
ALBERTO JOSÉ NIITUMA OGATA

Influência da cultura de saúde no ambiente de trabalho sobre a adoção de programas baseados em evidências

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

**São Paulo
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ogata, Alberto José Niituma
Influência da cultura de saúde no ambiente de
trabalho sobre a adoção de programas baseados em
evidências / Alberto José Niituma Ogata. -- São
Paulo, 2021.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Ana Maria Malik.

Descritores: 1. Promoção de saúde 2. Ambiente de
trabalho 3. Saúde do trabalhador 4. Cultura
organizacional 5. Prevenção de doenças 6. Centers for
Disease Control and Prevention, U.S.

USP/FM/DBD-029/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Agradecimentos

- A minha família, que sempre me apoiou e incentivou em toda a minha vida. Aqui incluo a minha esposa, Irmi, companheira que me apoia sempre no meu crescimento profissional e pessoal; a minha mãe, Fumiko, que apontou, desde a minha infância que a educação é a mola propulsora do desenvolvimento humano; e a minha irmã, Marcia, que, apesar da distância, sempre me incentivou e me deu exemplo de conduta ética na sua carreira acadêmica. Incluo meus filhos Renato e Daniel, companheiros próximos de jornada desde o seu nascimento, que me ajudam a ser uma pessoa melhor.
- A minha querida orientadora, professora Ana Maria Malik que, com paciência e dedicação, compartilhou seu conhecimento comigo e aceitou me orientar, dispendendo muitas horas do seu precioso tempo com o meu projeto. Além de uma orientadora sem igual, uma grande amiga.
- Aos professores Patrícia Coelho de Soarez, Rozana Mesquita Ciconelli e Douglas Roque Andrade, que participaram da minha banca de qualificação e de defesa e que trouxeram contribuições importantes para a minha pesquisa.
- Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que me acolheram, compartilharam seus ensinamentos e permitiram que eu participasse das ricas discussões e reflexões, as quais ampliaram minha visão sobre a saúde, seus determinantes e contribuíram para que eu tivesse uma visão mais humanista da gestão em saúde.
- Aos colaboradores do Departamento de Saúde Coletiva da FMUSP, em especial Lilian Santos de Godoy Prado e Marlene Goreti de Sales, pelo suporte e apoio durante a jornada deste Doutorado.
- Aos colegas do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getulio Vargas – Escola de Administração de São Paulo, pela parceria nas ações de ensino e pesquisa nos últimos anos.
- Aos professores Joaquim Heck e Henrique Gomide, que ofereceram apoio nas análises estatísticas iniciais, com reflexões sobre múltiplas abordagens, e técnicas que permitiram um profundo aprendizado ao longo do desenvolvimento desta tese.
- Ao estatístico Davison Eduardo Silva de Oliveira pelas análises finais, com bastante apuro técnico e por todo o tempo que trabalhamos juntos para a conclusão deste trabalho.
- Ao Serviço Social da Indústria (SESI), com especial destaque para o Departamento Regional do Estado de Santa Catarina, pela parceria na utilização da ferramenta *CDC Health Scorecard*, em todas as etapas desta pesquisa.
-
-

Mas a capacidade das pessoas para assumir a
responsabilidade pessoal é moldada por suas
circunstâncias. As pessoas não podem assumir
responsabilidade se não puderem controlar o que acontece
com elas.

– Michael G. Marmot, *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3.a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in IndexMedicus*.

Sumário

Lista de siglas e abreviações	
Lista de figuras, quadros, gráficos	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Cultura organizacional	10
3.2 Cultura de saúde	13
4 MÉTODOS	26
5 RESULTADOS	36
5.1 Características da amostra	36
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÕES	58
8 ANEXOS	61
8.1 Anexo 1 - CDC Health Scorecard (versão Brasileira) Temas – Categorias	62
8.2 Anexo 2 - Cadastro Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Atividades Econômicas selecionadas – Indústrias	84
8.3 Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	90
9 REFERÊNCIAS	91

Lista de Siglas e Abreviações

BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CDC – Centers of Disease Control

DDS – Determinantes sociais de saúde

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

HBW – Health Enhancement Research Organization Scorecard.

HSC – CDC Health Scorecard

SESI – Serviço Social da Indústria

SST – saúde e segurança no trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de Figuras

Figura 1 - Conexões lógicas entre as iniciativas da empresa para a promoção da saúde e o bem-estar e os desfechos corporativos desejados (Adaptado de Kent et al., 2018 ⁵⁷)	20
Figura 2 - Quantidade de questões por tipo de intervenção no CDC Health Scorecard	33
Figura 3 - Percentual correspondente à pontuação máxima possível, por tipo de intervenção no CDC Health Scorecard	33
Figura 4 - Percentual e número de empresas industriais por Região do país na amostra estudada	36
Figura 5 - Percentual e número de empresas industriais por porte na amostra estudada	37
Figura 6 - Percentual de atingimento médio (quociente entre média observada e score máximo possível), por domínio do CDC Health Scorecard	39
Figura 7 - Percentual de atingimento médio por tipo de intervenção do CDC Health Scorecard	40
Figura 8 - Dispersão do tipo de intervenção "Políticas" com os demais (benefícios, programas e suporte ambiental)	41
Figura 9 - Percentual de atingimento por faixas, segundo "Políticas" e "Programas"	43
Figura 10- Percentual de atingimento por faixas, segundo "Políticas" e "Suporte ambiental"	44
Figura 11- Percentual de atingimento por faixas, segundo "Políticas" e "Benefícios"	44
Figura 12- Gráficos de dispersão entre os tipos de intervenções, segundo agrupamentos (denotados por cores)	47
Figura 13- Atingimento médio percentual por tipo de intervenção, segundo agrupamento identificado	48

Lista de Quadros

Quadro 1 - Elementos de uma cultura saudável. Adaptado de Webb, Krick e CoH Study Committee Definitions Workgroup-HERO ³⁰	14
Quadro 2 - Domínios do <i>CDC Worksite Health Scorecard</i> (HSC) – versão adaptada para o estudo.....	27



Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número médio de intervenções nas empresas em 2013 e 2015 (N- 41) em relação aos tópicos em saúde ⁵³	25
Tabela 2 - Matriz de correlação entre os escores do HSC em relação às políticas, benefícios, programas e suporte ambiente na amostra de empresas industriais (N=98).....	41
Tabela 3 - Correlações entre o tipo de intervenção "Políticas" e os domínios em estudo.....	42
Tabela 4 - Separatrizes utilizadas para categorização dos percentuais de atingimento dos quatro tipos de intervenção do estudo.....	43

Resumo

Ogata AJN. *Influência da cultura de saúde no ambiente de trabalho sobre a adoção de programas baseados em evidências* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Há fortes evidências de que programas de promoção da saúde no local de trabalho, adequadamente implantados, podem oferecer resultados efetivos. No entanto, em geral, os programas são fragmentados, de curta duração e com baixo engajamento dos participantes. O presente estudo visa a analisar se a cultura de saúde influencia na adoção de iniciativas baseadas em evidências nos programas de promoção de saúde em empresas. Trata-se de um estudo quantitativo transversal em uma amostra de indústrias brasileiras, utilizando o instrumento CDC Health Scorecard (HSC). Usaram-se uma análise exploratória com estatísticas descritivas, correlações e uma análise de *cluster*, aplicando o algoritmo de propagação de afinidade. A análise descritiva revelou que os maiores escores médios foram atingidos para domínios onde houve relação com obrigações legais, como saúde e segurança no trabalho. No entanto, nos domínios relacionados a fatores de risco e proteção contra doenças crônicas, como a promoção da atividade física, da alimentação saudável, do controle do tabagismo, os escores médios foram bem mais baixos em relação ao total (21,2 a 33,0%). As ações para o controle da hipertensão arterial, diabetes ou colesterol elevados no sangue também tiveram escores relativamente baixos em relação ao máximo possível (22,6 a 34,2%). Analisando-se a relação entre os tipos de intervenção, por meio da matriz de correlação de Pearson percebeu-se que as pontuações das políticas foram associadas positivamente aos demais tipos de intervenção. Com a utilização de quartis dos escores como separadores intervalares para caracterizar os percentuais de atingimento dos escores em relação à pontuação máxima possível foi possível observar que, para baixas taxas de atingimento em políticas observaram-se também baixas taxas de atingimento em programas. O autor concluiu que os escores de políticas estiveram positivamente associados a escores de mudanças ambientais, programas e benefícios. A correlação positiva entre as políticas (como *proxy* da cultura da saúde) e a adoção de iniciativas baseadas em evidências demonstraram que os primeiros passos para obter sucesso em um programa de promoção da saúde em empresas industriais são o compromisso e o engajamento da liderança.

Descritores: Promoção de saúde; Ambiente de trabalho; Saúde do trabalhador; Cultura organizacional; Prevenção de doenças; Centers for Disease Control and Prevention, U.S.

Abstract

Ogata AJN. *Influence of health culture in the workplace on the adoption of evidence-based programs* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

There is strong evidence that appropriately implemented worksite health promotion programs can offer effective outcomes. However, in general, the programs are fragmented, of short duration and with low engagement of participants. This study aims to study whether the health culture influences the adoption of evidence-based initiatives in health promotion programs. This was a cross-sectional quantitative study with data from a sample of Brazilian manufactures using the CDC Health Scorecard (HSC) using an exploratory analysis with descriptive statistics, correlations and a cluster analysis applying the affinity propagation algorithm. The descriptive analysis revealed that the highest mean scores were achieved for domains where there is a relationship with legal obligations, such as health and safety at work. Regarding the organizational support, which is the basis for the implementation of health promotion and disease prevention initiatives, in a maximum possible score of 33, the average was 12.64 and the average score reached only 38.3% of much as possible. However, in the domains related to risk factors and protection against chronic diseases, such as the promotion of physical activity, healthy eating, smoking control, the average scores were much lower in relation to the total (21.2 to 33, 0%). Likewise, the actions for the control of hypertension, diabetes or high blood cholesterol also had relatively low scores in relation to the maximum possible (from 22.6 to 34.2%). Analyzing the relationship between the types of intervention by the Pearson correlation matrix it was realized that the policy scores were positively associated with other types of intervention. With the use of score quartiles as interval separators to characterize the percentage of achievement of the scores in relation to the maximum possible score, it was observed that, for low rates of achievement in policies, low rates of achievement in programs were also observed. The authors concluded that policies scores were positively associated with scores of environmental changes, programs, and benefits. The positive correlation between policies (as a proxy of culture of health) and the adoption of evidence-based initiatives demonstrated that the first steps to successfully implement a worksite health promotion program in a manufacturing company are leadership commitment and engagement.

Descriptors: Health promotion; Working environment; Occupational health; Organizational culture; Disease prevention; Centers for Disease Control and Prevention, U.S.

1 INTRODUÇÃO

A coexistência de diversos fatores como a globalização, a persistência do quadro de desigualdade, o envelhecimento da população, o aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com relevância crescente dos fatores comportamentais, tornam os determinantes sociais de saúde (DDS) cada vez mais importantes no campo da saúde coletiva.

