do mercado, temos alguma dificuldade em avaliar o valor dos produtos e dos serviços que oferecemos.» Apesar disso, «a nossa actividade não pode prescindir de usar medidas de eficácia, produtividade e qualidade» (director de recursos humanos, DRH). Por outro lado, não é fácil levar as chefias operacionais a assumirem «a gestão integrada do seu pessoal» quando ainda está generalizada a ideia de que a gestão de pessoal é uma «coutada do DRH» ou de que nem sequer há autonomia neste domínio, dados os condicionalismos da função pública.

A redução, o controle e a prevenção da incapacidade temporária e de longa duração têm sido uma das principais prioridades do SSO. Como pode ler-se no relatório de actividades e contas de gerência da CM (1994), a actividade do SSO «consubstancia a política de saúde ocupacional da administração municipal, englobando o conjunto das medidas destinadas a promover a saúde no local de trabalho com a participação dos trabalhadores e das chefias».

Actualmente, há uma vasta equipa multidisciplinar e multiprofissional que intervém em cerca de três dezenas de programas de SH&ST (*Quadro IX*). Cada programa tem um coordenador e é apresentado, com maior ou menor detalhe, de acordo mais ou menos com o mesmo formato (v. g., introdução, enquadramento teórico e/ou legal, objectivos gerais e específicos, meios humanos e materiais, actividades, organização, cronograma, avaliação e custos). Está fora de questão fazer aqui uma análise pormenorizada de cada um desses programas. Por outro lado, nem todos têm o mesmo impacto na prevenção, controle e redução da incapacidade para o trabalho. Além disso, não se afigura fácil, por razões práticas e metodológicas, fazer a avaliação desse impacto.

Nalguns deles há uma referência explícita à redução do absentismo por doença ou acidente. De um modo geral, quase todos visam a prevenção da doença e/ou promoção da saúde, podendo o seu impacto potencial na redução e controle do absentismo ser mais ou menos directo. Para esse efeito criámos uma escala de classificação, de 1 a 4, que foi aplicada com a colaboração dos coordenadores dos programas ou com recurso à documentação disponível. De entre outros, cite-se o programa *Vigilância da saúde dos trabalhadores, orientada por riscos profissionais*, que pretende ser mais do que um vulgar *check-up* clínico. Abrangendo toda a população trabalhadora, visa o diagnóstico, a prevenção e a orientação de casos de doença profissional, de doença relacionada com o trabalho ou agravada pelo trabalho, bem como de outros problemas de saúde, mediante a realização de exames de admissão, iniciais, periódicos e ocasionais (por iniciativa médica, do trabalhador ou da respectiva chefia). «O que é novo neste programa é a perspectiva integrada de saúde, a componente de educação para a saúde e o trabalho intequipadas. Desde Agosto de 1992, cerca de 90% da população trabalhadora já realizou exames de saúde, o que até então não estava nos seus hábitos. É dos programas mais valorizados pelo pessoal operário e auxiliar, que acolheu favoravelmente a nossa mensagem *Exames de saúde: só podemos prevenir o que conhecemos*» (médico do trabalho).

Um outro exemplo dos programas em vigor é o da *Prevenção das raquialgias no trabalho*. Pretende explicitamente contribuir para a redução do absentismo, «na medida em que os problemas de saúde do foro osteoarticular, nomeadamente as raquialgias, surgem em segundo lugar na morbilidade prevalente no pessoal operário e auxiliar, apenas ultrapassados pela patologia bucodentária» (médico do trabalho).

Quadro 1X

Caso B: distribuição dos principais programas e actividades do SSO, por áreas de coordenação, e tipo de impacto esperado na prevenção, controle e redução da incapacidade (1994-1995)

Áreas (e número de profissionais)	Programas/subprogramas (ano do início ou da última reformulação)	Referência e impacto (a)	
		Referência	Impacto
Medicina do trabalho (4)	• Vigilância da saúde dos trabalhadores (1990)	S	1
	• Reparação dos acidentes de trabalho (1993)	N	3
	• Prevenção das doenças evitáveis pela vacinação/tetano (1992), hepatite B (1993), gripe (1994) e tuberculose (1994)	S	2
	• Prevenção das doenças bucodentárias e de reabilitação oral (1993)	N	3
	• Prevenção da doença auditiva no trabalho (1994)	N	3
	• Prevenção das raquialgias no trabalho (1993)	S	1
	• Acção social (b) (1)		
Psicologia e saúde mental (3)	• Pré-requisitos fundamentais para a saúde (1994)	N	3
	• Núcleo de dadores benévolos de sangue (1991)	N	3
	• Pesquisa-acção sobre as causas do absentismo por morbilidade ≥ 30 dias em 1993 e 1994 (1995)	S	4
	• Acompanhamento dos distúrbios emocionais (1994)	S	1
Ergonomia (2)	• Apoio ao tratamento de toxicodependentes (1994)	S	2
	• Locais de trabalho sem tabaco (1992)	N	4
	• Intervenção nos problemas do álcool (1990)	S	1
	• Exercícios compensatórios (1994)	N	4
	• Transporte manual de cargas (1994)	S	1
	• Intervenção nas condições de trabalho dos auxiliares dos mercados municipais (1994)	S	1
Higiene e toxicologia do trabalho (2)	• Reabilitação e integração dos trabalhadores parcialmente incapacitados para o trabalho (1993)	S	1
	• Ergonomia do trabalho com ecrãs de visualização (1994)	N	2
	• Ruído nos locais de trabalho (1991)	N	3
	• Conforto lumínico (1991)	N	4
	• Ventilação e qualidade do ar (1994)	N	4
	• Vibrações no corpo humano (1994)	N	4
Segurança no trabalho (1)	• Conforto térmico (1994)	N	4
	• Prevenção de acidentes de trabalho (1990)	S	1
	• Pacote de seguros para a qualidade de vida dos trabalhadores (1991)	S	2
	• Equipamentos de protecção individual contra os riscos no trabalho (1992)	N	4
Cuidados médicos e de enfermagem (b) (8)	• Instalação e acompanhamento de caixas de primeiros socorros nos locais de trabalho (1992)	N	3
	• Diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de doenças crónicas (1994)	N	1
	• Prevenção das doenças cardiovasculares (1994)	N	4
	• Prevenção e vigilância do cancro da próstata (1995)	N	4
	• Prevenção e vigilância do cancro do colo do útero e da mama (1991)	N	3
	• Consultas de clínica geral, ortopedia, fisioterapia, dermatologia, psiquiatria e psicologia, além de enfermagem	N	2
Outros (11)	• Direcção e apoio (v. g., secretariado, logística, documentação, imagem)		

(a) Referência: S = sim; N = não. Impacto esperado: 1 = directo; 2 = indirecto; 3 = sem impacto; 4 = difícil de avaliar/sem elementos de avaliação.

(b) Articulam-se com a medicina do trabalho, a psicologia e a saúde mental, entre outras áreas.

Fonte: Graça (1995).

Avaliação e acompanhamento

Como pode observar-se na *Figura 2*, o nível de absentismo global continuou a ser alto no período de 1990-1995 (em média, 10,7%). Estes dados são apenas relativos à CM, que tem «como meta um absentismo de 6%» (DRH). Nos últimos seis anos o absentismo específico, devido a doença e acidente de trabalho, foi, em média, de 6,25%, com uma ligeira tendência para subir à conta do peso da doença (4.3% em 1990 e 5.5% em 1995). Pelo contrário, o peso dos acidentes de trabalho na estrutura do absentismo tende a diminuir (2% em 1990 e 1% em 1995).

