

VI-246 - A IMPLANTAÇÃO DE UM SGI (ISO 9001, ISO 14001 E OHSAS 18001) E SEU IMPACTO NAS LIDERANÇAS DE PRODUÇÃO: UMA VISÃO DA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL

Luciana Gisele Brun⁽¹⁾

Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Departamento de Gestão de Pessoas e Professora da Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH).

Rosângela Fritsch

Graduação e Mestrado em Serviço Social (PUC/RS), Doutora em Educação (UNISINOS). Professora Adjunta da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Marcelo Oliveira Caetano

Engenheiro Civil, Pós Graduado em Engenharia de Segurança do Trabalho, Mestre em Engenharia Civil: Gerenciamento de Resíduos (UNISINOS), Doutorando em Engenharia de Minas, Metalurgia e Materiais (UFRGS). Professor dos cursos de Gestão Ambiental e Engenharia Civil da UNISINOS.

Luciana Paulo Gomes

Engenheira Civil, Mestre e Doutora em Engenharia Civil (Universidade Federal de São Carlos). Professora do Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil e Coordenadora do Sistema de Gestão Ambiental (UNISINOS).

Endereço⁽¹⁾: Rua Frederico Mentz, 526 - Hamburgo Velho - Novo Hamburgo - RS - 93525-360, E-mail: luciana@ienh.com.br

RESUMO

O presente trabalho traz uma discussão acerca das concepções de saúde das lideranças de produção de uma empresa privada. O objetivo foi identificar como a saúde é concebida pelos participantes que trabalham em uma empresa que faz uso de um SGI (Sistema de Gestão Integrado), que é composto pelas normas ABNT NBR ISO 9001 (Sistema de Gestão da Qualidade), ABNT NBR ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental) e OSHAS 18001 (Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho). Para tanto, utilizou-se a metodologia de estudo de caso em uma empresa do ramo de plástico, localizada na região metropolitana de Porto Alegre/RS. A coleta dos dados foi feita através de documentos da empresa, como relatórios da implantação do SGI e entrevistas semi-estruturadas com as lideranças. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Como resultado, pode-se inferir que os conceitos (prevenção e redução da poluição e de acidentes do trabalho, atendimento aos requisitos legais e normativos) trabalhados na implantação foram assimilados parcialmente pelos trabalhadores. Como concepção de saúde, os participantes apontaram a relevância dos aspectos físicos, sociais, ambientais, econômicos e emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Liderança, Sistema de Gestão Integrado.

INTRODUÇÃO

No mercado de trabalho atual há, para as empresas, uma enorme exigência dos consumidores, da sociedade e principalmente do atendimento requisitos legais vigentes. A estratégia de atendimento a estas exigências somada à necessidade de diferenciação de mercado, faz com que diversas empresas busquem novas tecnologias e modelos de gestão a fim de se garantirem neste novo cenário, como no caso dos sistemas desenvolvidos com base na ABNT NBR ISO 9001 (Sistema de Gestão da Qualidade), ABNT NBR ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental) e OSHA 18001 (Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho), também conhecido como: Sistemas de Gestão Integrados (SGI).

A questão é que estas padronizações promovem uma transformação organizacional. Os que mais rapidamente atingidos pelos primeiros sinais de transformação no trabalho são aqueles que têm a responsabilidade de gerenciar outras pessoas, ou seja, as lideranças. Isso porque são eles os principais orientadores do grupo, na direção das transformações, e têm o papel de conduzir o processo. Sendo esta sua responsabilidade, a forma como estes líderes percebem estas mudanças e o aspecto da saúde para o enfrentamento das mesmas é relevante no contexto organizacional (BERGAMINI, 1994).

Neste contexto, o texto a seguir exposto traz uma pesquisa realizada em parceria entre a universidade e uma indústria do ramo do plástico. Através da metodologia de estudo de caso, este trabalho teve a intenção de investigar, a concepção de saúde de um grupo de trabalhadores em cargos de liderança de produção numa empresa com Sistema de Gestão Integrado (SGI) implantado. A escolha por uma organização que já utiliza um SGI se fez em razão de se tratar de um modelo atualizado nas novas tendências em questão, e que pode servir de parâmetro para compreensão de saúde nas demais organizações deste tipo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Apresentação do estudo de caso