De acordo com a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde, os DDS podem ser definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham¹. O enfrentamento de tais desafios exige que se olhe além do setor saúde, incluindo outros espaços e atores. Esta Comissão foi liderada por Michael Marmot que fez a intrigante pergunta:

*Por que tratar as pessoas e devolvê-las às condições que as deixou doentes?*²

Neste cenário, tem sido amplamente adotado o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, que apresenta os DDS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma distal, onde se situam os macrodeterminantes. Os indivíduos estão na base do modelo. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Na camada seguinte, estão as redes sociais e comunitárias, seguidas dos fatores relacionados a condições de vida e trabalho³.

O ambiente de trabalho não pode ser ignorado como um *setting* privilegiado para a promoção da saúde, inclusive considerando-se os DDS, e não responsabilizando unicamente o arbítrio dos indivíduos nos aspectos comportamentais. Durante muito tempo, as chamadas escolhas individuais foram excessivamente valorizadas, inclusive em uma visão de consumo de bens e serviços, não raro culpabilizando as pessoas pelos agravos em saúde surgidos ao longo de sua trajetória de vida⁴.

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Global de Determinantes Sociais de Saúde, realizada em 2011, no Rio de Janeiro, Brasil, deixou claro que as iniquidades no poder, nos recursos materiais e financeiros conduzem às iniquidades nas condições de vida no dia a dia, as quais são as responsáveis pelas inequidades em saúde².

A ação articulada entre diversos setores, denominada intersetorialidade, é importante para o sucesso de políticas públicas como o enfrentamento das DCNT. Por intersetorialidade, compreende-se o modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade, e entre as diversas políticas públicas, no intuito de intervir nos determinantes sociais⁵. A intersetorialidade tem como princípios a responsabilidade compartilhada, a gestão conjunta e as políticas em prol de um projeto comum⁵.

O estabelecimento de parcerias e a formação de redes intersetoriais são apontados como estratégias que oferecem múltiplas vantagens, dentre elas: o compartilhamento de informação e conhecimento; geração de ideias e soluções inovadoras; fortalecimento de capacidades; ativação da interface entre conhecimento e ação, e aproximação de diferentes setores da sociedade. Além disso, os atores conseguem cumprir objetivos que, isoladamente, seriam de difícil alcance, dividindo trabalhos e esforços⁷. A promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis e o controle dos fatores de risco para DCNT podem envolver os profissionais e os setores de saúde ocupacional nas organizações, o Sistema Único de Saúde (SUS) e as organizações públicas e privadas.

Neste contexto, integra-se o conceito de promoção da saúde proposto pela Carta de Ottawa como

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo uma maior participação no processo. Assim, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a

1 INTRODUÇÃO

vida e não como um objetivo final. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas⁸.

O modelo biomédico se baseia no tratamento da doença, quando ela ocorre, utilizando as ferramentas disponíveis para a cura ou controle do distúrbio. No entanto, cada vez há mais evidências de que muitos outros fatores são relevantes para a saúde, como o ambiente de trabalho, a cultura, o meio ambiente, o suporte da família e dos amigos e as conexões com a comunidade. Além disso, a saúde, em âmbito individual, em todas as suas dimensões, é influenciada por fatores como atitudes, criatividade, resiliência e significado do trabalho⁹.

Buss¹⁰ ressalta a importância do conhecimento e da utilização da linha divisória entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O enfoque da promoção da saúde é amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção de doenças busca fazer com que os indivíduos fiquem isentos das mesmas. Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem-estar e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo, praticando a promoção da saúde. A distinção destacada por Buss é muito relevante também nos programas aplicados em ambientes de trabalho, onde atividades de prevenção de doenças e agravos (como *check-ups*, exames periódicos de saúde, campanhas de vacinação) são confundidas com a promoção da saúde, com a sua abrangência e implicações.

A Política Nacional de Promoção da Saúde estabelece o ambiente de trabalho como um tema transversal de referência e prioritário para a formulação de agendas de promoção da saúde e adoção de estratégias:

1 INTRODUÇÃO

Compreende inter-relacionar o tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os distintos setores da economia (primário, secundário e terciário), considerando-se os espaços urbano e rural e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica⁵.

Considerando-se os DDS e a promoção da saúde, Marmot et al.¹¹ já há 20 anos destacam quatro razões para a centralidade do trabalho e da ocupação para obtenção daquela, a saber:

- a) ter uma ocupação é o principal requisito para garantir uma renda auferida de maneira contínua;
- b) capacitar-se para uma ocupação e ter um *status* ocupacional compõem uma das principais metas de socialização primária e secundária. Por meio da educação, do treinamento para o trabalho e da aquisição de *status* se realizam o crescimento e o desenvolvimento pessoal, onde uma identidade social fora da família se consolida e se molda uma atividade humana intencional e direcionada a objetivos;
- c) ter uma ocupação define um critério de estratificação social. O tipo e a qualidade da ocupação influenciam as atitudes individuais e os padrões de comportamento em áreas não diretamente relacionadas ao trabalho, como lazer, vida familiar, educação e atividades políticas;
- d) participar de um ambiente de trabalho insere o indivíduo em demandas contínuas e intensas durante toda a vida e absorve grande parte do tempo ativo durante a vida adulta.

O local de trabalho é um espaço estratégico para a adoção de programas de proteção à saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Com frequência, ele não é valorizado ou incluído no planejamento das abordagens de saúde pública, perdendo-se uma oportunidade importante de atingir melhores desfechos em vários campos.

Considerando-se que os empregadores têm a responsabilidade de fornecer um local de trabalho seguro e livre de riscos, esses também têm oportunidades para promover a saúde individual e um ambiente de trabalho

1 INTRODUÇÃO

saudável. A utilização de programas de saúde no local de trabalho pode reduzir riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores^{12,13,14}.

Para melhorar a saúde de seus empregados, as organizações podem, entre diversas outras condições, criar uma cultura organizacional de bem-estar centrada no trabalhador, propiciando ambientes de apoio em que a saúde e segurança no trabalho (SST) sejam asseguradas e se obtenham melhores desfechos em saúde, a fim de prover oportunidades para empregados se envolverem em uma variedade de programas de saúde no local de trabalho¹⁵.

Os programas de saúde no ambiente de trabalho envolvem um conjunto coordenado de atividades que apoiam os trabalhadores em mudanças de comportamento, podem reduzir o risco de DCNT e possibilitar aos portadores de tais doenças realizar seu manejo adequado, além de incluir uma visão mais integral e holística da saúde, envolvendo saúde mental, relacionamentos, saúde social e financeira, sono, dentre outros. Tais programas podem incluir avaliações biométricas, aplicação de questionários de saúde, oferecimento de iniciativas educativas e aconselhamento, uso de aplicativos, dispositivos móveis, e incentivo para reduzir fatores de risco ou gerenciar as condições crônicas¹⁶.

Os programas de saúde em ambiente de trabalho devem apresentar cinco elementos críticos, a saber:

- (1) educação em saúde;
- (2) ambiente de trabalho que dê suporte físico e social aos trabalhadores;
- (3) integração do programa na estrutura da organização;
- (4) conexão com outros programas correlatos na organização, e
- (5) rastreamento de fatores de risco e educação no ambiente de trabalho¹⁷.

Os programas de saúde no ambiente de trabalho podem estimular mudanças em âmbito individual (ou seja, de cada empregado) e/ou da organização. No aspecto individual, tais programas têm o potencial de influenciar o estado de saúde do trabalhador, com a adoção de estilos de vida

1 INTRODUÇÃO

saudáveis e de um melhor controle dos fatores de risco para condições crônicas, além da possibilidade da melhoria do estado geral de bem-estar. Para as organizações, eles têm o potencial de impactar áreas como custos assistenciais, absenteísmo, produtividade, recrutamento/retenção, cultura e disposição dos funcionários. Potencialmente, os empregadores, os trabalhadores, suas famílias e as comunidades se beneficiam da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da ocorrência de lesões e incapacidades no ambiente de trabalho¹⁸.

Neste contexto, tem sido cada vez mais frequente que as empresas ofereçam tais programas aos seus trabalhadores. Estima-se que quatro em cada cinco grandes empresas norte-americanas ofereçam essas iniciativas¹⁹. No entanto, a oferta de ações isoladas, em geral focadas unicamente em informação em saúde, sem mensuração adequada e com baixa participação dos trabalhadores, pode gerar descrédito para tais programas. Este fato pode estar associado à falta de cultura de saúde na organização. Neste caso, saúde não é elemento estratégico da gestão e tampouco existem políticas internas para facilitar o engajamento dos trabalhadores e de seus familiares.

Uma abordagem coordenada da saúde no local de trabalho resulta possivelmente em um conjunto planejado, organizado e abrangente de programas, políticas, benefícios e apoios ambientais concebidos para satisfazer as necessidades de saúde e segurança de todos os trabalhadores. Os programas devem incluir intervenções que abordem múltiplos fatores de risco e condições de saúde simultaneamente, e influenciar vários níveis da organização, incluindo o trabalhador e a organização como um todo²⁰.

Programas de promoção da saúde no local de trabalho têm maior probabilidade de ser bem-sucedidos quando as questões relativas à segurança e saúde ocupacional também são consideradas em sua concepção e execução. Ainda se observam organizações nas quais ações são fragmentadas, não incluindo as áreas de saúde ocupacional (SST) no seu planejamento. Além disso, a gestão ocorre em silos. De fato, um conjunto

1 INTRODUÇÃO

crescente de evidências indica que intervenções baseadas no local de trabalho nos quais existem abordagens coordenadas, planejadas ou integradas para reduzir ameaças à saúde dos trabalhadores, dentro e fora do trabalho, são mais eficazes do que programas tradicionais isolados. Isso propicia maior participação dos trabalhadores e eficácia do programa, e pode também beneficiar o contexto mais amplo da organização, do trabalho e do ambiente^{20,21,22}. Nos Estados Unidos da América (EUA), a organização governamental *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) propôs um modelo denominado *Total Worker Health* (TWH), que busca dar suporte a políticas, programas e práticas que integram a proteção dos riscos à saúde, por meio da segurança no trabalho, da promoção da saúde e prevenção de riscos, visando a melhorar o bem-estar do trabalhador²³.

Um programa de saúde no local de trabalho consiste em um conjunto coordenado de atividades, políticas, benefícios e apoios ambientais que visam tanto às práticas organizacionais (empregador) quanto às práticas individuais (empregado)^{17,21}. Ao implantarem programas de saúde no ambiente de trabalho, gestores e profissionais de saúde têm o desafio de selecionar atividades consideradas eficazes, baseadas em evidências científicas e que sejam efetivas, evitando desperdício de recursos humanos e materiais em que incorreriam ao realizar ações pontuais e de caráter fragmentado em relação aos desfechos selecionados (fossem eles de saúde ou funcionais)^{15,17}.

Os programas com abordagens clássicas, sem abordagem mais ampla, têm sido questionados em pesquisas recentes. Estudo controlado randomizado avaliou vários indicadores de saúde, economia e trabalho relacionados a um programa multicomponente em mais de 200 filiais de uma empresa de varejo nos Estados Unidos²⁴. Após 18 meses, os trabalhadores relataram maior engajamento em ações de atividade física e controle do peso, mas não se constatou qualquer outro efeito dos programas. Outro estudo controlado randomizado, envolvendo 4.834 empregados da Universidade de Illinois, EUA, constatou que, após 2 anos, não houve diferença significativa entre os participantes e não participantes do programa, em relação a dados biométricos,

1 INTRODUÇÃO

uso do sistema de saúde e dados clínicos²⁵. Uma característica comum a ambos os estudos é a oferta de atividades focadas principalmente em informação, sem individualizar as ações, focando principalmente em fatores de risco para doenças crônicas. Os gestores de tais programas necessitariam inovar, testar e avaliar novos modos de intervenção, além de buscar maior envolvimento da organização nos vários níveis, bem como engajamento das lideranças para que melhores resultados sejam atingidos.