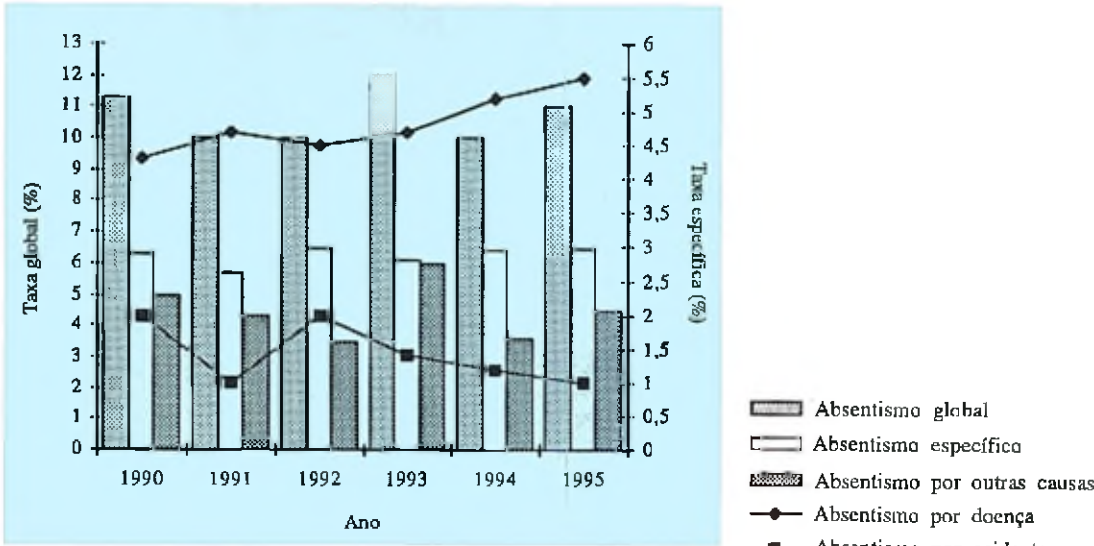
Analisando a distribuição percentual das ausências por doença em função da sua duração, constata-se que o absentismo de curta duração (< 30 dias) é claramente inferior ao de longa duração (≥ 30 dias),

tendo passado de 40% do total em 1993 para 21% em 1995 (*Quadro X*).

Se tomarmos por comparação os anos de 1995 e 1993, verifica-se que, no conjunto da população trabalhadora de ambos os sexos, houve um aumento significativo do número de baixas, quer de curta duração (552 casos, contra 402), quer de longa duração (153 casos, contra 119), não obstante a redução do número de dias de ausência (menos 3253 em 1995). Os efectivos, por seu lado, mantiveram-se praticamente os mesmos (1271 contra 1263).

O agravamento da incapacidade de longa duração em 1995 é imputado «ao aumento da cronicidade de alguns casos de incapacidade já anteriormente diagnosticados, bem como a disfunções organizacionais ainda não resolvidas» (técnica superior de serviço social).

Figura 2
Caso A: evolução do absentismo global e específico (1990-1995)



Quadro X
Caso B: distribuição dos dias de ausência por doença em função da sua duração (1993-1995) (percentagem)

Dias de ausência por doença	Ano		
	1993	1994	1995
Curta duração (< 30 dias)	39,7	33,3	20,9
Longa duração (≥ 30 dias)	60,3	66,7	79,1
Total	100,0 (n = 20952)	100,0 (n = 16036)	100,0 (n = 17699)

Observações: n = total de dias de ausência por doença.

Tomando como referência os últimos três anos, verifica-se que houve 1,7 baixas por cada trabalhador da CM (*Quadro XI*). A duração média das baixas andou à volta dos 8,5 dias, sendo menor no caso das baixas concedidas pelo SSO (7 dias) do que no caso das baixas emitidas pelos médicos de família do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outros (9,6 dias). Por outro lado, só cerca de 43% dos atestados de doença foram emitidos pelos médicos do SSO, o que poderá em parte explicar a alegada existência de situações de infracção.

Independentemente de eventuais casos de fraude (ou de prolongamento indevido da baixa), a taxa de incidência da incapacidade por doença (*número de casos de baixa por mil/número médio de trabalhadores*) foi maior em 1995 do que em 1993 (*Figura 3*). Além disso, e independentemente do ano e da duração das baixas, a incapacidade tende a ser maior no sexo feminino (F) do que no sexo masculino (M).

Constata-se ainda que a taxa de incidência da incapacidade por doença tende a variar em função da duração das baixas: independentemente do sexo, é claramente maior nos casos de curta duração.

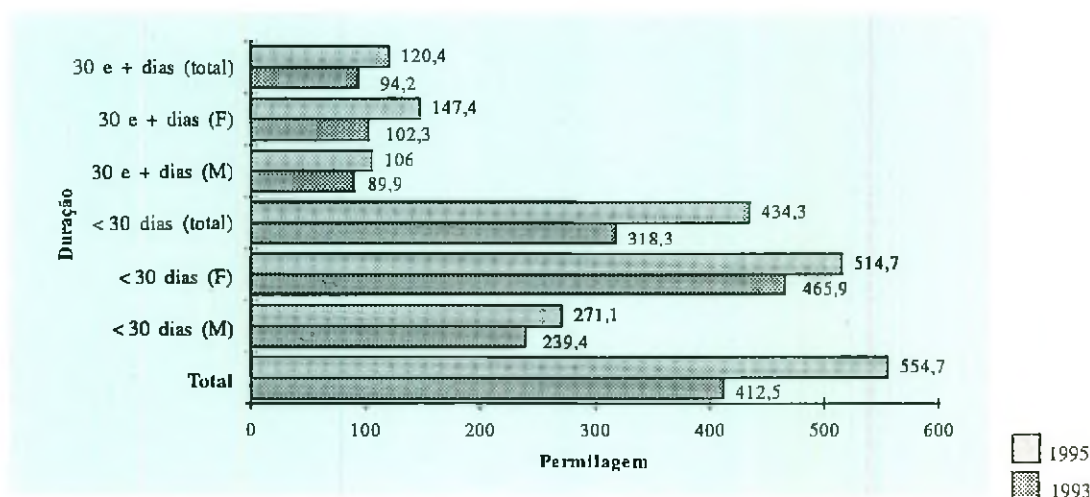
O departamento de ambiente concentra o maior número de casos de longa duração: mais de 40% do total. Este departamento, só por si, emprega mais de um terço do total do pessoal da CM, 95% dos quais são *colarinhos azuis*. E é também o local de trabalho onde é maior o número de dias de ausência por trabalhador (1994): (i) 30 dias, em média, por todos os motivos (doença, acidente e outros); (ii) 22 dias, em média, por incapacidade para o trabalho.

Analisada a estrutura do absentismo por departamento (Graça, 1995), verificou-se que, relativamente a 1994, havia uma clara tendência para a doença e o acidente terem um maior peso no total das ausências em função da maior proporção de *colarinhos azuis*. Nos três maiores departamentos

Quadro XI
Caso B: evolução das baixas por doença (1993-1995)

Número de baixas e de dias por baixa	Ano			
	1993	1994	1995	1993-1995 (média)
Número total de baixas	1 815	2 477	2 168	2 153
Concedidas internamente (SSO)	677	1 202	904	928
Concedidas externamente (SNS e outros)	1 138	1 275	1 264	1 225
Número médio de dias por baixa	11,5	6,5	8,2	8,5
Baixas do SSO	9,9	5,1	7,1	6,9
Baixas do SNS e outros	12,5	7,7	8,9	9,6

Figura 3
Caso B: taxa de incidência da incapacidade por doença, por sexo e duração da baixa (comparação entre 1993 e 1995)



(incluindo o do ambiente), o absentismo por incapacidade representava cerca de três quartos do total. Neles estavam concentrados mais de 63% do total de trabalhadores, dos quais 90% são *colarinhos azuis*. Em contrapartida, nos restantes departamentos, onde predominavam os *colarinhos brancos*, o maior peso no total do absentismo era constituído por outras causas que não a doença e/ou o acidente (v. g., licença de maternidade, assistência à família, outras faltas, justificadas e não-justificadas).