A empresa estudada atua no ramo de fabricação de plásticos, localizada na grande Porto Alegre e possuía, aproximadamente, 110 colaboradores no momento da realização da pesquisa. O período de implantação e obtenção da certificação nas Normas ABNT NBR ISO 9001; 14001 e OSHAS 18001 havia sido completado, aproximadamente, um ano antes desta coleta de dados. Entre os benefícios alcançados pela certificação, conforme dados fornecidos pela empresa, estiveram: Racionalização de Energia Elétrica (economia na conta de energia de, aproximadamente, 16%); Gerenciamento de Resíduos (mensalmente, cerca de 50 toneladas de aparas de plásticos passaram a ser reprocessadas internamente pela empresa, além de 1 (uma) tonelada de papel/papelão, 2 (duas) toneladas de metais e 0,05m³ de óleo lubrificante eram reciclados externamente); Utilização de Água no Processo Industrial (captação e uso de água da chuva nos processos de resfriamento de equipamentos); Saúde, Segurança, Qualidade de Serviços e Preservação Ambiental (identificação de todos os processos, impactos ambientais e riscos e perigos à saúde e segurança do trabalho da empresa - consequentemente, houve a redução dos acidentes de trabalho).

Descrição da metodologia de trabalho

Para realização do estudo de caso foi escolhida uma empresa que apresentasse os pré-requisitos para elaboração da pesquisa: implantação recente de ferramentas de gestão relacionadas com a saúde dos trabalhadores, manutenção do sistema ativo com base no novo modelo e, além disso, apresentar abertura e interesse para a participação na pesquisa.

Num primeiro momento, foi realizada uma reunião de apresentação da proposta para diretores e coordenadores da empresa e recebida à aprovação para o encaminhamento do pré-projeto. A seguir, foi realizado o encaminhamento da proposta do trabalho para análise da empresa. Depois foi realizada uma entrevista teste para identificar a efetividade das questões escolhidas inicialmente. Então, houve um encontro de apresentação da proposta para o público alvo da pesquisa em que compareceram: 5 (cinco) líderes de cargo Operadores de Extrusão. Os mesmos foram escolhidos pela própria empresa com os critérios de: disponibilidade no turno de coleta dos dados e ocupação do cargo de líder.

O procedimento de coleta dos dados foi dividido em duas etapas: 1) coleta de documentos da empresa; 2) entrevistas em profundidade com o apoio de perguntas norteadoras (Figura 1) realizada com 5 (cinco) lideranças. Além disso, também foram feitos os encaminhamentos éticos para a realização da pesquisa: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, onde constava a solicitação de licença para gravar as entrevistas. Bem como, foi oferecida devolução dos dados a empresa e ao grupo pesquisado após a conclusão das análises.

Nome: _____

Tempo na empresa: _____

Tempo no cargo de Operador de Extrusão: _____

Quantas pessoas são subordinadas a você? _____

1) O que é ter saúde ou ser saudável em sua opinião?

2) Quais os primeiros sinais que o trabalhador mostra que há perigo para a sua saúde?

3) Qual é o papel da liderança na promoção da saúde do grupo, em sua opinião? E como ela pode contribuir para que o grupo adoça?

4) Com a implantação dos novos modelos de gestão integrada (ISO9001, ISO14001 e OSHAS18001) você percebe alguma mudança na sua forma de ver a saúde e doença? Qual? Na prática, o que mudou?

Figura 1: Roteiro de Entrevista com as Lideranças

Na entrevista em profundidade, de acordo com GOMEZ *et al.* (1996) o entrevistador deseja obter informações sobre um determinado problema. A partir do problema se estabeleceu uma lista de temas em relação ao foco da entrevista que foi conduzida livremente pelo entrevistador, sondando razões e motivos, mas sem sujeitar-se a uma estrutura formal e fechada de antemão. A lista relacionada aqui se dirige para os seguintes temas: a percepção de saúde/ doença para as lideranças e o papel da liderança na promoção da saúde/ doença.

No caso deste trabalho, o objetivo foi acessar o conhecimento, as crenças das lideranças acerca da saúde e do SGI, na linguagem deles próprios. A Tabela 1, a seguir, apresenta os objetivos e as perguntas utilizadas para a entrevista.

Tabela 1: Objetivos e questões utilizadas na entrevista

OBJETIVOS	QUESTÕES
Identificar qual é a concepção de saúde das lideranças	1) O que é ter saúde ou ser saudável em sua opinião?
Entender como as lideranças percebem os sinais de risco à saúde do trabalhador	2) Quais os primeiros sinais que o trabalhador mostra que há perigo para a sua saúde?
Observar a relação percebida pelas lideranças, entre seu papel e a saúde do grupo	3) Qual é o papel da liderança na promoção da saúde do grupo, em sua opinião? E como ela pode contribuir para que o grupo adoça?
Verificar como a implantação do GSI impactou a opinião das lideranças, no que diz respeito a sua forma de ver a saúde/doença	4) Com a implantação dos novos modelos de gestão integrada (ISO9001, ISO14001 e OSHAS18001) você percebe alguma mudança na sua forma de ver a saúde e doença? Qual? Na prática, o que mudou?