2 OBJETIVOS

Pergunta de pesquisa – A existência de cultura de saúde influencia a adoção de programas, benefícios e ambientes saudáveis no ambiente de trabalho?

Objetivo geral

Discutir a importância da cultura de saúde sobre a adoção de programas baseados em evidências no ambiente de trabalho, em amostra de empresas industriais brasileiras.

Objetivos específicos

- Descrever as ações e iniciativas de gestão em promoção da saúde e prevenção de doenças, em diferentes domínios do *CDC Health Scorecard*, versão brasileira, em uma amostra de empresas industriais brasileiras.
- Analisar as ações e iniciativas de gestão em promoção da saúde e prevenção de doenças em uma amostra de empresas industriais brasileiras, utilizando quatro categorias (ou tipos de intervenção), a saber, políticas, programas, benefícios e ambiente de suporte do *CDC Health Scorecard*.
- Analisar a importância da cultura de saúde na empresa (expressa pelas suas políticas) na oferta de programas, benefícios e ambiente de trabalho.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Cultura organizacional

De acordo com Schein²⁶, cultura organizacional é o modelo dos pressupostos básicos que determinada organização tem criado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para pensar, sentir e se perceber em relação àqueles problemas. A cultura organizacional pode ser definida como um sistema de valores compartilhados que produz pressões normativas nos membros da organização²⁷.

Apesar das várias definições, há um elemento comum na descrição de cultura organizacional que ocorre a partir dos seus elementos constituintes ou dos resultados produzidos em termos de comportamento. Freitas²⁸ observa certa neutralidade que oculta, nas diferentes definições, os objetivos que a cultura organizacional propõe, as funções que ela preenche e a quem ela serve. A autora descreve os elementos da cultura organizacional mais frequentemente citados na literatura²⁹:

- **Valores** – o que é importante para atingir o sucesso;
- **Crenças e pressupostos** – o que é tido como verdade na organização;
- **Ritos, rituais e cerimônias** – atividades planejadas com consequências práticas e expressivas, tornando a cultura mais tangível e coesa;
- **Histórias** – narrativas de eventos ocorridos que informam sobre a organização;
- **Mitos** – histórias consistentes com os valores organizacionais, mas sem

3 REVISÃO DA LITERATURA

sustentação nos fatos;

- **Tabus** – demarcam as áreas de proibições, orientando o comportamento com ênfase no não permitido;
- **Heróis** – personagens que incorporam os valores e condensam a força da organização;
- **Normas** – as regras que defendem o comportamento esperado, aceito e sancionado pelo grupo, podendo estar escritas ou não;
- **Processo de comunicação**- inclui uma rede de relações e papéis informais que comportam diversos atores e pode ser usado na administração da cultura.

Edington, Schultz & Pitts¹⁴ ressaltam que, com frequência, o termo cultura organizacional é utilizado para o que mais adequadamente poderia ser chamado de clima. Em alguns aspectos, há uma sobreposição entre cultura e clima organizacional que, em geral, se refere à percepção do empregado em relação às práticas da organização e do ambiente de trabalho. Os autores afirmam que a cultura tem uma abrangência maior que o clima, e inclui os valores compartilhados, as normas e as práticas dos indivíduos em uma organização. No entanto, destacam que, independentemente dos esforços para a construção de uma cultura, o que importa no final é como ela é percebida pelos trabalhadores.

Mason et al.³⁰ ressaltam que, para a maioria dos antropólogos socioculturais contemporâneos, a cultura não é estática, pois não é experimentada da mesma maneira por todos os membros de um grupo definido. A cultura captura os modos como os indivíduos vivem em contextos de grupos dinâmicos, em múltiplas camadas. Os grupos culturais são internamente diversos e as barreiras continuamente negociadas em resposta a desafios externos e internos. Este aspecto é particularmente importante para que se evite a adoção de modelos, inclusive internacionais, sem considerar a realidade e a dinâmica de cada organização.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A cultura pode ser explícita ou implícita, dependendo de cada organização. A cultura explícita é transmitida por meio de códigos de ética, de credos e por um conjunto das políticas e normas da organização. Quando explícita, torna-se a cultura oficial – são os valores e ideais –, a qual pode coincidir (ou não) com o que é praticado (e levando ou não em conta como os trabalhadores se sentem em relação a eles). A cultura implícita penetra de forma mais profunda do que palavras faladas e escritas. Quando a cultura praticada ou percebida não coincide com a planejada, o que vale é a praticada³¹.

A cultura possui dois componentes básicos, a saber: (1) sua **essência**, ou a rede de significados contidos em suas ideologias, normas e valores, e (2) sua **forma**, ou as práticas pelas quais estes significados são expressos, afirmados e comunicados a seus membros³².

Apesar disso, ela não é estática e, inclusive, pode ser definida como a maneira pela qual “um grupo aprende a resolver seus problemas de adaptação externa e integração interna”³³. Neste contexto, de acordo com Schein³³, todos os grupos têm dois problemas fundamentais: (1) como se organizar para lidar com os ambientes onde vivem – problemas externos; (2) como se organizar internamente para lidar com os problemas humanos (inevitáveis) que aparecem na vida coletiva. Portanto, a cultura tem caráter multidimensional e multifacetado e não pode ser reduzida a poucas dimensões.

A cultura organizacional é a base sobre a qual se constrói a cultura de saúde em uma organização e, portanto, não poderia ser “terceirizada” para atores externos como planos de saúde, consultorias ou entidades sindicais. Além disso, é importante deixar de considerar a organização como uma máquina sem vida, mas que pode ser aprimorada com pequenas mudanças ou troca de peças. As organizações modernas são entidades inteligentes que consistem em muitas mentes, valores e crenças³⁴.

Cada empresa tem sua própria cultura e necessidades únicas, sob a perspectiva da gestão de saúde. Planejar um programa de saúde no local de trabalho não é uma proposta de apenas uma variável¹⁷. Frequentemente, as organizações adotam iniciativas disponíveis no mercado ou mais acessíveis, sem a participação efetiva dos trabalhadores e da liderança no seu desenho, correndo o risco da baixa participação e engajamento com resultados limitados.

3.2 Cultura de saúde

De acordo com Safeer & Allen³⁵, a cultura de saúde é uma rede construída no ambiente de trabalho que envolve as influências sociais, as quais se manifestam em crenças e comportamentos saudáveis. Os autores alertam para o risco da banalização do uso do termo, caso ele seja utilizado sem referências relacionadas à estrutura e aos conceitos estabelecidos.

A cultura da saúde pode ser definida como um ambiente de trabalho onde a saúde é um valor, que favorece a saúde e o bem-estar do trabalhador. Não se limita a ações isoladas e integra a saúde na maneira como a organização opera, pensa e age em diferentes frentes³⁰. Ela deve ser focada na população-alvo e não apenas no indivíduo. Trata-se de tema ainda pouco estudado e não há evidências das estratégias ou intervenções que possibilitam a criação de um ambiente de trabalho saudável. Isto motivou a organização *Health Enhancement Research Organization* – HERO a criar um grupo de pesquisa para estudar o assunto, a partir de sua conceituação³⁶. Esse grupo selecionou 24 elementos-chave para a construção de uma cultura de saúde, apresentados no Quadro 1³⁷. A apresentação não se refere a qualquer ordem de prioridade ou importância *a priori*.

Quadro 1 – Elementos de uma cultura saudável. Adaptado de Webb, Krick e CoH Study Committee Definitions Workgroup- HERO³⁷

Comunicação	Liderança organizacional	Desenvolvimento de relações
Envolvimento e empoderamento do trabalhador	Alocação e comprometimento de recursos organizacionais	Reconhecimento e premiação
Liderança executiva	Orientação e primeiras impressões	Senso de comunidade
Conexões com a comunidade compartilhados e altruísmo	Suporte entre colegas	Visão e missão
Orientação para o cliente interno	Procedimentos e políticas	Valores compartilhados
Medidas e métricas suporte	Perspectiva positiva	Ambiente físico de
Modelos positivos	Tradições	Símbolos
Normas	Recrutamento e seleção	Treinamento e aprendizado

De acordo com Quelch e Boudreau³⁸, as organizações podem promover a saúde dos trabalhadores por meio das seguintes áreas:

- a) Saúde e segurança no trabalho (SST);
- b) Programas de benefícios aos empregados:
 - Plano de saúde;
 - Programas de promoção de saúde;
 - Programas de saúde mental;
- c) Outros;
- d) Padrões de remuneração;
- e) Estrutura e cultura organizacional.

No entanto, a existência de diversos atores envolvidos no processo, como consultorias, prestadores de serviços em qualidade de vida, planos de saúde, serviços de saúde ocupacional e profissionais especializados, tem gerado a fragmentação dos programas, com a oferta de serviços isolados e desconectados.

Em estudo qualitativo, Abraham & White³⁹ constatam que, nos EUA, há um movimento para aumentar a oferta de serviços com proposição de valor articulada à cultura da organização onde se atua, buscando desfechos de mé-

3 REVISÃO DA LITERATURA

dio e longo prazos que não se restringem à contenção da elevação de custos com assistência médica ou à perda de produtividade. Esses autores ressaltam que a oferta de programas de promoção de saúde não alinhados e integrados às demais áreas, particularmente no que se refere à cultura de saúde, pode trazer alguns riscos, a saber: (1) falta de impacto (ou o seu desconhecimento); (2) proteção inadequada da privacidade do trabalhador, e (3) criação de um ambiente de trabalho tóxico ou competitivo. Concluem que, apesar do investimento na saúde do trabalhador não ser um conceito novo, há uma tendência de inovação nos programas de saúde e um debate crescente sobre como as organizações podem contribuir, de maneira apropriada, para manter os trabalhadores saudáveis.

Os programas de promoção de saúde e bem-estar exigem investimentos e tempo para sua implantação, e muitos empregadores hesitam, ao avaliar os custos e os benefícios relacionados a estas iniciativas³⁹. A cultura de saúde pressupõe:

- (1) o envolvimento da liderança da organização, inclusive com a criação de políticas internas;
- (2) participação dos trabalhadores;
- (3) envolvimento do ambiente psicossocial do trabalho, e
- (4) abordagem dos problemas de saúde dos empregados.

O ânimo dos funcionários pode ser negativamente impactado, caso os programas de saúde no local de trabalho forem projetados e implantados sem respeito às suas necessidades e interesses, sem sua participação no processo de desenvolvimento ou sem respeito pela sua privacidade individual^{34,35,36}. Tampouco o programa mais bem desenhado é efetivo em uma organização tóxica, o que explica os resultados limitados em iniciativas oferecidas de maneira isolada e fragmentada¹⁷.

Kent et al.⁴⁰ buscam identificar os elementos-chave para o sucesso dos

3 REVISÃO DA LITERATURA

programas de saúde no ambiente de trabalho. Concluem que a cultura de saúde requer o comprometimento da liderança, suporte do ambiente (físico e social) e o envolvimento do trabalhador.