O SSO não tem feito estudos de custo/benefício, o que o torna vulnerável às críticas de quem, como as organizações representativas dos trabalhadores, pensa que «os seus resultados são mais teóricos do que práticos». Há, no entanto, alguns dados sobre os resultados do programa de *reabilitação e recolocação no trabalho* que merecem uma referência. Numa amostra de 103 indivíduos com incapacidade de longa duração que, de 1990 a 1993, foram recolocados num posto de trabalho melhorado ($n = 71$) ou readaptados ao posto de trabalho anterior ($n = 32$), verificou-se que o total de dias de ausência destes trabalhadores passou de 6358 (em 1990) para 3792 (em 1992), o que equivale a uma taxa de absentismo de 25.5% e 15.3%, respectivamente. Ou seja, houve uma redução de 10 pontos percentuais no absentismo deste grupo. No caso dos indivíduos recolocados, a redução ainda é mais significativa: de 39 000 horas (em 1990) para 12 400 (em 1992).

Os representantes dos trabalhadores não têm, de facto, a mesma percepção dos resultados alcançados, sendo particularmente críticos em relação aos processos utilizados no controle do absentismo. Por exemplo, segundo a CT, o DRH terá tomado medidas há cerca de três anos que «eram inaceitáveis: a redução de um sexto do vencimento do trabalhador em caso de ausência até 30 dias consecutivos, excepto por motivo de acidente». A CT reconhece que por parte do executivo camarário há uma preocupação crescente com o absentismo. O problema pelo menos tem sido estudado, e no final do ano de 1994 foi entregue um relatório do DRH aos órgãos representativos dos trabalhadores, «embora depois não discutam os problemas connosco» (CT).

Por outro lado, a CT contesta «os dados do SSO, que dizem que o absentismo está a baixar». E, mais do que isso, contesta a eficácia do SSO: «Fazem muito trabalho, mas os resultados não se vêem. As condições de higiene e segurança no trabalho não têm melhorado. Há trabalhadores que pensam que é um luxo o dinheiro que se está a gastar com tantos técnicos. Nós achamos que é uma crítica injusta, embora não deixe de ter algum fundamento.» Quanto às baixas fraudulentas, a CT tem uma posi-

ção de princípio: «Evidentemente, somos contra! Não dignificam os trabalhadores.» Mas o problema só se resolve «quando se der melhores condições de trabalho ao pessoal operário e auxiliar» e «se acabar com o autoritarismo das chefias». Por outro lado, «não tem havido equidade nos investimentos em novas instalações e equipamentos». Além disso, «as pessoas ganham mal e vivem mal». Por fim, a administração estaria a tocar «em áreas sensíveis para os trabalhadores, como são as questões da promoção ou da avaliação do desempenho, que levam à desmotivação no trabalho». No entanto, os representantes dos trabalhadores da CM não deixam de sublinhar que a sua aposta é «a melhoria da qualidade dos serviços, com gente qualificada e capaz».

Caso C: «A fábrica da qualidade»

Em 1993, a multinacional a que pertence a FT desencadeou um processo *top-down* com vista a mudar a cultura organizacional, a aumentar a produtividade, a qualidade e a competitividade, a flexibilizar a organização do trabalho, a estimular a criatividade e a participação do pessoal, a nível de todas as filiais espalhadas pelo mundo. O objectivo final é garantir a satisfação total do cliente. Este movimento é conhecido internamente pelo acrónimo *top (time optimized processes)*.

Entretanto, uma das metas actuais do grupo em Portugal é a obtenção da certificação da qualidade em todas as áreas de actividade. No início de 1995 tinha já obtido quatro certificações, três das quais (incluindo a FT) segundo a norma mais exigente (ISO 9001/EN 29001): *Sistemas da qualidade — modelo de garantia de qualidade no projecto/desenvolvimento, produção, instalação e após-venda*.

No caso da FT, o passo seguinte foi a introdução do TQM (*total quality management*) em Outubro de 1994. Os objectivos a atingir são explicitamente o aumento da qualidade, a redução de custos, a optimização de tempos e a melhoria da competitividade. E, implicitamente, a redução do absentismo. No âmbito do TQM, foi entretanto criada uma comissão de coordenação *top* de que fazem parte o director, o director técnico, o director de recursos humanos (DRH), o chefe da divisão de garantia da qualidade (DGQ) e uma psicóloga da empresa, além do *top-champion*, ou representante local do movimento *top*.

Em Novembro de 1994 foi realizado um inquérito por questionário com vista a fazer o diagnóstico organizacional. Os resultados, internamente divulgados em reunião geral do pessoal com a direcção, apontavam, entre outros, para a satisfação em relação ao tipo de trabalho, a insatisfação relativamente

à remuneração e às condições de trabalho, a existência de problemas de comunicação a nível intersectorial, o empenhamento e a vontade em melhorar os resultados da empresa, a deficiente participação no processo de tomada de decisão, a inadequação e ineficácia do estilo de chefia e uma clara identificação do indivíduo com a empresa e com a sua equipa de trabalho. Sobre a certificação do sistema de qualidade, os respondentes ($n = 292$) tinham a percepção de que a direcção estava empenhada no processo de qualidade total, mas achavam que tinha havido um aumento da papelada e da carga de trabalho.

No seguimento desta iniciativa seriam depois levadas a cabo uma série de acções de formação em TQM e em comportamento organizacional. Posteriormente entrou-se numa nova fase, com o desenvolvimento de projectos específicos de diagnóstico e melhoria contínua, segundo temas propostos pelo comité de coordenação *top* da fábrica. Em 1996 havia já oito *top-teams* a funcionar, prevendo-se em breve a criação de mais três, uma das quais para as questões das condições de trabalho (incluindo a SH&ST). Ao todo, «estes grupos deverão envolver um total de cerca de 20% do pessoal da fábrica» (psicóloga, comissão de coordenação *top*).

De composição heterogénea, multiprofissional e intersectorial, cada equipa, de seis elementos, reúne pelo menos uma vez por semana, durante hora e meia, dentro do horário normal de trabalho. Internamente, para efeitos de organização e funcionamento, o grupo é autónomo, não havendo líderes impostos. O desenvolvimento dos grupos está a ser acompanhado pela psicóloga da comissão de coordenação.

A introdução do TQM nesta fábrica foi a resposta local ao desafio lançado pelo movimento *top*. Segundo o seu principal mentor, o director técnico, de ascendência japonesa, chegado a Portugal em 1994, os custos de não qualidade estariam subestimados: «Se considerarmos os desperdícios, a sucata, a repetição de tarefas por defeitos de fabrico ou de montagem, a falta de cumprimento de prazos como resultado do absentismo, etc., a não qualidade representará 5% a 7% do custo do produto final, o que é uma verdadeira monstruosidade. Quantos negócios não se perdem por menos de 5%?!»

Por outro lado, entende-se que «a gestão da qualidade total tem de ser feita e aprendida através do trabalho em equipa. É frequente ainda ouvir-se: *a qualidade é p'ros gajos da qualidade*» (chefe da DGQ).

Basicamente, a fábrica está dividida em duas áreas distintas: (i) a área de produção, constituída por duas divisões, a de transformadores de distribuição (DTD) e a de transformadores de potência

(DTP); (ii) a área de apoio administrativo e técnico.