Posterior a coleta dos dados, os próximos passos foram de análise dos mesmos. O procedimento de análise foi dividido nas seguintes etapas: 1) transcrição das entrevistas gravadas e aplicadas individualmente; 2) aplicação do método de análise do conteúdo das entrevistas transcritas; 3) comparação com os documentos fornecidos pela empresa; 4) análise destes dados em relação à bibliografia.

A técnica da análise de conteúdo foi escolhida para tratamento dos dados do questionário (Figura 1) bem como o levantamento das entrevistas realizadas. De acordo com BARDIN (2006), análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A etapa da análise de conteúdo utilizada neste trabalho seguiu a recomendação de BARDIN (2006): 1) o recorte de conteúdos: A análise dos conteúdos coletados e organizados passa primeiramente pela etapa do recorte, na qual os relatos são decompostos para em seguida serem recompostos para melhor expressar sua

significação. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo ou passar ao largo das idéias essenciais. Os elementos assim recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também unidades de classificação ou de registro. As unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda idéias referentes a temas recortados. 2) A definição das categorias analíticas: os elementos de conteúdo agrupados por parentesco de sentido, irão se organizar sob as devidas categorias analíticas. 3) A Categorização final das unidades de análise: a categorização final se refere a uma análise de reconsideração da alocação dos conteúdos e sua categorização a partir de um processo iterativo característico do modelo circular da pesquisa qualitativa.

RESULTADOS

Para referenciar as respostas criaram-se os seguintes códigos: E1, E2, E3 e E4; que se referem à E1: entrevistado 1, E2: entrevistado 2 e assim por diante. Os códigos P1, P2, P3 e P4 referem-se à pergunta número 1, 2, 3 e 4, respectivamente. Outra abreviatura que aparece é o “I”, que quer dizer investigador e se refere a quem faz as perguntas.

Apresentação das Unidades de Análise e Categorias Analíticas

A Tabela 2 apresenta as respostas dos entrevistados para a questão 1 descrita na Tabela 1, bem como as categorias analíticas resultantes.

Tabela 2: relação entre unidades de análise e categorias analíticas para a questão 1.

Unidades de Análise	Categorias Analíticas
Boa alimentação (peso) Higiene / Limpeza	Atendimento das necessidades básicas
Exercícios físicos (esporte) Tempo para lazer Equilíbrio emocional Bem-estar geral Não ter problemas Prevenção	Manutenção do bem-estar
Amigos Família	Satisfação das necessidades sociais
Carga horária limitada (tempo para descanso) Não exagerar no esforço	Atenção aos limites do corpo

Na primeira questão se buscou identificar qual é a idéia de saúde para as lideranças e uma resposta imediatamente evocada como a primeira da lista por três entrevistados, refere-se à alimentação. Exemplo disso é a resposta: P1/E2 “*Em primeiro lugar é cuidar a alimentação, né!*”. Nesta mesma pergunta, as referências à higiene e exercício físico também foram bastante enfatizadas. Como exemplo vê-se a seguinte resposta: P1/E1 “*Ter saúde é uma boa alimentação, higiene, bastante exercício físico, se manter saudável, saúde... saudável!*”. Nesta resposta, vemos também a referência à higiene, que remete a duas instâncias: higiene pessoal e higiene do ambiente.

Perceberam-se, entretanto, nas respostas dos entrevistados, maiores preocupações com as necessidades básicas, como sugeridas por MASLOW (1970), chamadas fisiológicas. Quando o inquérito sugeriu maior detalhamento na explicação, as respostas enfatizaram o seguinte: P1/E4: “*Saúde é bem estar, trabalhar bem. Uma boa alimentação, descansar bem. Não fazer esforço dobrado... três coisas: descansar bem, não fazer muito esforço e uma alimentação adequada. (...) Ser saudável é estar com a família, se divertir com os amigos. Praticar esportes, não só trabalhar, trabalhar... basicamente seria isto. (...) às vezes, por incrível que pareça, é muito raro aqui pra nós. Se divertir e na medida do possível.*”.

Esta resposta agrega aspectos como, o descanso e o limite de horas dedicadas ao trabalho a fim de dedicar tempo do dia para a família e os amigos. O que fica evidente aqui é a relação com o tempo, ou melhor, a distribuição do mesmo entre as atividades importantes para a pessoa. Esta referência nos faz pensar que, em alguns momentos, haja certa dificuldade nesta divisão. Hoje, os trabalhadores estão dedicando mais tempo ao

trabalho sob ameaça de desemprego, bem como tem havido um aumento significativo relacionado ao deslocamento até o local de trabalho.