Passey et al.¹⁶ realizam revisão integrativa da literatura e identificam os principais fatores que podem influenciar o suporte da liderança: a estrutura de gestão da organização, os papéis de cada *stakeholder*, o treinamento em tópicos sobre saúde, assim como suas crenças e atitudes em relação aos programas de saúde e à saúde do trabalhador.

Em estudo de caso da empresa Merck & Co., Gunther et al.⁴¹ relatam como os quatro elementos básicos para um programa efetivo são considerados na organização:

- **Porque** – orientar sobre como enfrentar os desafios vividos pela organização. Baseia-se na missão da companhia (“salvar e promover vidas”). O grupo desenvolveu a visão de se tornar um modelo de *benchmark* para empregadores interessados em construir uma cultura de bem-estar. Neste contexto, a visão foi otimizar a cultura de saúde, bem-estar e segurança, com melhoras mensuráveis em áreas estabelecidas. Os autores destacam o posicionamento expresso no sítio eletrônico da empresa:

Nós acreditamos que há vários benefícios nesta abordagem. A saúde e o bem-estar de nossa força de trabalho têm uma relação direta com o desempenho ideal da força de trabalho. Se uma atividade é realizada no ambiente de trabalho ou em casa, o adoecimento, os acidentes e o stress podem afetar a capacidade da pessoa contribuir e ter um desempenho efetivos. Considerando-se que o nosso negócio é promover a saúde ideal, nós acreditamos que devemos liderar pelo exemplo. Nós também acreditamos que uma abordagem construtiva para a saúde e o bem-estar geral de nossos trabalhadores, em todos os aspectos de suas vidas, ajudar a recrutar e reter talentos⁴¹.

- **Quem** – conhecer a população, em seus aspectos demográficos, culturais, educacionais, entre outros, é importante em uma empresa global como a Merck. A abordagem deve ir além da saúde física e emocional, e trazer apren-

3 REVISÃO DA LITERATURA

dizados de diferentes localidades e culturas.

- **O que** – descrever o que está sendo feito. Exige estabelecer, na força de trabalho, uma cultura que promova a saúde, o bem-estar e a segurança, e focada em criar hábitos de vida saudáveis. Neste contexto, aparecem os três componentes:

(a) saúde – oferecer programas e ferramentas que envolvam a promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira ampla, incluindo abordagem de condições agudas, gestão de doenças crônicas e apoio ao cuidado a condições médicas complexas;

(b) bem-estar – envolve não somente a saúde física, mas outras dimensões, como a emocional e a financeira. O programa é gerenciado sob a marca *Live it* e é ajustado para cada cultura e país;

(c) segurança – apesar de já ter uma cultura de segurança altamente desenvolvida, é importante integrá-la à cultura de saúde, criando processos específicos, treinamentos, auditorias, inspeções e avaliações para melhorias contínuas.

- **Como** – iniciar com o suporte da liderança, uma rede de *champions* (trabalhadores que, voluntariamente, apoiam o programa, como modelo, suporte para os colegas e canal de comunicação com a liderança) na base da produção, um ambiente de trabalho que dê suporte a escolhas saudáveis e um forte comprometimento para comunicar o bem-estar na organização. O programa deve ser complementar aos benefícios oferecidos pela organização e isso exige investimento em pessoas, tempo e recursos financeiros. Neste caso, o ideal é criar um *business case* formal para apresentar à alta liderança os investimentos necessários, os retornos esperados e os riscos associados à iniciativa.

Um ponto comum constatado pelos vários autores é de que não há uma fórmula única que se aplique a todos os programas e a todas as organizações. Deste modo, a simples adoção (ou aquisição) de soluções ou produtos para u-

3 REVISÃO DA LITERATURA

tilização nas empresas, sem que os pressupostos mínimos citados acima sejam contemplados, parece ser uma das causas dos resultados limitados observados na maioria das iniciativas ora observadas, no Brasil e no exterior. Por exemplo, dois estudos controlados randomizados recentes analisam o impacto de programas de saúde no ambiente de trabalho^{25,26}. Estes programas traduzem intervenções pontuais e focadas em ações educativas, sem utilizar instrumentos para buscar um maior engajamento e participação do trabalhador. Em ambos os estudos a conclusão é de que tais programas não trazem impactos positivos em relação aos desfechos de saúde para os indivíduos, assim como aos resultados econômicos para as empresas. Provavelmente, tais resultados estejam relacionados a questões próprias à falta de perspectiva de uma cultura de saúde na organização, ou seja, que integrem as ações ao negócio da corporação, por meio de políticas, programas e suporte ambiental.

Um conceito mais amplo de cultura de saúde é proposto por Quelch & Boudreau³⁸, considerando que cada organização, de maneira voluntária ou não, impacta na saúde coletiva de quatro maneiras, a saber:

- (1) por meio da “saudabilidade” e segurança dos seus produtos e serviços – saúde do consumidor;
- (2) por meio dos esforços para garantir a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, inclusive de sua cadeia de fornecedores – saúde do trabalhador;
- (3) por meio dos investimentos realizados para melhorar a saúde das comunidades com quem se relaciona – saúde da comunidade, e
- (4) por meio do impacto de suas operações no meio ambiente, como a emissão de carbono ou consumo de água – saúde ambiental.

Kent et al.⁴² sugerem dois tipos de cultura de saúde: (a) interna – relacionada a ações e programas oferecidos aos trabalhadores da organização, e (b) externa – relacionada a ações e programas oferecidos à comunidade. Esses autores desenvolveram uma versão curta do HSC com 24 itens e seis subescalas que incluem o suporte organizacional para a promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores em algumas áreas, para mensurar a cultura de

3 REVISÃO DA LITERATURA

saúde interna. Os autores destacam os seguintes itens:

(a) comprometimento e suporte da liderança

- - Comprometimento organizacional
- - Planejamento estratégico
- - Recursos humanos e financeiros

(b) estratégia de comunicação e engajamento

- - Incentivos financeiros
- - Competições ou desafios
- - Programas de promoção e *marketing*
- - Programas e comunicação customizados

(c) programas e políticas

- - Avaliação de riscos em saúde e *feedback*
- - Rastreamento biométrico e *feedback*
- - Materiais de educação em saúde
- - Programação educacional interativa
- - *Coaching* de estilo de vida
- - Suporte para horário de trabalho flexível
- - Apoio para cessação do tabagismo

(d) atividade física e nutrição

- - Instalações para atividade física
- - Ambiente “promotor de saúde”
- - Programas estruturados de atividade física
- - Apoio para deslocamento ativo
- - Oferta de escolhas saudáveis nos refeitórios

(e) bem-estar psicológico

- - Programa de apoio ao empregado (EAP)
- - Treinamento de gerenciamento do stress para gestores
- - Participação do empregado na tomada de decisão

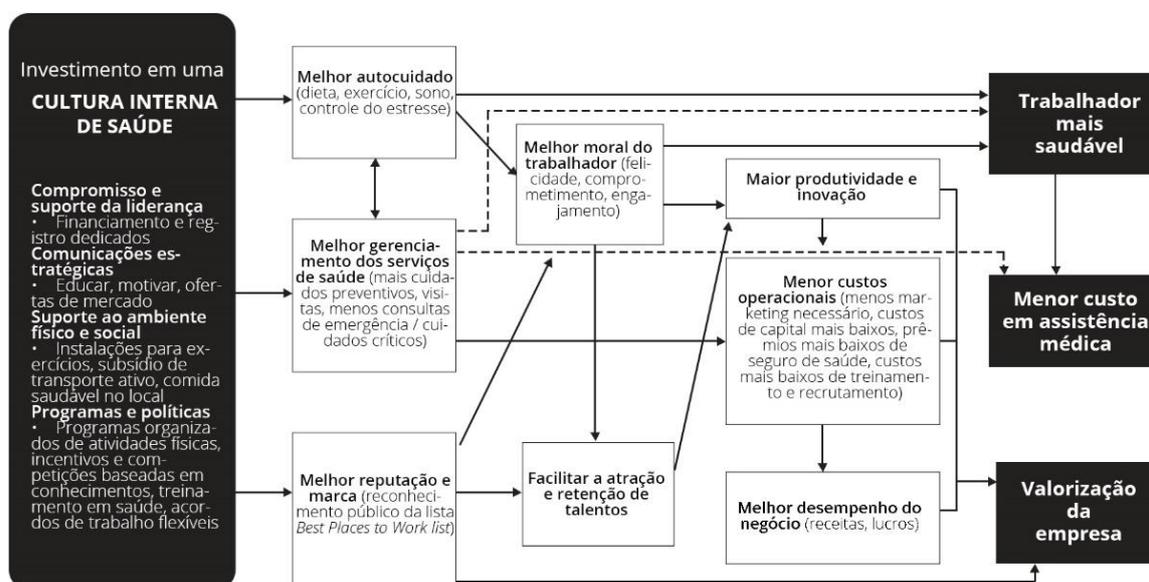
(f) participação

- - Realização da avaliação individual de saúde
- - Participação no programa

3 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Kent et al.⁴⁰, os tópicos acima se arranjam em um modelo lógico, o qual integra os esforços realizados na organização para alinhar os cuidados em saúde e bem-estar com os desfechos organizacionais desejados (Figura 1).

Figura 1 – Conexões lógicas entre as iniciativas da empresa para a promoção da saúde e o bem-estar e os desfechos corporativos desejados (Adaptado de Kent et al.⁴¹)



Com base neste conceito de cultura de saúde interna, e utilizando como parâmetro alguns itens do instrumento *CDC Health Scorecard* (HSC), Goetzel et al.⁴³ comparam o desempenho das ações na bolsa de valores norte-americana de empresas com altos escores no HSC em relação a um conjunto de ações das melhores empresas (*Standard & Poor's 500*) de janeiro de 2013 a agosto de 2017. As empresas com valores elevados de cultura de saúde interna tiveram suas ações valorizadas em 115% em comparação com a média do escore *Standard & Poor's 500*, de 69%. As que tinham indicadores baixos de cultura de saúde interna foram valorizadas em apenas 43%.

Payne et al.⁴⁴ analisam aspectos da cultura de saúde, com o uso do *CDC Health Scorecard* (HSC), na percepção dos trabalhadores sobre o suporte

3 REVISÃO DA LITERATURA

que a organização oferece para a promoção da saúde e controle dos fatores de risco. Concluem que a cultura de saúde, constituída pelos elementos relacionais (liderança e suporte dos colegas), tende a estar associada ao suporte percebido pelos trabalhadores, enquanto os elementos do ambiente de trabalho estão mais associados à promoção de estilos de vida saudáveis. Concluem que o HSC é um instrumento útil para tal acompanhamento, inclusive para análise dos componentes da cultura de saúde.

Além do instrumento supracitado, outro instrumento foi desenvolvido para mensurar a cultura de saúde, utilizando a avaliação das iniciativas de saúde na organização realizada pela empresa Mercer em parceria com a *HERO*, denominado *HERO Scorecard (HBW)*⁴⁵. Ele foi desenvolvido em 2006 e vem sofrendo modificações e aperfeiçoamentos. No formato original, o respondente levava 45-60 minutos para completar o preenchimento do instrumento. Existe uma versão *on-line* que, no final do preenchimento, envia um relatório por e-mail aos pesquisadores. O instrumento é focado nas práticas e processos dos programas realizados na empresa e vem sendo utilizado como uma ferramenta de *benchmark* entre organizações do mesmo setor e do mesmo porte, já tendo sido aplicado em mais de 1200 organizações^{45,46}. Uma versão reduzida do HBW foi validada em 2020, com o intuito de facilitar a participação das empresas⁴⁶. Apesar de se constituir em uma ferramenta gratuita, não tem sido utilizada em saúde pública, pois foi desenvolvida em parceria com a empresa internacional *Mercer*®, a qual tem como atividade principal a consultoria em saúde no setor privado.