Por sua vez, as duas áreas de produção distinguem-se pelo tipo de produto, pelo sistema técnico e organizacional de trabalho e pela própria composição sociodemográfica. Assim, na DTP ($n = 67$, dos quais 45 são *colarinhos azuis*) projectam-se e fabricam-se produtos de grandes dimensões, de acordo com as especificações técnicas da fábrica alemã de referência. É tipicamente um produto de encomenda, feito de acordo com as exigências e as necessidades do cliente (grandes companhias de electricidade). A produção média anual nos últimos anos foi de 18 transformadores (até 220 MVA/230 kV). A tecnologia dos transformadores não mudou muito: basicamente remonta ao princípio do século. Apesar disso, um transformador de potência não deixa de ser «um produto altamente complexo, que leva semanas a projectar, a montar e a testar, exigindo pessoal mais qualificado e polivalente, e mais trabalho em equipa, do que na DTD» (chefe da DTP e representante local do movimento *top*).

Por seu turno, na DTD ($n = 283$, dos quais 219 são *colarinhos azuis*) projectam-se e fabricam-se transformadores mais pequenos, de distribuição, a óleo (até 1600 kVA e 30 kV), de acordo com as especificações técnicas da fábrica alemã de referência. Em meados do 1.º semestre de 1995 estava-se a produzir cerca de 600 transformadores por mês, o que era considerado uma excelente *performance*. A especialização, a parcelarização e o ritmo de trabalho são aqui maiores, enquanto na DTP o trabalho exige sobretudo mais esforço físico e há mais riscos de acidentes, com ou sem incapacidade.

O nível etário médio da população trabalhadora tem vindo, entretanto, a decrescer nos últimos anos. «com a saída de trabalhadores mais idosos e a admissão de pessoal mais jovem» (DRH): passou de 42 anos em 1991 para 37 anos em 1994. Foram recrutados sobretudo *colarinhos brancos* (v. g., jovens engenheiros) para reforçar a DTD. No entanto, e no essencial, a estrutura da população trabalhadora mantém-se estável: 7 em cada 10 trabalhadores são *colarinhos azuis*, dos quais menos de 20% serão mulheres.

Política de SH&ST

A história desta fábrica remonta à década de 1950. Sendo uma sociedade anónima até 1987, e empregando mais de 200 trabalhadores, a FT era então obrigada, pela legislação em vigor, a ter serviços internos de medicina do trabalho. Após a fusão

jurídica com a empresa alemã, esses serviços mantiveram-se, a par da clássica função de segurança industrial a cargo do serviço de manutenção (hoje divisão de serviços, DS). Actualmente há, e pela primeira vez, um plano integrado de actividades na área da SH&ST, tendo por objectivo «a promoção da saúde de toda a população trabalhadora, essencialmente através de acções preventivas conducentes a uma diminuição das doenças profissionais e das doenças relacionadas com o trabalho, bem como dos índices de sinistralidade» (médica do trabalho).

São os seguintes os programas de actividades da SH&ST aprovados para o período de 1994-1995: (i) caracterização da população e avaliação global do seu estado de saúde; (ii) estudo anual do absentismo por doença; (iii) avaliação, controle e melhoria das condições de trabalho; (iv) vigilância médica periódica dos trabalhadores; (v) cuidados de saúde primários; (vi) vacinação; (vii) formação em SH&ST; (viii) educação para a saúde; (ix) saúde ambiental e comunitária (v. g., água potável, refeitório); (x) formação em SH&ST. Cada um destes programas tem objectivos e acções definidos e, em geral, envolve a área da SH&ST e outros sectores da empresa.

Política e acção no domínio do absentismo

Em matéria de absentismo, a FT orgulha-se já de ser «talvez a melhor ou, pelo menos, a segunda melhor do grupo na Europa» (DRH). No entanto, o absentismo dos *colarinhos azuis* é considerado ainda bastante elevado.

No âmbito do programa de *caracterização da população e avaliação global do seu estado de saúde* foi desenvolvido um sistema de informação e monitorização com dados individualizados de natureza clínica, sociodemográfica e epidemiológica (v. g., exposição a factores de risco). Dentro deste programa insere-se o estudo anual do absentismo por doença a partir da recolha e tratamento da informação relativa a todas as baixas (superiores a três dias e com exclusão da gravidez, parto e assistência inadiável). Os dados são desagregados por sexo, mês, tipo de ausência, grupo socioprofissional e centro de custo. As faltas por doença iguais ou inferiores a três dias são, em geral, justificadas pelo SMT e contabilizadas, não como incapacidade, mas como «faltas justificadas», o que não permite conhecer o perfil da incapacidade de curtíssima duração.

São as seguintes as acções levadas a cabo no âmbito deste subprograma, em vigor desde 1991: (i) envio ao SMT, por parte da DRH, da informação

relativa a todo o pessoal que entra de baixa por doença; (ii) exames de regresso ao trabalho em caso de baixa por doença, independentemente do número de dias de ausência; (iii) envio trimestral ao SMT dos mapas de absentismo elaborados pela DRH; (iv) tratamento estatístico dos dados e sua divulgação anual pelas diversas áreas e sectores da empresa.

A FT não tem prémios de produção nem de assiduidade, contrariamente ao que se passa noutros estabelecimentos do grupo. Mas esta questão não é pacífica, vista do lado sindical. «Não há prémios, chamam-lhe outro nome. Há um sistema de classificação salarial que discrimina individualmente os trabalhadores que faltam mais, a começar pelos delegados sindicais» (dirigente sindical, Sindicato das Indústrias Eléctricas do Sul e Ilhas, SIES).

A justificação das faltas é feita pelas chefias directas (encarregados ou chefes de equipa), cabendo ao DRH a decisão sobre o seu pagamento, tendo em conta as normas legais, convencionais e internas em vigor na empresa. O SMT e a DRH analisam e comparam regularmente os dados do absentismo por incapacidade. Nos casos de doença prolongada procuram dar o devido apoio ao trabalhador. «Tivemos um caso de toxicodependência. É para nós um motivo de orgulho termos conseguido a sua recuperação aqui, no local de trabalho, com o apoio da família» (DRH).

Quando se detectam eventuais casos de abuso (v. g., prolongamento indevido da baixa), o DRH chama o trabalhador e procura inteirar-se da sua situação. «Esta pedagogia tem funcionado.» Também contrariamente à prática de outras unidades da empresa, no caso C não se fazem pedidos de fiscalização da situação de baixa nem se exige a comparência do trabalhador ao fim de um certo número de dias de baixa. «Há uma relação de confiança com as pessoas. Basta referir que em quinze anos foi levantado um único processo disciplinar» (DRH).

Avaliação e acompanhamento

De acordo com o relatório produzido e divulgado pelo SMT sobre o absentismo por doença no período de 1991 a 1994, as mulheres tendem a faltar, proporcionalmente, menos dias do que os homens, contrariando a percepção que algumas chefias directas têm do problema. O absentismo por doença continuou a subir entre os *colarinhos azuis*, e mais acentuadamente em Dezembro de 1994, e a baixar entre os *colarinhos brancos* (de 4,9% no final

de 1992 para 2,8% no final de 1994) (Quadro XII). Por sua vez, o número de casos de baixa por doença decresceu de 1991 a 1993 em números absolutos, para voltar a subir em 1994. Em contrapartida, aumentou de 1991 a 1993 o número de dias por caso para voltar a descer em 1994 (Figura 4).

O estudo elaborado pelo SMT veio, entretanto, permitir um melhor conhecimento das principais patologias e da sua variação ao longo dos últimos quatro anos (Figura 5). Assim, os problemas do foro *ostearticular* (ossos, articulações, músculos) constituem, de longe, a principal causa de incapacidade, com um total acumulado de 121 baixas e cerca de 5900 dias de ausência. É uma patologia, de etiologia multifactorial e de carácter degenerativo, que tende a agravar-se com a idade. Por seu turno, as doenças do foro *psiquiátrico*, embora com menos casos (42, no total acumulado), vêm em segundo lugar no número de dias de baixa, mas em primeiro na duração média da baixa: respectivamente, cerca de 2200 dias no total e 52 dias por baixa (em média, nos últimos quatro anos).