A referência ao exercício físico e a prática de esporte também enfatizada pelos participantes, pode ser relacionada ao bem-estar físico e ao emocional de forma integrada, sendo o esporte uma oportunidade de dar vazão, por via motora, da carga psíquica gerada nas relações sócio-profissionais e de compensação dos esforços musculares. Lembremos, neste caso, que lidar com uma grande carga emocional e/ou motora é intrínseco a certas profissões e está imbricado às características da organização do trabalho (DEJOURS *et al.*, 1994).

As duas respostas, também trazem referências à família e aos amigos como elementos importantes na condição de saúde dos líderes. Neste caso, lembramos das necessidades sociais citadas por MASLOW (1970) na Pirâmide das Necessidades Humanas. Vejamos outro exemplo que também salienta esta importância, P1/E3: *“eu acho que ter saúde é tu estar bem no trabalho, bem em casa, bem com a sociedade, em geral eu acho que daí é ter saúde. (...) É quando tu não tiver problema, né! (...) que nem no trabalho, se tu esta mal... na liderança, eu acho que tu já te prejudica na saúde, fica nervoso, né! Afeta várias coisas”*.

No trabalho das lideranças há grande investimento nas relações sócio-profissionais. Conforme MASLOW (1970) são as terceiras em ordem de importância para as pessoas. Elas se referem à participação, associação com outras pessoas, aceitação por parte dos companheiros, de troca, de amizade e afeto. Neste caso, a ênfase à ausência de problemas interpessoais, ou de relacionamento com as pessoas permite inferir que existem expectativas no atendimento de certos padrões de comportamento, tanto dos líderes, como da empresa. Aqui, as necessidades sociais confundem-se com as de proteção. Estar empregado, hoje, muitas vezes significa estar protegido das ameaças que estão associadas ao desemprego. Ameaça a dignidade, ameaça à privação das necessidades básicas fisiológicas, e de outras ordens. Como por exemplo, amor-próprio, autoconfiança, realização, independência, aprovação, respeito, e outras. O fato de existirem problemas interpessoais parece representar uma ameaça à manutenção destas condições e passa a ser algo a ser evitado e/ou minimizado por todos.

A segunda questão se refere aos sinais de perigo e comprometimento da saúde do grupo, percebidos pela liderança. A Tabela 3 apresenta os resultados desta análise.

Tabela 3: Relação entre unidades de análise e categorias analíticas para a questão 2.

Unidades de Análise	Categorias Analíticas
Má alimentação Agitação Estresse	Mudanças no comportamento
Cansaço físico Azia Dor nas costas Dor de cabeça Dor no estômago	Queixas de sintomas físicos
Cansaço mental Problemas familiares	Sintomas emocionais

A intenção desta pergunta foi de identificar como os líderes percebiam a necessidade de agir para a preservação da saúde e em que momento. Vejamos uma das respostas: P2/E1: *“quando o pessoal está muito agitado, muito serviço, pouco tempo de descanso... o descanso é fundamental, a gente trabalha direto de segunda a segunda... sem descanso 12 horas, passa a se alimentar muito mal”*. O que podemos deduzir a respeito desta resposta é que a agitação, a má qualidade da alimentação e o excesso de horas de trabalho são percebidos como sinais de alerta ao comprometimento da saúde do grupo. Também ocorreu a associação com sintomas fisiológicos como: P2/E2 *“eu acho que uma azia, dor de estômago, cansaço físico, mental, qualquer um destes sintomas tu esta acusando que tua saúde não ta muito boa”*.

Ambas as respostas trazem como sinais de comprometimento da saúde certos sintomas físicos (azia, dor) e mudanças no comportamento (agitação, má alimentação, cansaço físico e mental). As lideranças também

apontam para as fontes geradoras do comprometimento à saúde, como: excesso de horas de trabalho com poucas pausas para descanso.

Um dos pontos críticos na gestão destes aspectos foi evidenciado pela fala dos participantes da seguinte maneira: P2/E3 “*Cansaço físico, problema familiar, tem muitos que trazem para dentro da empresa, que estão com problema com filhos, com a mulher, financeiro. Isto afeta o trabalhador até causando acidentes no trabalho. Preocupação né? Isto é um [ponto] principal, eu acho*”. O sinal de perigo, aqui, provém de outro contexto: o da vida privada/pessoal do trabalhador. Um aspecto excluído do mundo do trabalho. De fato, em nossa cultura esta cisão entre a vida privada e profissional dos trabalhadores é um discurso comum e convergente no meio empresarial. Da parte do trabalhador, há um esforço em manter seus assuntos pessoais fora da empresa, preservando assim sua privacidade e, da parte da empresa, um desejo de que estes conteúdos fiquem neste mesmo lugar. Uma sintonia conveniente, mas bastante difícil de ser administrada, conforme fala da liderança.