Fabius et al.⁴⁷ ressaltam que a atuação dos profissionais de saúde ocupacional passou a ter uma abordagem mais ampla, buscando a conexão entre saúde, bem-estar e segurança da força de trabalho. Além disso, destacam que esses profissionais podem acompanhar a evolução dessas características ao longo do tempo e justificar os investimentos em saúde realizados pela empresa. Acreditam que haja um movimento da cultura de segurança para a cultura de saúde. De acordo com os autores, a cultura de

3 REVISÃO DA LITERATURA

saúde poderia ser medida por meio dos custos de assistência médica, indicadores de saúde dos trabalhadores, gastos com medicamentos e pelo acompanhamento do impacto das doenças e dos fatores de risco. Com este intuito, desenvolveram dois instrumentos de avaliação de impacto da cultura de saúde (*Employer Health Opportunity Assessment* – EHOA e *Employer Assessment 50* – EA50). Ambos têm caráter proprietário e sua utilização deve ser precedida de autorização da empresa *HealthNEXT*, estando sujeita a pagamento de *royalties*. A análise inclui revisão de documentos, visita à empresa e entrevistas com gestores e trabalhadores. Em estudo com uma amostra de empresas, os autores concluem que, à medida que o escore de cultura de saúde aumenta, observa-se maior controle dos custos em assistência médica, em uma relação inversa⁴⁷. Ressaltam que a relação entre saúde e trabalho é bidirecional. O trabalho afeta a saúde e a saúde afeta o trabalho. Trabalhadores mais saudáveis são mais produtivos, perdem menos dias de afastamento por motivo de saúde e usam menos o sistema de saúde. Considerando-se que os trabalhadores gastam a maior parte do seu tempo no ambiente de trabalho, faz sentido que sejam oferecidos programas nesse espaço para a promoção de mais saúde à força de trabalho⁴⁷.

Finalmente, o instrumento *CDC Health Scorecard* (HSC), utilizado neste estudo, foi criado pelo *Centers for Disease Control* (CDC), dos EUA, para ajudar os empregadores a avaliar seus programas de saúde, o quanto eles têm implantado intervenções de promoção da saúde baseadas em evidências em seus locais de trabalho, identificar lacunas e priorizar intervenções de alto impacto para prevenir doenças cardíacas, acidentes vasculares e doenças crônicas relacionadas^{48,49}. O HSC também pode ser um instrumento útil para desenvolver projetos de capacitação e treinamento de profissionais de saúde nas empresas, a fim de elaborarem suas próprias estratégias de ação e aumentarem a adoção de intervenções baseadas em evidências científicas no ambiente de trabalho⁵⁰. Esse instrumento foi criado pela Divisão de Doenças Cardíacas e Prevenção de Acidentes Vasculares do *Centers of Disease Control* (CDC) dos Estados Unidos da América em colaboração com o *Institute for*

3 REVISÃO DA LITERATURA

Health and Productivity Studies da Emory University, Centro Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas do CDC, e um comitê de *experts* da academia e do setor privado. Foi lançado em 2012 e criado a partir de programas existentes no local de trabalho (ferramentas, recursos, literatura e dados de pesquisas de intervenções). Consiste em questões com pontuações baseadas no nível de evidência científica e da magnitude do impacto sobre a saúde do trabalhador. Suas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade foram avaliadas em um estudo de validação conduzido pelo Instituto de Estudos de Produtividade e Saúde da *Emory University* que envolveu uma amostra de 93 empregadores, de diferentes locais dos Estados Unidos da América, os quais testaram o questionário e forneceram devolutiva sobre seu conteúdo e sua estrutura^{48,49}.

O HSC inclui perguntas sobre muitas estratégias baseadas em evidências, melhores práticas e intervenções que fazem parte de uma abordagem integrada de saúde no local de trabalho, as quais circunscrevem as principais condições de saúde que influenciam nos custos de saúde e na produtividade. Trata-se de uma ferramenta ampla, que abrange uma série de tópicos de saúde e fatores de risco, incluindo controle do tabagismo, nutrição, atividade física, controle de peso, controle do estresse, da pressão arterial elevada, do colesterol alto, do *diabetes mellitus* e as respostas de emergência a ataque cardíaco e acidente vascular cerebral, entre outros. As questões se referem a estratégias de intervenção nas áreas de políticas, programas, benefícios e ambiente de suporte. O instrumento tem três metas:

- 1) Ajudar os empregadores a reduzir o risco de doenças crônicas entre seus funcionários e suas famílias, por meio de intervenções de saúde no local de trabalho baseadas em ciência e práticas efetivas;
- 2) Ajudar os empregadores a identificar lacunas em seus programas de promoção da saúde e ajudá-los a priorizar estratégias de alto impacto para a promoção da saúde em seus locais de trabalho;
- 3) Aumentar o entendimento, por parte dos gestores das organizações, dos programas, políticas e práticas organizacionais que os empregadores de

3 REVISÃO DA LITERATURA

empresas de vários portes e setores implantaram para apoiar comportamentos voltados a estilos de vida saudáveis e monitorar as mudanças ocorridas nos hábitos e na saúde dos trabalhadores ao longo do tempo.

O HSC pode ser incorporado ao planejamento da organização e ser integrado às estratégias e painéis de acompanhamento do desempenho da organização pelas lideranças e, deste modo, buscar alternativas para melhorar os escores, quando aplicado periodicamente (a cada ano, por exemplo)⁵¹.

Estudo realizado pelo CDC e publicado em 2017 demonstra que o HSC pode ser utilizado para avaliar a efetividade de intervenções para melhorar a gestão dos programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho⁵². O *National Healthy Worksite Program* (NHWP) do CDC recrutou 100 empresas de pequeno e médio portes e ofereceu treinamento e suporte por 18 meses; realizou a aplicação do instrumento HSC, assim como medidas biométricas dos trabalhadores. Os autores constataram que as 41 empresas que completaram o programa tiveram um número significativamente maior de intervenções baseadas em evidências (um aumento de 27%) e programas mais abrangentes após sua participação. Essas 41 empresas implantaram número significativamente superior de programas (27, em média), de políticas (3, em média) e de suporte ambiental (3, em média). Como grupo, elas aumentaram significativamente o suporte organizacional que ofereceram para construir e manter os programas e buscar construir uma cultura de saúde. Assim, o percentual de empresas que relatou comprometimento na oferta de suporte para os programas de promoção da saúde dobrou, aumentando de 44% em 2013 para 88% em 2015. A maioria dos empregadores realizou mudanças nos programas após a assistência técnica oferecida pelo CDC, incluindo a formação de comitês (de 39% em 2013 para 81% em 2015), estabelecimento de objetivos anuais para o programa (12% em 2013 e 78% em 2015), alocação de recursos financeiros para o programa (20% em 2013 e 63% em 2015) e avaliação dos resultados dos programas (12% em 2013 e 66% em 2015). Não houve mudança significativa no número de benefícios. Os empregados tiveram

3 REVISÃO DA LITERATURA

melhora nos níveis de atividade física e alimentação saudável, mas sem melhora significativa no peso corporal⁵³ (Tabela 1).

Tabela 1 – Número médio de intervenções nas empresas em 2013 e 2015 (N- 41) em relação aos tópicos em saúde⁵³

Tipo de intervenção	Número total de pontos possíveis	Média em 2013 (DP)	Média em 2015 (DP)	P
Todas as intervenções	123	42,0 (14,2)	75,4(16,6)	<0.001
Programas	77	22,3(10,7)	49,1(12,5)	<0.001
Políticas	18	7,3(2,7)	10.1(2,9)	<0.001
Suporte Ambiental	17	4.4(1,9)	7,3(2,5)	<0.001
Benefícios em saúde	11	8.0(2,5)	8,9(2,4)	0.083

Para o estudo supracitado, o CDC agrupou os domínios em quatro categorias, as quais foram utilizadas no presente estudo:

- a) **PROGRAMAS** - oportunidades oferecidas aos trabalhadores para começar, mudar ou manter seus comportamentos voltados à adoção de estilos de vida saudáveis e ao autocuidado em saúde;
- b) **POLÍTICAS** – políticas, formais ou informais, publicadas para proteger ou promover a saúde do empregado. Permitem que diferentes grupos da organização sejam incluídos nas atividades e programas;
- c) **SUORTE AMBIENTAL** – fatores no ambiente de trabalho (ou no entorno) que podem promover ou melhorar a saúde do trabalhador;
- d) **BENEFÍCIOS** – parte do pacote de remuneração oferecido aos trabalhadores; pode incluir a oferta de plano de saúde, benefícios, incentivos e outros serviços.

Considerando-se os instrumentos citados, apenas o HSC tem sido utilizado como uma ferramenta de avaliação em cultura de saúde, com utilização livre e aplicação em saúde pública, sem cobrança de *royalties* ou envolvimento com prestadores privados de saúde. Deste modo, este instrumento foi adotado para o estudo da presente Tese.

4 MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional descritivo transversal, realizado em amostra de conveniência de empresas do ramo industrial no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2018. O instrumento de avaliação utilizado foi o *CDC Health Scorecard* (HSC) descrito a seguir.

Este questionário de autoavaliação inclui questões sobre intervenções consideradas mais relevantes e as melhores práticas baseadas em evidências científicas recomendadas para fazer parte de programas de saúde no ambiente de trabalho. O HSC, na versão utilizada neste estudo, consiste em 105 perguntas sim/não, divididas em 16 áreas temáticas relacionadas com as principais condições de saúde observadas em trabalhadores de diferentes faixas etárias (Quadro 2).

O conteúdo de cada uma das dezesseis áreas temáticas foi avaliado por especialistas do CDC, que realizaram uma revisão da literatura buscando evidências relacionadas às intervenções avaliadas. Eles indicaram quais questões deveriam ser incluídas no HSC e atribuíram pesos para a pontuação de cada questão, com base na classificação da força da evidência suportando aquela questão e seu impacto potencial na melhora de saúde³⁹.

O HSC foi validado, tendo sido testada a sua confiabilidade, avaliando a concordância de respostas entre dois representantes de cada empresa, por meio de entrevistas e visitas às empresas. Finalmente, o instrumento foi refinado para distribuição geral, tendo sido observada uma taxa média de concordância de 77%. Os respondentes relataram que o instrumento foi útil, permitindo concluir que o HSC é uma ferramenta válida e confiável para avaliar programas no ambiente de trabalho⁴⁷.