Os problemas de saúde da população trabalhadora nesta fábrica estão, provavelmente, relacionados com factores *individuais* (v. g., idade, satisfação profissional, estilos de vida), mas sobretudo *organizacionais*: tipo de trabalho, turno, carga física e/ou mental de trabalho, postura corporal, tempo de trabalho semanal, exposição ao ruído, trabalho com ecrãs de visualização, exposição a solventes e a outras substâncias tóxicas ou perigosas. Por outro lado, «a cultura de tipo familiar» (psicóloga, comissão de coordenação *top*) tem sido de algum modo abalada por uma orientação mais agressiva para o mercado, imposta pela multinacional. É provável que o absentismo por doença esteja também relacionado com factores *extra-organizacionais*, tais como problemas familiares e sociais, «incluindo os disfuncionamentos provocados pela burocracia do SNS e da segurança social» (médico de clínica geral).

No caso C, e em grande parte devido às exigências do mercado e aos imperativos da qualidade, produtividade e competitividade, passou-se a dar mais atenção aos problemas relacionados com a

Quadro XII

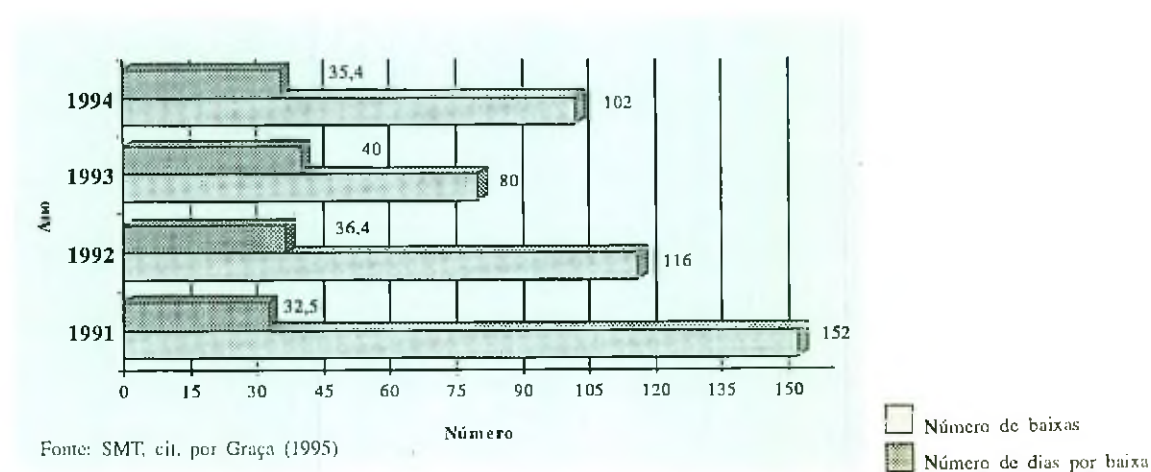
Caso C: evolução da taxa de absentismo por doença (≥ 4 dias) no final do ano por categoria socioprofissional (1992-1994)

Categoria socioprofissional	Ano		
	1992	1993	1994
Colarinhos azuis	5,7	6,0	8,8
Colarinhos brancos	4,9	4,5	2,8
Total	4,7	6,2	5,8

Fonte: SMT, cit. por Graça (1995).

Figura 4

Caso C: evolução do número de baixas e de dias por baixa (1991-1994)



SH&ST. Um conjunto de medidas têm sido entretanto tomadas em que a saúde e a segurança dos trabalhadores, em maior ou menor grau, são tidas em conta: (i) umas mais orientadas para a melhoria do conteúdo e organização do trabalho (v. g., reestruturação do *lay-out* de produção, reorganização dos postos de trabalho, trabalho em equipa, *job enrichment*, polivalência, auditoria periódica no âmbito do sistema de avaliação e garantia da qualidade), bem como do ambiente físico de trabalho (e. g., avaliação e controle de factores de risco, como o ruído e os solventes, protecção colectiva de máquinas e equipamentos, espaços de trabalho, auditoria ambiental); (ii) outras mais centradas no indivíduo ou no grupo de risco (v. g., protecção individual, formação em SH&ST, em TQM e em com-

portamento organizacional, vigilância médica periódica, prestação de cuidados de saúde primários, vacinação a título voluntário contra a gripe, a hepatite B, o tétano e as afecções do foro alergológico, educação para a saúde).

Tem-se procurado sobretudo incentivar a participação directa do pessoal. Nesta perspectiva, o TQM é visto como «um processo de aprendizagem colectiva, mais ou menos longo, podendo ir até aos três anos» (psicóloga). O seu objectivo é «o *empowerment* dos colaboradores, ou seja, a sua capacidade acrescida de assumir riscos, resolver problemas e tomar decisões com autonomia e responsabilidade».

De Outubro de 1994 a Junho de 1996, o absentismo global tem vindo a baixar, em especial entre os *colarinhos azuis* (Figura 6). A explicação é atri-

Figura 5

Caso C: evolução das principais patologias, por número de baixas e número médio de dias por baixa (1992-1994)

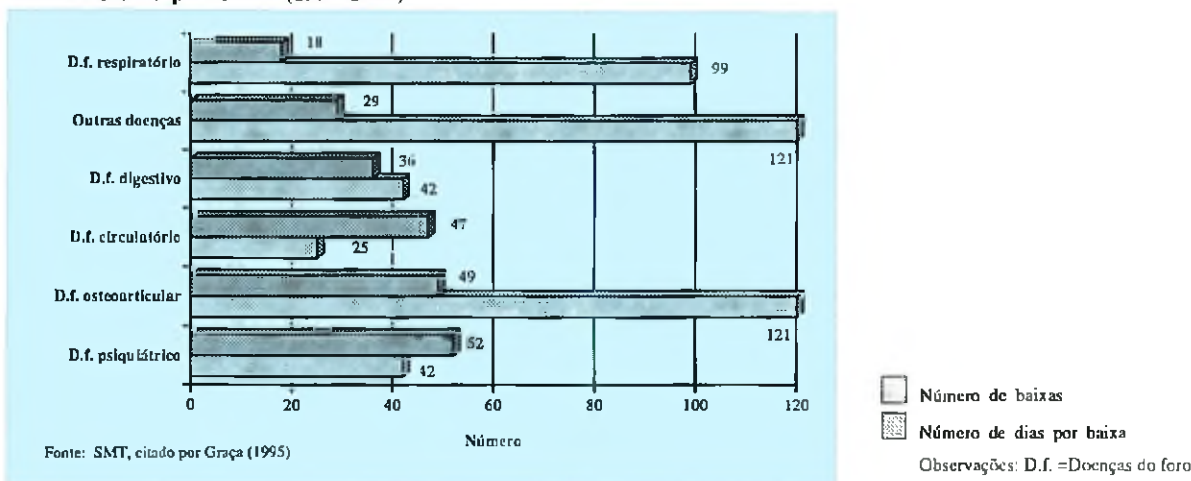
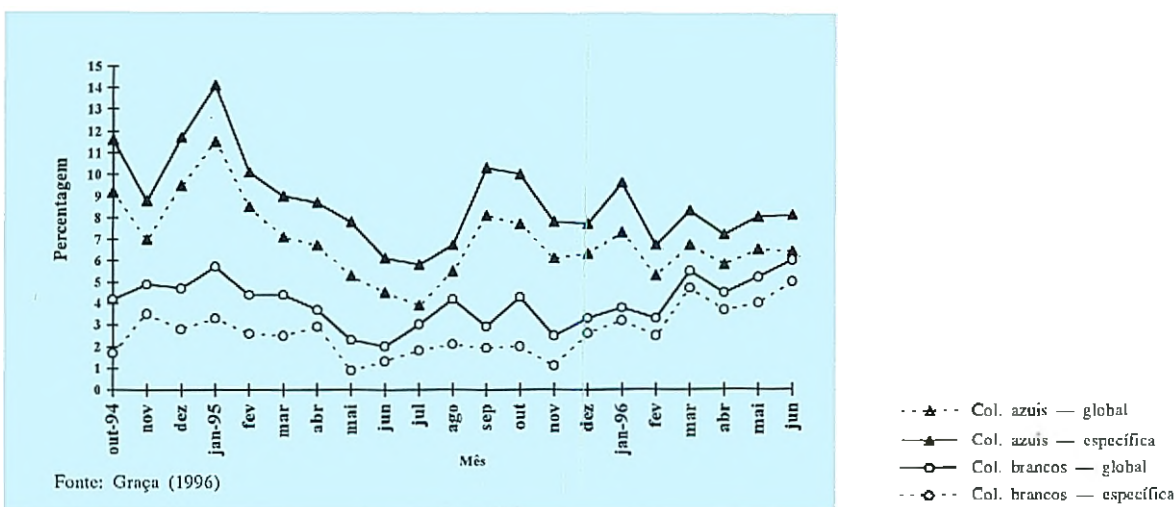