O que vem em seguida não responde a pergunta sobre sinalizadores do comprometimento da saúde, mas, sim, as conseqüências da inabilidade de todos em fazer esta identificação: P2/E4: “*Olha aqui, pra nós, muitas vezes, o aviso só acontece, quando já aconteceu um acidente. (...) Não tem, tipo, uma prevenção. Às vezes [primeiro] acontece um acidente ou, sei lá, uma doença até que não, mais um acidente, e [somente] depois que a gente vai ver o que pode ser feito para tentar não acontecer mais*”. Ou seja, enquanto não houver um incidente, não acontece uma mudança de comportamento. Dito de outra forma, a presença de sinais de risco, identificados ou não, não representa suficiente motivo para a mobilização de ações de prevenção de modo geral.

Podemos dizer, portanto, que os primeiros sinais de risco a saúde dos trabalhadores, percebidos pelas lideranças são: mudanças no comportamento, queixas de sintomas físicos e sintomas emocionais. Sinais estes que já significam um prejuízo a sua saúde.

A terceira questão se referiu ao papel do líder na promoção da saúde do grupo e como os entrevistados percebem essa responsabilidade. Entre as respostas, os líderes citaram que seu papel deve ser de tomar atitudes, como: a definição das formas de trabalho e da distribuição das tarefas, a orientação para a realização do trabalho e a relação de cuidado com o grupo. Entretanto, destacamos a percepção de uma das lideranças já que sua manifestação foi diferente dos demais. Disse o líder (P3/E1): “*Eu acho que esse orientar não seria bem a minha parte, nesse caso como liderança, eu acho que esse orientar seria mais a parte que o X faz (Técnico de Segurança)! Nessas palestras [como na] semana da Sipat, eu acho, essas palestras ajudam bastante...*”

A resposta da liderança denota opinião contrária aos demais entrevistados quando supõe ser papel do Técnico de Segurança exercer a orientação na prevenção da saúde dos colaboradores, exclusivamente. Desta forma, pode-se supor que existam dúvidas em relação a seu papel na promoção da saúde dos colaboradores sob sua gestão.

A resposta a seguir detalha a atitude do líder diante dos sinais de risco: P3/E2: “*no fim-de-semana tu trabalha com um contingente apertado, (...) com um número pequeno de pessoas para um maquinário absurdo.. Eu, no meu entender, eu paro 23 máquinas: - Oh! vocês almoçam, depois que fizer 40 min, 1 hora a gente tenta ligar de novo e paciência...antes a saúde nossa do que te dar um troço do lado dessa máquina aí, e eu não vou ter como te socorrer. Não tem como eu te tirar daqui de dentro.. Mas daí, na segunda feira tu ouve um monte de coisas... Tem todo esse lado aí, daí tem gente que já prefere, arriscar, e arriscar, todo dia, do que escutar na segunda, ou na terça, na quarta, na quinta-feira...como for*”.

Esta fala mostra uma pré-disposição do líder a uma atitude ativa na preservação da saúde básica do grupo. Entretanto, enfatiza o quanto se torna difícil no dia-a-dia sustentar tal posicionamento perante um contexto que possui uma visão diferente das prioridades. Neste caso, fica evidente que na organização prevalece o paradigma da produtividade, sob a forma de foco na quantidade.

Outro entrevistado relaciona seu papel na promoção da saúde do grupo com uma proximidade com o mesmo. P3/E3: “*Que nem eu que estou há 10 anos aí. Na turma que tá comigo, se está com problema eu sei. Chego e [pergunta] o que aconteceu contigo hoje? Eu tento ajudar ele, se for preciso, dispenso ele. Oh, vai para casa volta amanhã. Eu acho que primeiro passo é esse aí da liderança. Conhecer a pessoa que trabalha contigo. (...) a pessoa muda de jeito. Ela tá mais nervosa, ela tá mais... tu conhece. A pessoa que trabalha todo dia*”.

contigo tu conhece. É difícil uma pessoa não ver isso. (...) Todas as empresas que eu trabalhei o que dava para perceber [é que] onde é forçado acaba dando problema”.

Verifica-se, nos dois casos citados, que a liderança imediata faz uma espécie “barreira protetora” que serve de prevenção à saúde do grupo. Neste caso, a personalidade, os valores e crenças da própria liderança é que se encarregam de sustentar esta posição, mesmo que isso requeira uma atitude diferente da esperada por parte daqueles que detém a visão prioritária na produtividade.