4 MÉTODOS

Quadro 2. Domínios do *CDC Worksite Health Scorecard (HSC)* – versão adaptada para o estudo

Domínios	Número de questões	Pontuação máxima possível
Suporte organizacional	18	33
Controle do tabagismo	10	19
Nutrição	13	21
Atividade física	9	24
Controle de peso	5	12
Gerenciamento de estresse	6	14
Depressão	7	18
Pressão alta	7	17
Colesterol alto	6	15
Diabetes	6	15
Apoio à amamentação	3	8
Saúde e segurança no trabalho	9	18
Doenças preveníveis por vacina	6	18
Recursos Comunitários	3(sem pontuação)	(Não contabilizado)

No sistema de pontuação do HSC, os valores podem variar de 1 a 3 pontos (em que 1=bom, 2=muito bom e 3=ótimo). Estes valores em pontos reflete o potencial impacto que a estratégia tem nos resultados ou comportamentos de saúde desejados e o peso da evidência científica que dá suporte a este impacto. É possível calcular a pontuação total do HSC e os pontos de cada um dos domínios específicos. Para calcular a pontuação total do HSC, soma-se o valor de todos os pontos das questões que obtiveram respostas SIM. Para calcular a pontuação de domínios específicos, soma-se o valor de todos os pontos das questões respondidas SIM (por exemplo, Controle

4 MÉTODOS

do tabagismo). O escore total e o de cada domínio são somados com base nos valores dos pesos atribuídos a cada questão que recebeu a resposta SIM. As respostas NÃO recebem pontuação zero. O escore total pode variar de 0 a 232.

Embora cada domínio possa ser aplicado como um módulo isolado, recomenda-se que os empregadores respondam todo o instrumento, para melhor avaliarem a abrangência do programa no seu ambiente de trabalho. Além disso, com a resposta de todo o questionário, é possível fazer a análise das políticas, programas, benefícios e ambiente (como proposto nesta tese), possibilitando a tomada de medidas de gestão, tendo em vista melhorar os resultados para os indivíduos e para a organização.

Informação a respeito da metodologia de pontuação, evidências e taxas de impacto e pontos atribuídos a cada uma das questões da ferramenta estão disponíveis no Apêndice D do Manual do *CDC Worksite Health Scorecard* (Disponível em: http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/worksite_scorecard.htm).

O HSC pode ser respondido pelo responsável pela gestão em saúde na empresa, assim como por gerentes de recursos humanos; gerentes de benefícios de saúde; funcionários de educação em saúde; coordenadores e comitês de bem-estar; enfermeiros e médicos do trabalho, e diretores médicos. Alternativamente, o questionário pode ser respondido em grupo, envolvendo os responsáveis pelos programas de saúde na organização. Tal estratégia foi adotada em uma dissertação de mestrado profissional, a qual analisa ações e programas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁵³. Nessa linha, Toffoli & Malik⁵⁴ analisam as iniciativas em uma amostra de hospitais brasileiros, utilizando o HSC em relação a aspectos relacionados à cultura de saúde.

O *CDC Worksite Health Scorecard* (HSC) foi formulado na língua inglesa dos Estados Unidos da América para aplicação em empresas de diferentes

4 MÉTODOS

portes, e para melhorar os processos de gestão em saúde. Para utilização desse questionário em outros idiomas, é necessário seguir metodologia adequada para tradução, adaptação cultural e validação, antes de sua aplicação. Deste modo, é necessário realizar uma avaliação rigorosa de sua tradução e adaptação cultural, bem como a avaliação de suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade)⁵⁵.

O processo de tradução e adaptação cultural foi feito no Brasil em duas etapas. A primeira incluiu os domínios (1) suporte organizacional; (2) controle do tabagismo; (3) nutrição; (4) atividade física; (5) controle do peso; (6) gerenciamento do estresse; (7) pressão alta; (8) depressão; (9) colesterol alto; (10) *diabetes mellitus*; (11) sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco, e (12) resposta à emergência em caso de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco. Estes fizeram parte da versão inicial do instrumento. Na segunda etapa, foram incluídos os demais domínios, a saber, (1) apoio à lactação; (2) saúde e segurança no trabalho; (3) doenças preveníveis por vacina, e (4) recursos comunitários. A primeira etapa foi realizada por Soares et al.⁵¹ e a segunda etapa por Guimarães et al.⁷⁵.

Até outubro de 2020, após revisão da literatura com uso das bases de dados *Scielo*, *Lilacs*, *Pubmed* e *Scopus*, o instrumento *CDC Health Scorecard – HSC* era o único traduzido e adaptado para o Brasil com o objetivo de avaliar as iniciativas e programas de saúde no ambiente de trabalho.

O presente estudo foi estruturado da seguinte maneira. Inicialmente, construiu-se uma plataforma eletrônica para permitir que empresas de todo o país pudessem ter acesso ao instrumento HSC versão brasileira, com a participação do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD). A plataforma foi testada em um grupo piloto de 114 empresas do Estado de Santa Catarina, convidadas a participar por meio de comunicações eletrônicas, e sua aplicação foi realizada em plataforma

4 MÉTODOS

eletrônica desenvolvida para este fim. O referido teste foi submetido à Plataforma Brasil a partir do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) em 9 de outubro de 2017, aprovado em 6 de dezembro de 2017 (Parecer 2.418.776), e foi objeto de Dissertação de Mestrado Profissional ⁵⁶.

O procedimento metodológico voltado ao trabalho de campo consistiu de duas fases. Na primeira, elaboraram-se o plano amostral e a coleta de dados; na segunda, foram realizadas as análises e a construção dos modelos explicativos e preditivos.

Empresas nacionais foram convidadas a participar do estudo por meio de estratégias de comunicação e divulgação, como palestras, *e-mails*, vídeos e participação do pesquisador e de outros profissionais envolvidos no projeto em eventos com empresas. Tais iniciativas tiveram âmbito nacional e contaram com a participação de profissionais de saúde do Serviço Social da Indústria (SESI).

O plano amostral foi determinado com o intuito de produzir resultados confiáveis. A amostra foi extraída da base de dados das empresas cadastradas na referida plataforma, que participaram do estudo de janeiro a dezembro de 2018. Assim, é importante esclarecer que não se trata de todas as empresas nacionais, mas do universo de empresas industriais registradas no Brasil e identificadas pelo Cadastro Nacional de Atividades Empresariais (CNAE). (Anexo 2)

As empresas foram convidadas a participar por meio de comunicações eletrônicas (*e-mails*, redes sociais, *newsletters*), respondendo ao questionário disponibilizado em versão eletrônica, de acesso gratuito, desenvolvida especialmente para o ambiente brasileiro (<https://benchmarking.sesisc.org.br/#/home>). A plataforma eletrônica foi

4 MÉTODOS

construída para permitir que os participantes pudessem responder de maneira intermitente, “salvando” as respostas já dadas e assim consultar outros profissionais da empresa e buscar informações que não possuíssem imediatamente. Após encerrar e enviar as respostas, o respondente não tinha mais possibilidade de retornar ao questionário. O respondente obtinha um retorno imediato com os seus escores e a comparação com empresas do mesmo setor, do mesmo porte e localização.

Por fim, o tamanho da amostra para o presente estudo foi determinado para garantir a normalidade da distribuição amostral (ou seja, conforme o tamanho da amostra aumentava, a distribuição amostral se aproximava da distribuição normal). Isso permitiu a aplicação de diversas técnicas de análise multivariada. O tamanho da amostra utilizada no presente projeto foi representado por aproximadamente 100 empresas.

A partir da amostra obtida, realizou-se uma análise exploratória dos dados a fim de estruturar e descrever as principais variáveis. Os dados foram estruturados em duas partes. Na primeira parte, encontram-se as três variáveis que caracterizam a empresa respondente. Essas variáveis são:

- a) Porte (número de empregados);
- b) Localização;
- c) Oferta de plano de saúde suplementar como benefício para os trabalhadores.

A estruturação desses dados tem por finalidade verificar se existem valores faltantes (*missing values*) a completar ou valores considerados *outliers*, ou seja, aqueles muito discrepantes em relação à sua ordem de grandeza. Por exemplo, caso um dos questionários receba a informação que a variável “número de empregados” é de 1.000.000, é evidente que essa informação está equivocada, pois, no contexto brasileiro, não existe empresa nacional com mais de 1 milhão de empregados. Assim, esse valor deve ser corrigido ou

4 MÉTODOS

desconsiderado para posterior análise.

A segunda parte da estrutura dos dados foi representada pelos escores do questionário do instrumento HSC, por meio das respostas a cada uma das 105 perguntas distribuídas pelas 14 seções-temas ou domínios: (1) suporte organizacional; (2) controle do tabagismo; (3) nutrição; (4) atividade física; (5) controle de peso; (6) gerenciamento de estresse; (7) depressão; (8) pressão alta; (9) colesterol alto; (10) diabetes; (11) apoio à amamentação; (12) saúde e segurança no trabalho; (13) doenças preveníveis por vacinação, e (14) recursos comunitários.

O questionário tem atrelada uma categoria denominada de “tipo de intervenção” a cada pergunta. Essa categoria é definida em 4 itens: (1) Políticas; (2) Programas; (3) Ambiente de suporte, e (4) Benefícios.

Do total de 105 questões utilizadas neste estudo (com exceção da seção-tema “recursos comunitários”, para a qual não há escore), o tipo de intervenção “Programas” possui 69 perguntas, correspondendo a 68,1% do escore total possível, enquanto “Benefícios” possui 9 perguntas, detendo apenas 9,5% do possível, conforme as Figuras 2 e 3. O item “Políticas” detém o segundo maior número de questões (14), correspondendo a 11,6% do escore total possível.

Figura 2- Quantidade de questões por tipo de intervenção no CDC Health Scorecard

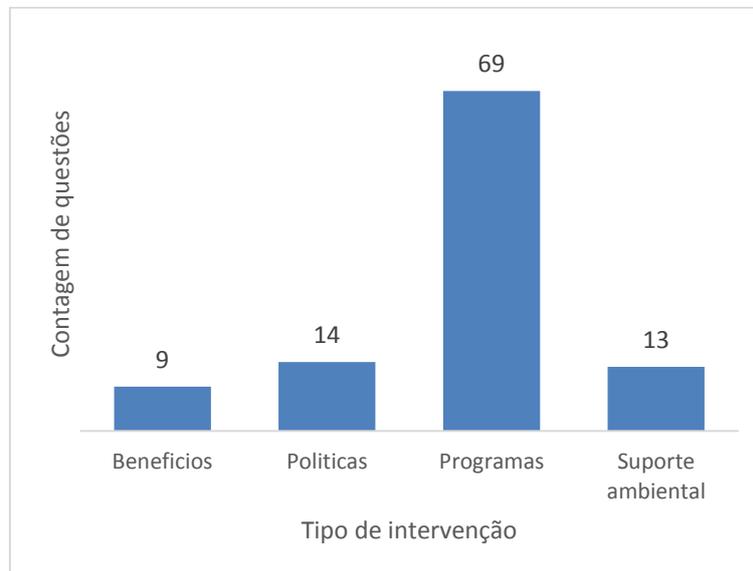
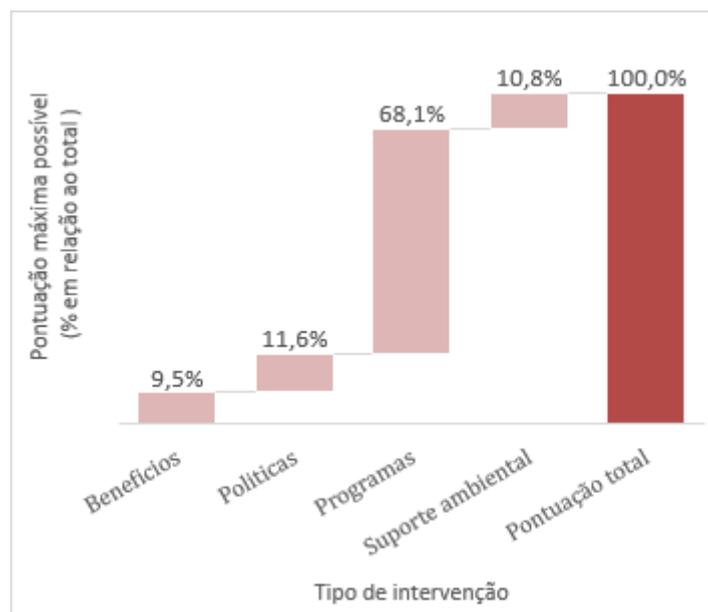


Figura 3 – Percentual correspondente à pontuação máxima possível, por tipo de intervenção no CDC Health Scorecard



Finalizado o preenchimento do questionário, a empresa participante obteve seu escore geral e os parciais, tanto por seções-temas como por tipo de intervenção. As questões constantes de cada seção-tema poderão ser consultadas no Anexo 1.