Figura 6

Caso C: evolução das taxas global e específica de absentismo por categoria socioprofissional (Outubro de 1994-Junho de 1996)



huida sobretudo ao factor idade, sendo prematuro associar esta tendência para a descida da taxa de absentismo com as mudanças organizacionais em curso na fábrica e com a maior participação do pessoal. Em todo o caso, há diferenças significativas no perfil do absentismo das duas divisões de transformadores (Figura 7).

A meta da FT, que faz comparações mensais com as outras fábricas do grupo na Europa, são os 4% de absentismo geral. Mas também aqui não há ainda estudos ou indicadores de custo/benefício. No total, a fábrica despendeu cerca de 17 000 contos com a SH&ST em 1994, o que, aparentemente, é muito, dada a sua dimensão. No todo ou quase, este montante representará, segundo uma estimativa grosseira, apenas cerca de 10% a 15% dos *custos ocultos* do absentismo geral, tendo em conta que o número total de horas de ausência foi equivalente ao trabalho anual de cerca de 28 trabalhadores.

Contrariamente ao caso A, a FT não se preocupa tanto com os custos do absentismo, na medida em que haverá menos disfuncionamento em termos de produção. «Há uma grande polivalência: quase todos sabem trabalhar com todas as máquinas. Por exemplo, um soldador também sabe trabalhar como bobinador. A polivalência não foi imposta, são as próprias pessoas que querem aprender» (DRH).

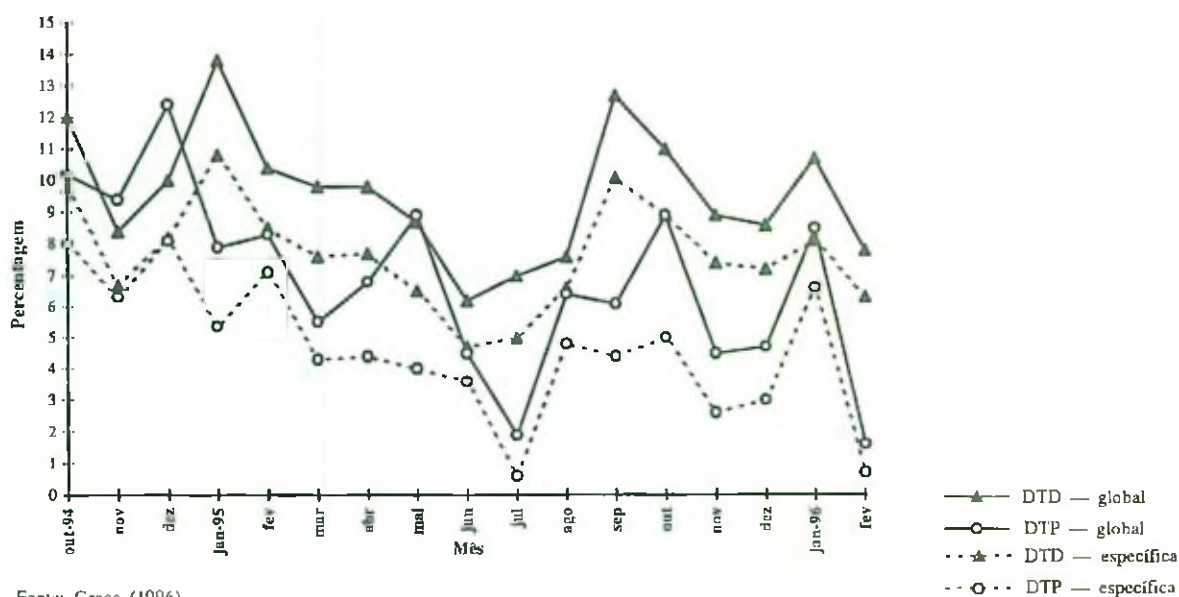
Retira-se, a propósito, que os sindicatos têm uma posição crítica em relação à polivalência, a qual «significa, na prática, que um trabalhador menos qualificado substitui outro mais qualificado sem contrapartidas salariais, ao mesmo tempo que fica sujeito a riscos acrescidos: sobrecarga de trabalho, acidente, etc.» (dirigente sindical, SIES). Para a médica do trabalho «a polivalência não está generalizada: além disso, as pessoas têm formação e conhecem os potenciais riscos de cada posto de trabalho».

Conclusão

Na realidade, o que têm em comum estes três casos é a mesma vontade deliberada de combater, reduzir, controlar e prevenir o absentismo, em geral, e o absentismo por incapacidade, em particular. Um problema que, diga-se de passagem, tem sido até agora tabu entre nós, ou pelo menos escamoteado ou ignorado por todas as partes interessadas, a começar pelo governo e pelos parceiros sociais (Graça, 1995 e 1996).

Os três estudos de caso aqui sumariamente apresentados são exemplos de iniciativas concretas que estão a ser levadas à prática para lidar com um pro-

Figura 7
Caso C: evolução das taxas global e específica de absentismo por divisão de produção (Outubro de 1994-Fevereiro de 1996)



Fonte: Graça (1996)

blema complexo, de etiologia multifactorial, que tem custos altamente gravosos do ponto de vista económico e social, tanto em Portugal como nos restantes Estados membros da União Europeia (Gründemann et al., 1994). Estes estudos, por sua vez, foram feitos no âmbito do projecto de investigação *III-health and workplace absenteeism: initiatives for prevention*, através do qual a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho procura encontrar respostas para as múltiplas questões levantadas pelo problema da incapacidade para o trabalho nos países da UE (Graça, 1995).

Sabemos que essas respostas não poderão passar apenas pela reforma das políticas e dos sistemas de saúde e de segurança social, nem muito menos pelo tradicional reforço do controle disciplinar das ausências ao trabalho ou pela simples adopção de esquemas de incentivos pecuniários. Terão de ser encontradas sobretudo pelos empregadores e trabalhadores, através da valorização estratégica dos recursos humanos e de políticas inovadoras, a nível do local de trabalho, que visem explicitamente a prevenção e o controle do absentismo.

Para prevenir as causas da incapacidade e reduzir o nível de incidência são requeridos fundamentalmente dois tipos de acção (Graça, 1995b): (i) uma mais directamente dirigida ao *reforço da capacidade individual do trabalhador* para lidar com os riscos e os factores de risco no trabalho, quer de natureza física, química ou biológica, quer de origem psicossocial, reforço esse que poderá ser feito através de inúmeras medidas, tais como a vigilância médica periódica, a formação e o treino em SH&ST, a promoção de estilos de vida saudáveis, a protecção individual, a reabilitação e recuperação no local de trabalho, etc.; (ii) outra mais claramente orientada para a *melhoria do ambiente físico e psicossocial de trabalho* (v. g., conteúdo, organização e demais condições de trabalho, política de SH&ST, clima e cultura organizacionais, estruturas e processos de participação, suporte social). Um terceiro tipo de acção passa claramente pela adopção de medidas visando a efectiva reintegração e reabilitação, no local de trabalho, dos trabalhadores com incapacidade de longa duração.