A última questão da entrevista foi relacionada à implantação da SGI e a percepção do impacto desta na concepção de saúde das lideranças. Entre as respostas esteve:

P4/E1: *“eles estão dando mais valor ao funcionário, um pouco mais de valor, (...). Tá... eu não sei o mês certo, tá na época de certificar ISO: 100% empresa, ótima empresa. Passou 2, 3 meses, volta à mesmice que era antes (...) pra tu ter uma idéia o teu encarregado passa por ti e te pergunta se tu dormiu bem, digamos né: dormiu bem, como que foi a tua noite, tá disposto a trabalhar hoje? Depois que passa, no máximo um aperto de mão e continua teu serviço...não pára (...) Qualquer coisa que tenha que envolver saúde a gente já tem bem dividida certas tarefas pra não ocorrer esse tipo de acidente conosco”.*

O entrevistado percebe a implantação do SGI como um investimento nele mesmo e nas pessoas. Fala disso com certa gratificação seguida de frustração, pois o investimento é retirado ao final do período de certificação. Outro entrevistado respondeu o seguinte:

P4/E2: *“Assim! Antes não tava nem aí, deixava atirado, o solvente pegava jogava ali em qualquer lugar. Pegava o material e deixava atirado. Agora o cara se organiza mais: caiu junta, separa. (...) Até em casa eu mudei, negócio de separar lixo, boto tudo separadinho, lata, vidro. Hoje tem pessoas que sobrevivem disso aí, levo ali na frente, já deixo tudo separadinho. Mudou bastante pra saúde também, né!”.*

Esta resposta evidencia um aprendizado do entrevistado sobre a questão relacionada com a limpeza do ambiente físico, relação com o meio ambiente. Além disso, percebe-se que o efeito deste aprendizado ultrapassa o propósito imediato da implantação do SGI, quando o entrevistado transfere o aprendido para a sua vida além do trabalho.

Além disso, a relação com a segurança no trabalho também foi evidenciada pelo grupo da seguinte forma: P4/E3: *“Segurança de máquina, proteção, a gente tá sempre procurando dar (...) é difícil o pessoal entrar numa fábrica e sair, e entrar em outra, e as máquinas serem iguais. Sempre é diferente de uma empresa pra outra. [o funcionário novo] olha, assim... diz que ali não está o perigo, mas ali está o perigo! Tu sabes como é máquina, máquina é de lua mesmo, mata”.*

O entrevistado parece ter assimilado a proposta do SGI: uma constante vigília em relação à segurança no que se refere ao maquinário da fábrica. Faz uma observação sobre o risco não aparente e muitas vezes subestimado pelo funcionário quando se depara com o trabalho em uma máquina diferente daquelas já trabalhadas por ele antes. Aqui entra em cena a relação entre o funcionário e seu comportamento diante de um novo desafio: se é mais cauteloso e cuidadoso até conhecer o novo instrumento, ou se, se lança sem dar atenção a sinais de risco. Sinais que podem ser de angústia, de medo, diante da máquina e/ou outros mais perceptíveis através dos órgãos dos sentidos, como: cheiros, barulhos, ruídos, solavancos ou tremores na máquina.

Outro aspecto interessante é a referência à máquina como um elemento quase vivo: “de lua”. Esta característica parece representar a fusão do homem e da máquina, que passa a ganhar características quase humanas. Quando se pensa que uma máquina possa protagonizar a morte, parece se depositar nela poderes “ocultos”. Por um momento, se “esquece” que se trata de um objeto inanimado e é próprio trabalhador o único capaz de prever tal “imprevisibilidade”. Talvez esta forma de se relacionar possa estar muito mais a serviço de aliviar as possíveis ansiedades diante das falhas humanas, e então, também do papel da liderança de zelar pela saúde do trabalhador. Transfere-se para a máquina o elemento humano e livram-se os sujeitos do sentimento de responsabilidade sobre o que venha a acontecer, ou seja, uma estratégia de defesa contra a angústia.

Discussão e Cruzamento entre Categorias Analíticas

Com o intuito de identificar algumas possibilidades de articulação entre as respostas e às perguntas foi realizado o cruzamento entre as categorias encontradas e com base nisso algumas correlações apresentadas. Entre elas, à

questão apontada pelas lideranças quanto às falhas no atendimento às necessidades básicas dos trabalhadores, como: alimentação e descanso; sabe-se que, conforme MASLOW (1970) rapidamente é acionada alta motivação para a satisfação das mesmas. Tomado por estas motivações, o trabalhador fará uso de todas as formas possíveis para o atendimento destas necessidades. Ele precisará lançar mão de estratégias para a expressão do desconforto no trabalho e se não obtiver sucesso ao satisfazê-las surgirá toda espécie de sintomas físicos e emocionais, bem como em mudanças no comportamento (DEJOURS *et al*, 1994).