Foi possível, com a avaliação das diferentes seções-temas/domínios e dos tipos de intervenção, analisar os dados para compreender como os *scores* obtidos podem oferecer inferência sobre as características das empresas participantes.

A segunda fase do estudo foi dedicada a uma análise exploratória, utilizando estatística descritiva (gráficos de barras, gráficos de dispersão, média e separatrizes – quartis), correlação de Pearson (para verificar relação linear entre escores) e análise de agrupamentos. Para agrupar as indústrias brasileiras, realizou-se uma análise de *clusters*, com algoritmo de propagação por afinidade, com vantagens sobre as técnicas tradicionais de agrupamento. Diferente do k-médias, a propagação de afinidade seleciona exemplares - neste estudo, empresas - entre as amostras de dados, formando agrupamentos entre elas. Uma das vantagens é que o número de *clusters* não precisa ser definido *a priori* com outras técnicas de análise de agrupamentos (isto é, k-médias, k-medóides, e CLARA). As variáveis foram padronizadas. Em seguida, foi computada uma matriz de similaridade e executado o algoritmo de propagação de afinidade. A análise dos dados foi realizada com o software R^{®57}.

De acordo com o CDC, as questões do instrumento *CDC Health Scorecard* podem ser agrupadas em: (1) políticas; (2) programas; (3) benefícios, e (4) mudança ambiental⁴⁸. Neste estudo, consideraram-se as políticas como expressão da cultura de saúde e analisaram-se correlações entre elas e as demais dimensões.

4 MÉTODOS

O autor da Tese participou de todas as etapas apresentadas, a saber: (1) contato inicial com CDC, Emory University e Johns Hopkins University; (2) tradução e aculturação das 2 etapas do CDC; (3) construção da plataforma eletrônica, e (4) aplicação do instrumento em empresas nacionais.

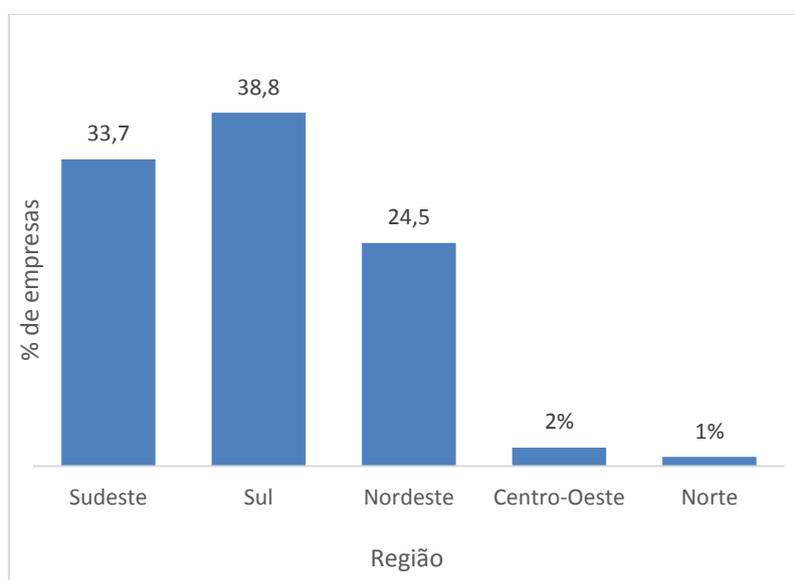
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob número 351/18 (Anexo 3).

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

A amostra final analisada consistiu em 98 empresas industriais brasileiras, sendo a maior parte sediada nas regiões Sul (38 – 38,8%) e Sudeste (33 – 33,7%), e menor proporção para as regiões Nordeste (24 – 24,5%), Centro-Oeste (2 – 2%) e Norte (1 – 1%), conforme a Figura 4.

Figura 4 – Percentual e número de empresas industriais por Região do país na amostra estudada

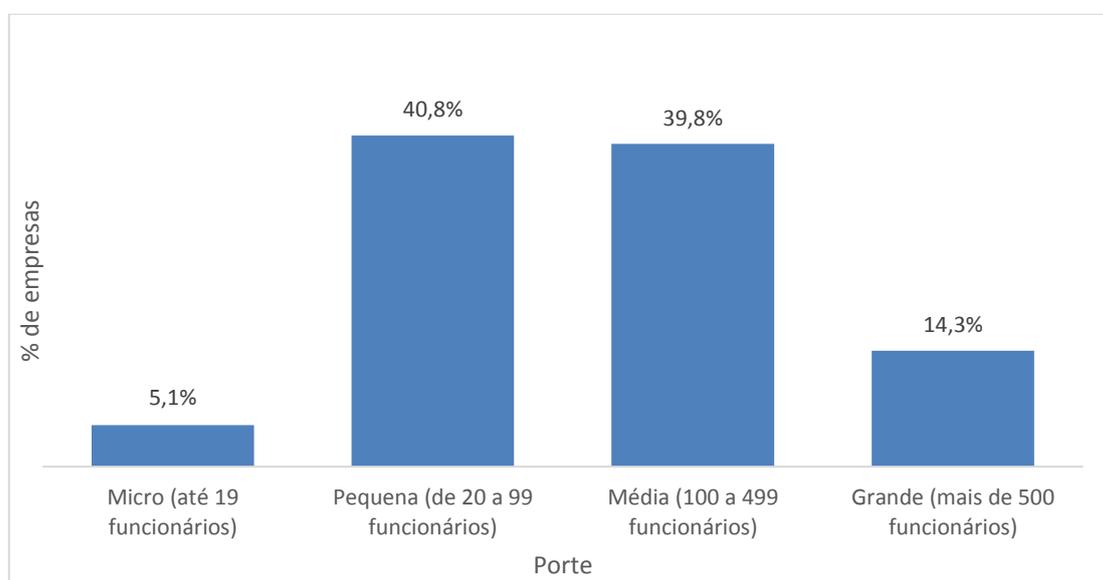


Com relação ao porte, observou-se a seguinte distribuição (Figura 5):

5 RESULTADOS

- Menos de 20 empregados – 5 (5,1%)
- 20 a 99 empregados – 40 (40,8%)
- 100- 499 empregados – 39 (39,8%)
- 500 ou mais empregados – 14 (14,3%)

Figura 5 – Percentual e número de empresas industriais por porte na amostra estudada



Com relação à oferta de plano de saúde privado aos trabalhadores, seis em cada dez empresas (67,3%) ofereciam o benefício na amostra estudada.

O suporte organizacional, com 18 questões, foi um elemento muito importante na avaliação das empresas, pois ele é a base para a concretização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na amostra estudada, de um escore máximo possível de 33, a média foi de 12,64 (SD \pm 7,52) e a mediana foi de 12, ou seja, a pontuação média atingiu apenas 38,3% do máximo possível (Figura 6). Em contrapartida, em domínios onde há obriga-

5 RESULTADOS

ção legal, como as ações em saúde e segurança no trabalho, atingiu-se uma pontuação média, esperada mais alta, de 16,94 (SD±3,63), para uma pontuação máxima de 18,0. Deste modo, a pontuação média atingiu 94,1% do máximo possível (Figura 6).

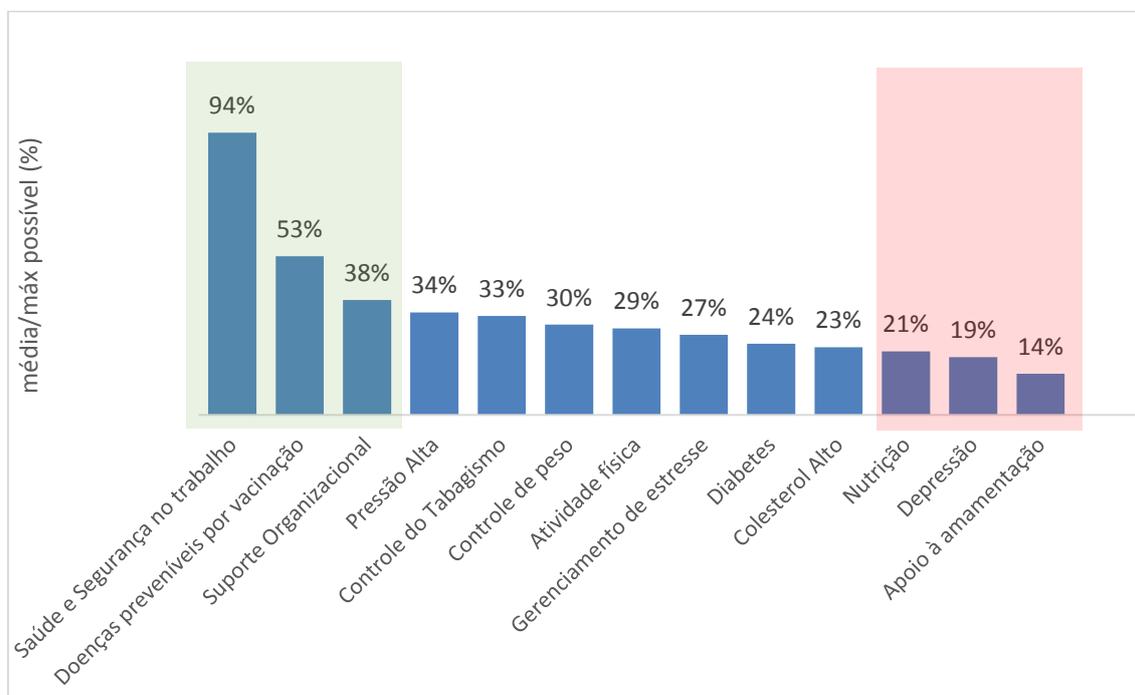
Pontuação elevada também foi constatada em relação a programas de vacinação, que têm se tornado populares em ambiente industrial. Atingiram uma pontuação média de 9,52 (SD±5,86) e mediana de 12,0, para um escore máximo de 18. A pontuação média atingiu 52,9% do máximo possível (Figura 6).

Para as questões relacionadas a fatores comportamentais relacionados a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), (nutrição, gerenciamento do stress, atividade física, controle do peso e tabagismo) constatou-se que as empresas industriais participantes da pesquisa atingiram apenas entre 21,2% e 33,0% do máximo de pontos possíveis (Figura 6).