Os três casos portugueses ilustram os dois primeiros tipos de abordagem e de intervenção: (i) têm uma política escrita ou explícita neste domínio, divulgada interna e externamente (casos A e B) ou só internamente e a nível hierárquico (caso C); (ii) possuem serviços internos de SH&ST, mais integrados e de composição pluriprofissional e pluridisciplinar no caso B do que nos restantes, reportando quer à direcção executiva (casos B e C), quer à

direcção de pessoal (caso A); (iii) estão a fazer um notável esforço financeiro, por comparação com a generalidade das empresas portuguesas de média e grande dimensão, no que respeita à prevenção da incapacidade e à promoção da saúde no trabalho; (iv) dispõem de sistemas de informação e monitorização do absentismo, com maior nível de desagregação e de periodicidade no caso C do que nos restantes; (v) fazem estudos de natureza epidemiológica (casos B e C); (vi) procuram envolver os trabalhadores, em maior ou menor grau, nas medidas a adoptar.

Por outro lado, não se limitam a cumprir a legislação sobre SH&ST: (vii) têm uma perspectiva de desenvolvimento organizacional; (viii) têm metas a atingir no que respeita ao absentismo global e específico; (ix) fazem análises de custo/benefício (caso A) ou, pelo menos, estão preocupados com os custos económicos e sociais do absentismo (casos B e C); (x) fazem avaliações mais ou menos periódicas do clima organizacional (casos A e C), bem como a identificação e a avaliação dos factores de risco a que os trabalhadores estão expostos; (xi) privilegiam, de um modo geral, a prevenção colectiva (casos A e C); (xii) têm uma política de *fringe benefits* com expressão pecuniária directa (sobretudo no caso A) e indirecta (casos B e C); por fim, (xiii) revelam uma visão integrada do problema da incapacidade, procurando não dissociar as condições de trabalho das condições de vida (nomeadamente nos casos A e B).

Dois dos pontos fracos deste tipo de iniciativas são, por um lado, a ausência de análises de custo/benefício e, por outro, a dificuldade em envolver os trabalhadores ou os seus representantes na discussão, planeamento, implementação e avaliação dos diversos programas ou actividades que visam a prevenção e a redução da incapacidade.

Em relação a este segundo ponto, pode dizer-se que há, sem dúvida, uma tentativa de abordagem global e integrada, mas, em todo o caso, essa abordagem peca por ser ainda relativamente pouco participativa e flexível, em grande parte conduzida «de cima para baixo» (*top-down*), e não «de baixo para cima» (*bottom-up*), mais centrada no saber dos *experts* do que nas necessidades, expectativas e preferências do «cliente interno», em suma, mais orientada para as soluções do que para os problemas.

Como diz Graça (1993), «as tendências actuais no campo da SH&ST a nível internacional passam, cada vez mais, pela crescente valorização do papel (activo) dos trabalhadores (e/ou dos seus representantes) na prevenção da doença e na promoção da saúde». Nos casos estudados, a par das clássicas estruturas de representação dos trabalhadores

(caso B), surgem novas formas de participação do pessoal que podem ir desde os programas de sugestões e das equipas de qualidade (caso C) à organização do trabalho por equipas (casos A e C) e à polivalência (caso C) até às sessões de formação-acção (caso A).

Por outro lado, a existência de serviços integrados de SH&ST (casos A e B e, parcialmente, caso C) permite não só uma abordagem sistemática das causas (de resto, sempre múltiplas e complexas) que estão na origem dos acidentes, das doenças profissionais, das doenças relacionadas com o trabalho e das doenças agravadas pelo trabalho, como também uma intervenção mais concertada com vista à minimização ou eliminação desses factores de risco, de preferência na fase de concepção das instalações ou da aquisição de máquinas e equipamentos (caso A).

Um dos problemas de saúde que é comum aos três casos são as doenças do foro osteoarticular, porventura mais graves no caso B, devido ao factor idade e às deficientes condições de trabalho (v. g., submecanização, obrigando ao transporte manual de cargas) e de vida (v. g., alimentação, habitação). Em contrapartida, no caso A, terá de ser dada maior atenção aos crescentes problemas do *stress* no trabalho, que são já hoje o principal problema de saúde percebido pela população activa da UE (Commission of the European Communities, 1992).

Aqui os profissionais de saúde (e em particular os médicos do trabalho) podem (e devem) ter um maior protagonismo, em estreita cooperação com a direcção e com os trabalhadores, ultrapassando o preconceito ainda vigente segundo o qual não compete à medicina do trabalho fazer o «controle das baixas» sob pena de violação das regras deontológicas e da quebra do sigilo profissional. Na realidade, não se pretende fazer a fiscalização administrativa das situações de baixa (que deve ser da competência da segurança social e da entidade empregadora), mas, sim, conhecer as situações para poder intervir com mais eficácia. Por exemplo, o estudo epidemiológico do absentismo por doença (casos B e C) pode (e deve) tornar-se uma rotina dos serviços de SH&ST.

Dos três casos estudados, a fábrica de transformadores é, entretanto, aquela em que há uma maior expectativa em relação à redução do absentismo enquanto «sintoma organizacional». A competição não só dentro da empresa multinacional a que pertence, como sobretudo a nível do mercado, obriga a direcção da I.T. a apostar na competência e no empenhamento dos seus *colarinhos azuis*, mas também a reduzir o número de trabalhadores mais idosos

e menos qualificados (um problema com que o caso B, enquanto administração pública, tem, por seu turno, mais dificuldade em lidar).

Resta saber se a tendência actual para a redução do absentismo é meramente conjuntural no caso C ou se pode ser associada ao processo de mudança em curso. Se este processo for bem pilotado e bem sucedido (o que, de resto, é vital para o futuro dos seus postos de trabalho), resta ainda saber se a nova cultura da qualidade não é uma mera operação de cosmética. Há, no entanto, algumas barreiras ou dificuldades que podem comprometer o processo em curso e que nos limitamos a enumerar: a resistência passiva dos quadros intermédios e dos próprios trabalhadores, a falta de motivação destes últimos para participarem nas equipas *top* e sobretudo desempenharem um papel activo, a percepção de que o TQM implica excesso de papelada e sobrecarga de trabalho, a falta de tradição em matéria de participação, a própria atitude de reserva dos representantes sindicais e, por fim, o conceito redutor de qualidade, que, nas empresas portuguesas, não engloba ainda a «qualidade de vida no trabalho» (Graça, 1995a).

Em contrapartida, há outros factores que funcionam como facilitadores, a começar pela certificação do sistema de qualidade. Por sua vez, o TQM é uma abordagem participativa e integrada dos problemas do ambiente físico e psicossocial de trabalho. A experimentação do trabalho em equipa, a posição e a imagem da empresa, o envolvimento da equipa de saúde ocupacional e a sua estreita colaboração com o director de recursos humanos são, entre outros, factores que podem contribuir para o sucesso de iniciativas como esta no domínio da redução e prevenção do absentismo por incapacidade.

Os sistemas de garantia da qualidade, tal como o TQM, podem constituir uma oportunidade e um desafio para as nossas empresas em todos os domínios, inclusive no da SH&ST. Aliás, eles devem integrar as questões da SH&ST. Infelizmente, não temos ainda muitos exemplos de iniciativas bem sucedidas no domínio da redução e prevenção do absentismo. A filosofia dominante ainda é a «velha receita do chicote e da cenoura»: controle disciplinar das faltas e incentivos pecuniários.