Isso pode acontecer porque a otimização, o ritmo e o foco nas metas de produção estão à frente, priorizando o negócio, sobre as pessoas. Assim, há uma barreira de difícil transposição entre as demandas pela saúde do trabalhador e a atenção às mesmas nas empresas. Neste caso, algumas lideranças emergem com um forte papel de proteger a saúde do grupo.

A concepção das lideranças sobre saúde foi relacionada à manutenção do bem-estar e a satisfação das necessidades sociais, além da ausência de queixas emocionais no trabalho. Quanto à satisfação das necessidades sociais citadas, como o tempo com a família e amigos, a liderança também não fez uma relação direta com seu papel. Porém talvez possamos pensar que uma boa relação entre líder e liderado, bem como, líder e grupo, também possa trazer satisfação nesta área.

O líder, de acordo com a análise do documento de descrição do seu cargo, tem a responsabilidade de “responder pela ordem, produtividade e disciplina do setor”, além de “coordenar as atividades dos auxiliares”. Desta forma, também é ele quem distribui as tarefas e acompanha os limites de cada um. Sendo assim, ele vai ter responsabilidade sobre a saúde do seu liderado.

A relação entre a concepção de saúde para as lideranças e a implantação do SGI parece ter atendido parcialmente este conceito, já que ter saúde é, para eles, além do que foi assimilado com o SGI: uma relação com o ambiente e a segurança no trabalho. O SGI parece ter oferecido uma solução parcial para o que chamamos de atenção aos limites do corpo, já que trouxe uma nova distribuição das tarefas, o que parece ter ajudado a organizar o trabalho. Além disso, houve uma reorganização do espaço físico e melhoria ergonômica do maquinário que, apesar disso, não solucionou a sobrecarga de trabalho. O SGI também não contribuiu para o zelo e o atendimento às necessidades básicas de descanso e alimentação. Houve, talvez, certo impacto sobre a manutenção do bem-estar geral, já que proporcionou melhorias no quesito prevenção aos acidentes do trabalho.

O que podemos relacionar aqui é o papel percebido pela liderança na promoção da saúde e adoecimento do trabalhador e os sinais que estes líderes podem identificar quando há risco à saúde dos mesmos. Em outras palavras o que a liderança vê e o que acha que pode fazer com isso. Neste caso, a forma como se dá a relação entre o líder e o liderado, e o grupo, e a percepção dos sinais de risco à saúde do trabalhador. Aqui temos o componente subjetivo bastante evidente, fazendo uma relação entre a subjetividade do líder e do grupo de trabalhadores.

Podemos perceber que as modificações propostas pelo SGI têm certa relação com sinais, ou expressões identificadas como perigo à saúde do trabalhador. Por exemplo, com a melhor distribuição de tarefas e treinamento podem-se reduzir queixas de sintomas físicos, bem como a sensação de segurança no ambiente de trabalho contribui, possivelmente, para diminuir o estresse e sintomas emocionais. Além disso, os treinamentos servem muitas vezes como espaços de troca e reconhecimento.

Apesar de não ser unânime, parece que os líderes percebem uma relação entre seu papel e a promoção da saúde e adoecimento do grupo. Fazendo um cruzamento com o que foi aprendido com a implantação do SGI, pode-se dizer que os líderes sentem-se envolvidos na tarefa de orientar, prevenir, alertar o uso dos EPI's (Equipamentos de Proteção Individual), e zelar pela higiene, por exemplo. Estas atribuições estão diretamente relacionadas à implantação do SGI. Ou seja, o SGI parece também ter contribuído para a implantação e o aperfeiçoamento de algumas tarefas e ações de responsabilidade dos líderes.

CONCLUSÕES

Entre os objetivos deste trabalho, procuramos identificar a concepção de saúde das lideranças e pudemos constatar que, para eles, ter saúde está ligado à satisfação das necessidades básicas fisiológicas, necessidades

sociais e de bem-estar geral. Com base na análise feita, podemos afirmar que as lideranças entrevistadas têm uma visão de saúde que pende para a preocupação com aspectos mais básicos, dando menor atenção a outros aspectos mais sutis que também tem influência sobre a saúde do trabalhador.

Apesar de ter sido citado o bem-estar geral, este foi relacionado à satisfação de necessidades fisiológicas, sociais e a ausência de problemas, bem como à atenção aos limites do corpo dos trabalhadores no trabalho. Entretanto, apesar da não referência, pode-se inferir que haja uma expectativa dos líderes de olhar a saúde de modo integrado a outros aspectos como, por exemplo, às necessidades de reconhecimento, aprovação, respeito, bem como de auto-realização e de estar em contínuo auto-desenvolvimento.

Um segundo objetivo deste trabalho foi entender como as lideranças percebem os sinais de risco à saúde do trabalhador. O retorno que obtivemos foi: a observação de mudanças no comportamento, o surgimento de sintomas físicos e emocionais. Com isso, verificamos que as lideranças, de modo geral, fazem uma leitura individual sobre os sinais de perigo a saúde, pois não houve referência aos sinais do grupo. Além disso, os sinais também são considerados significativos quando têm sua expressão mais concreta e aparente. Apesar disso, percebeu-se uma preocupação genuína de alguns entrevistados no sentido de cuidar e colocar-se no lugar do trabalhador. Com isso, pode-se pensar que apesar de não perceber com antecedência todos os possíveis sinais de risco à saúde do trabalhador há uma busca por uma relação de empatia com as pessoas que pode servir como proteção. Com isso, conforme DEJOURS (1986) tem-se uma relação de busca constante pela saúde, apesar das mudanças e pressões do contexto organizacional que os trabalhadores estão expostos.

Um terceiro objetivo deste trabalho foi observar a relação percebida pelas lideranças, entre seu papel e a saúde do grupo. Verificou-se que esta questão está ligada ao cumprimento de suas tarefas como líder, a sua relação com o trabalhador individualmente e a sua relação com o grupo de sua responsabilidade. Com esse resultado, pode-se dizer que os líderes apontaram aspectos de relacionamento como fundamentais para a sua atenção à saúde.

O que se pode considerar grave é que, muitas vezes, não há uma priorização da saúde e, em outras, a falha está no reconhecimento dos sinais de perigo, já que muitos são confundidos com sintomas já instalados. Com isso, pode-se pensar que ainda existam carências de informações e discussões sobre o assunto no espaço de trabalho. Desta forma, só haverá percepção de que existe algum risco de perigo quando um acidente mais grave denunciar. Percebe-se de modo geral, que as atitudes das lideranças são efetivas quando o perigo for concreto e significar risco ao corpo físico dos trabalhadores. Quanto aos sinais de prejuízo afetivos e emocionais, há uma tendência a tratá-los como assuntos do âmbito privado, excluindo da coletividade do trabalho qualquer associação possível.

Por fim buscou-se verificar se a implantação do SGI promoveu impacto na opinião das lideranças, no que diz respeito a sua forma de ver a saúde/ doença. Obteve-se a resposta de que a implantação deste sistema trouxe informações relevantes e contribuições à organização do ambiente físico e da segurança dos trabalhadores. Ou seja, poderíamos dizer que o SGI forneceu elementos para uma compreensão mais global, integral e detalhada dos aspectos relacionados à saúde do trabalhador. Servindo, principalmente, como ferramenta de aprendizado no que se refere às questões ambientais e de segurança. Com isso, parece que atendeu aos seus propósitos, conforme análise dos documentos da empresa, sobre os indicadores que refletem o impacto do projeto de implantação. Além disso, também trouxe contribuições em processos e melhorias que tiveram relação direta com as responsabilidades das lideranças, o que parece ter favorecido no desempenho de sua função.

Entretanto, antes das atitudes que tem efeito sobre a saúde, ela é o resultado da complexa interligação entre: lideranças, grupos de trabalho, empresa e sua cultura, o próprio trabalhador, a sociedade, o Estado, a família e outros. Neste caso, sugere-se que as organizações possuam espaços de discussão coletivos sobre o tema que permitam uma escuta sistemática, buscando uma prévia identificação nos casos de possível prejuízo, manutenção e ação efetiva. Ainda sugere-se que haja um incremento do investimento em capacitações com foco na saúde, durante a implementação e manutenção do SGI. O intuito é fazer conexões que mobilizem a sensibilização coletiva e resultem em ações concretas que atendam a todos os trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR ISO 9001: Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos. 2008, 21p.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. NBR ISO 14001: Sistemas de gestão ambiental – Requisitos com orientação para uso. 2004, 27p.
3. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. Setenta, 2006.
4. BERGAMINI, C. W. Liderança: a administração de sentido. Revista de Administração de Empresas, 1994. V.34, n. 3, 102 -114. Disponível em www.rae.com.br, acessado em junho 2008.
5. BRITISH STANDARDS INSTITUTION, et al. OHSAS 18001: Especificação para Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho, 2007. 30p.
6. DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 1986. N. 54, v (14): 7-11.
7. DEJOURS, C. ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Betiol M.L.S. (Coord.) São Paulo: Atlas, 1994.
8. MASLOW, Abraham H. Motivation and Personality. New York: Harper & Row, 1970.