Quanto a nós, a principal lição a tirar destes estudos de caso é que não basta a inovação tecnológica para melhorar a produtividade, a qualidade ou a competitividade. É precisa inovação sociorganizacional (uma aposta aparentemente ganha no caso A). A modernização das nossas empresas tem de ser feita não apenas para competir no mercado único europeu e numa economia global, mas também para «reinventar» os locais de trabalho. Os trabalhadores

portugueses (e, seguramente, os seus colegas europeus) tenderão cada vez mais a exigir ser tratados como produtores, consumidores e cidadãos (Graça, 1996).

Nos três casos estudados, a saúde e a segurança no trabalho tendem a ser vistas como uma dimensão estratégica da «cultura de empresa». Todavia, os trabalhadores (e, em especial, os *colarinhos azuis*) têm de perceber que o TQM ou outros modelos de gestão participativa e flexível não são apenas ditados por imperativos do mercado ou pelos caprichos da moda (Matthews, 1992): deverão ser também uma outra maneira diferente (e melhor) de viver, sentir, aprender e agir no local de trabalho (Graça, 1996a).

□ Referências bibliográficas

- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
Europeans and health and safety at work: a survey. Luxembourg: Commission of the European Communities, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Education (1992). 140 páginas.
- GRAÇA, L.
A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 11 (2), 1993, pp. 5-23.
- GRAÇA, L.
Experiências inovadoras em segurança e saúde no trabalho: dois estudos de caso.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 12 (4), 1994, pp. 45-62.
- GRAÇA, L.
Que fazer deste absentismo? Iniciativas portuguesas para reduzir e prevenir a incapacidade para o trabalho [Relatório de investigação no âmbito do projecto n.º 0123. *III-health and workplace absenteeism: initiatives for prevention*, e do contrato n.º 94-3030-120 entre a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Dublim) e a Escola Nacional de Saúde Pública]. Lisboa, 1995. mimeog., ix + 92 páginas.
- GRAÇA, L.
Qualidade de vida no trabalho: saúde e participação.
«Revista para Chefias – Dirigir», 40. Novembro-Dezembro, 1995a. separata (13 páginas).
- GRAÇA, L.
Que fazer deste absentismo?
«Janus», 21, 1995b, pp. 3-4.
- GRAÇA, L.
Um problema de saúde pública: o absentismo por incapacidade para o trabalho.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 14 (3), 1996, pp. 5-19.
- GRAÇA, L.
The example of electronic industry. Fifth IEA International Symposium on Human Factors in Organizational Design and Management (ODAM 96), July 31-August 3, 1996a, Breckenridge, Colorado, USA (Paper, 6 pp., session «Successful prevention projects in Europe»).
- GRAÇA, L., e FARIA, M.
Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives, Portugal. Working paper WP/92/23/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
- GRÜNDEMANN, R., et al.
Absenteeism in the European Union. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1994 (Working paper no. WP/94/29/EN).
- MATHEWS, J.
Total quality management em causa nos Estados Unidos: o preço da qualidade.
«Público», 14 de Setembro de 1992.
- MESS (Ministério do Emprego e Segurança Social)
Estatísticas — balanço social 1993. Lisboa, MESS, Departamento de Estatística, 1995 («Relatórios e análises. Estatísticas», 40).

□ Résumé

PRÉVENTION DE LA MALADIE ET DE L'ABSENTÉISME SUR LE LIEU DE TRAVAIL: TROIS ÉTUDES DE CAS PORTUGAIS

Dans cet article, on présente et discute trois études de cas, pris comme exemples des initiatives visant à améliorer la santé et à réduire l'absentéisme sur le lieu de travail. Ces études ont été menées dans une exploitation minière de cuivre (1000 employés), une commune (1266) et la filiale d'une multinationale européenne dans le domaine de l'électronique (347).

Cette recherche fait partie du projet «Initiatives pour la prévention de la maladie et de l'absentéisme sur le lieu de travail».

Elle s'inscrit dans le cadre du programme de quatre ans (1993-1996) de la Fondation Européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, autour des thèmes «hygiène et sécurité».

Les auteurs ont l'intention de diffuser certains des résultats de la recherche de la Fondation européenne, en particulier ceux concernant les pratiques portugaises visant à réduire l'absentéisme sur le lieu de travail. On présente tout d'abord les principales caractéristiques des organisations y prenant part, puis on examine étape par étape les études de cas.

Ce genre d'initiatives sur le lieu de travail devrait suivre au moins trois des cinq principaux critères suivants: une approche intégrée, une analyse systématique de l'information, la participation des travailleurs, une évaluation et un suivi réguliers et l'analyse du rapport coûts-bénéfices. Les trois cas portugais ont révélé un point faible commun: l'approche du haut vers le bas et la difficulté à procéder à une analyse solide des coûts-bénéfices. Néanmoins, ces exemples ont pu être vus comme innovateurs de la stratégie portugaise pour prévenir la maladie et l'absentéisme sur le lieu de travail. A cet égard, et à l'instar d'autres pays européens, certains employeurs portugais sont pour le moins en avance sur la politique gouvernementale et même des syndicats. Par ailleurs, ce genre d'initiatives illustre le rôle important que les services de médecine du travail devraient jouer dans la promotion de l'aptitude au travail et de la santé dans les pays de l'UE. Le gouvernement, les employeurs et employés et les professionnels de la santé doivent relever de sérieux défis tels que: le vieillissement de la main-d'œuvre, le chômage, l'augmentation des coûts de sécurité sociale et des soins de santé, le critère d'admission à l'UEM, l'impact des technologies d'information, les impératifs de la concurrence et de la productivité, etc. Comme ces services ont pris forme dans notre pays à partir des années 60, ils mettent l'accent sur la prévention des maladies ou des accidents du travail, sans trop se préoccuper de l'environnement psychosocial régnant au travail, ni même des facteurs ayant trait à l'individu, à l'organisation et à la société qui ont une influence sur la santé et la vie au travail de chacun.

Summary

PREVENTING ILL-HEALTH AT THE WORKPLACE AND ABSENTEEISM: THREE PORTUGUESE CASE STUDIES

In this article, three case studies are introduced and discussed, as examples of initiatives to improve health at the workplace, and reduce absenteeism. The studies were done in a copper mining company (1000 employees), a municipality (1266), and a subsidiary of a European multinational in the field of electronics (347).

This research is part of the project «Ill-health and workplace absenteeism: Initiatives for prevention». This is part of the four-year programme (1993-1996) of the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, on the subject «health and safety».

The authors intend to disseminate some of the results from the European Foundation's research, especially those concerning Portuguese experiences in reducing workplace absenteeism. The main characteristics of the organisations involved are presented, and then the case studies are examined step-by-step.

This kind of workplace initiative should satisfy at least three of the five main success criteria: an integrated approach, a systematic information analysis, employee participation, regular evaluation and follow-up, and a cost-benefit analysis. A common weakness has been noticed in the three Portuguese case studies: a top-down approach, and difficulty carrying out sound cost-benefit analysis. Nevertheless, they are innovative examples of the Portuguese strategy to reduce ill-health at the workplace and absenteeism. In this field, some Portuguese employers are, at least, in advance of government policy and even of trade unions, as is true in other EU countries also. On the other hand, this kind of initiative illustrates the important role occupational health and safety services (OH&SS) should play in the promotion of working ability and health in EU countries. Development of these actions takes place in a context that is setting dramatic challenges for governments, employers, employees, and health professionals: ageing of the workforce, unemployment, increased costs of social security and health care, the admission criteria of ECU, the impact of information technologies, the imperative for competitiveness and productivity, and so on. OH&SS, as developed in our country from the 1960s to the present, traditionally put the emphasis on prevention of occupational diseases and injuries. They had little concern for the psychosocial working environment, including the individual, organisational, and societal factors that influence health and working life.