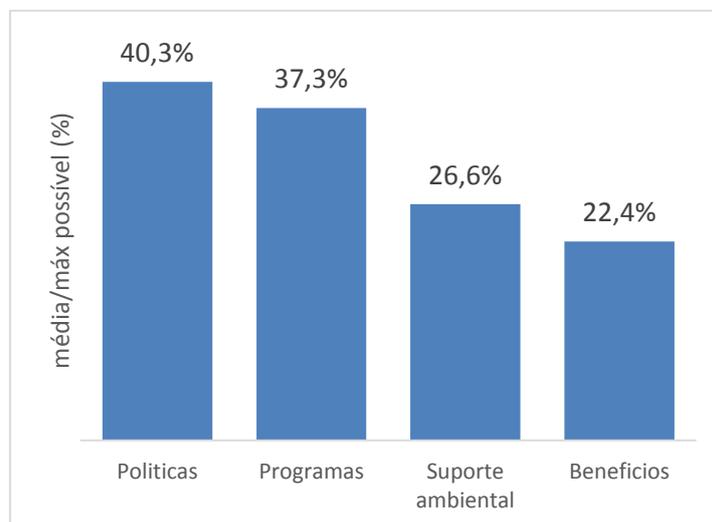
As doenças cardiometabólicas são as principais causas de morte em adultos no Brasil. A gestão dos fatores de risco é fundamental para seu controle e prevenção de complicações. No entanto, a avaliação dos escores atingidos pela amostra de empresas constatou que, em relação à hipertensão arterial, o escore médio (5,82) atingiu 34,2% do máximo possível (17). Com relação ao controle do *diabetes mellitus* e da glicemia elevada, o escore médio (3,56) atingiu 23,7% do máximo possível (15).

Finalmente, o controle dos níveis de colesterol sérico apresentou um escore máximo de 15 e as indústrias atingiram apenas 22,6% desse índice (média de 3,39) (Figura 6).

Figura 6- Percentual de atingimento médio (quociente entre média observada e escore máximo possível), por domínio



Como se observa na Figura 7, “Políticas” foi o tipo de intervenção que apresentou maior percentual de atingimento médio (40,3%) em relação à pontuação total (27), seguido por “Programas” (37,3%) e “Suporte ambiental” (26,6%). “Benefícios” (22,4%) apresentou o menor percentual de atingimento.

Figura 7 - Percentual de atingimento médio por tipo de intervenção

Analisando-se a relação entre os tipos de intervenção, por meio da matriz de correlação de Pearson (Tabela 3), percebeu-se que as pontuações das políticas foram associadas positivamente aos demais tipos de intervenção, sendo “Programas” e “Suporte ambiental” os de maiores intensidades (0,55 e 0,46, respectivamente), ainda que moderadas. Para “Benefícios”, observou-se correlação fraca (0,29).

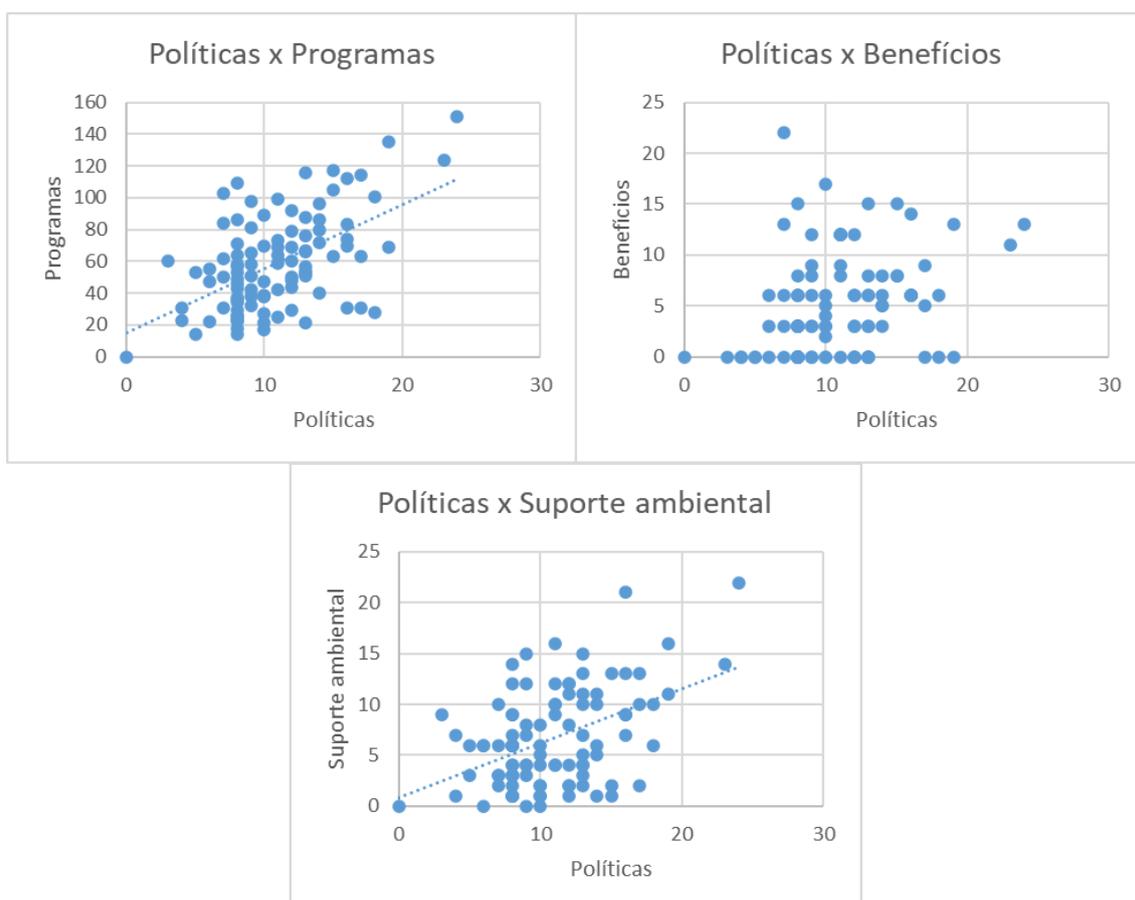
Com base nos gráficos de dispersão abaixo (Figura 8), para altos escores em políticas observaram-se altos valores em “Programas” e “Suporte ambiental”, ao passo que em relação a “Benefícios” essa relação foi inexistente. Com base nessas informações, inferiu-se que “Políticas” possuiu alguma associação (moderada) com “Programas” e com “Suporte ambiental”, mas não com “Benefícios”. Vale ressaltar ainda que “Programas” possuiu correlações moderadas com os três demais tipos de intervenção e “Benefícios” possuiu correlação moderada apenas em relação a “Programas” (Tabela 3).

5 RESULTADOS

Tabela 2 - Matriz de correlação entre os escores do HSC em relação às políticas, benefícios, programas e suporte ambiente na amostra de empresas industriais (N=98)

	Benefícios	Programas	Políticas	Suporte ambiental
Benefícios	1	0,60	0,29	0,25
Programas		1	0,55	0,51
Políticas			1	0,46
Suporte ambiental				1

Figura 8 - Dispersão do tipo de intervenção "Políticas" com os demais ("Benefícios", "Programas" e "Suporte ambiental")



5 RESULTADOS

Quando comparada aos domínios, a pontuação de “Políticas” foi positivamente associada a todas as dimensões (Tabela 3). Observou-se que as maiores correlações foram moderadas, particularmente em relação a suporte organizacional, atividade física (0,54) e nutrição (0,52), enquanto as mais fracas correlações foram com doenças preveníveis por vacinação (0,25), apoio à amamentação (0,27) e *diabetes mellitus* (0,28).

Tabela 3 - Correlações entre o tipo de intervenção "Políticas" e os domínios em estudo

Domínios	Correlação com "Políticas"
Suporte Organizacional	0,54
Atividade física	0,54
Nutrição	0,52
Gerenciamento de estresse	0,48
Controle do Tabagismo	0,44
Colesterol Alto	0,43
Controle de peso	0,40
Saúde e Segurança no trabalho	0,34
Depressão	0,32
Pressão Alta	0,30
Diabetes	0,28
Apoio à amamentação	0,27
Doenças preveníveis por vacinação	0,25

Utilizaram-se, a seguir, os quartis dos escores como separadores intervalares para caracterizar os percentuais de atingimento dos escores em relação à pontuação máxima possível (Tabela 4). Por meio desta técnica, foi possível observar que, para baixas taxas de atingimento em “Políticas”, observaram-se também baixas taxas de atingimento em “Programas” (Figura 9) e “Suporte ambiental” (Figura 10), em sua maioria. No comparativo com

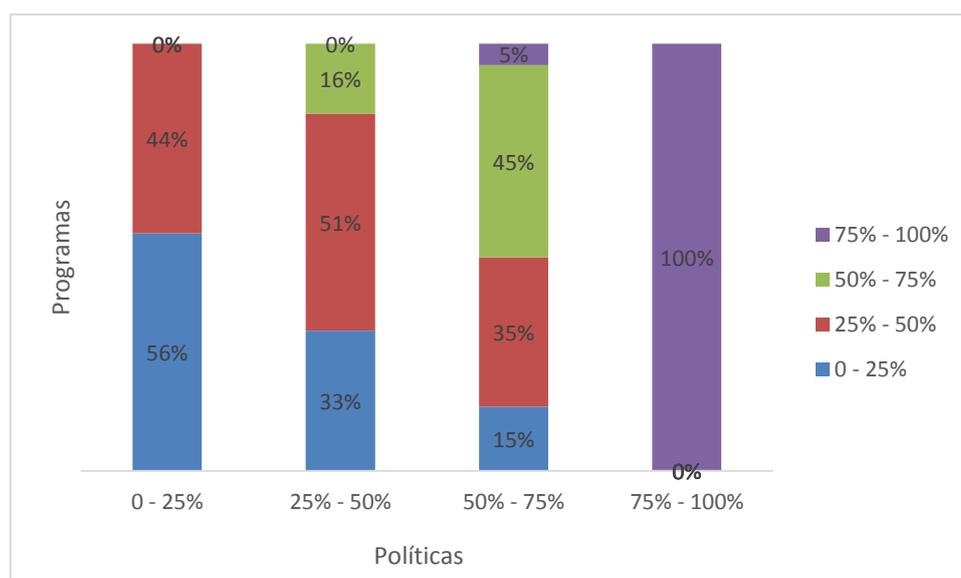
5 RESULTADOS

“Benefícios” (Figura 11), entretanto, notou-se a predominância de baixas taxas de atingimento em cada uma das faixas de políticas.

Tabela 4 - Separatrizes utilizadas para categorização dos percentuais de atingimento dos quatro tipos de intervenção do estudo

Quartil	Atingimento	Classificação
Menor ou igual a Q1	Menor ou igual a 25%	Muito baixo
Entre Q1 e Q2, inclusive	Maior que 25% e menor ou igual a 50%	Baixo
Entre Q2 e Q3, inclusive	Maior que 50% e menor ou igual a 75%	Alto
Entre Q3 e Q4, inclusive	Maior que 75% e menor ou igual a 100%	Muito alto

Figura 9 - Percentual de atingimento por faixas, segundo “Políticas” e “Programas”



5 RESULTADOS

Figura 10 - Percentual de atingimento por faixas, segundo “Políticas” e “Suporte ambiental”

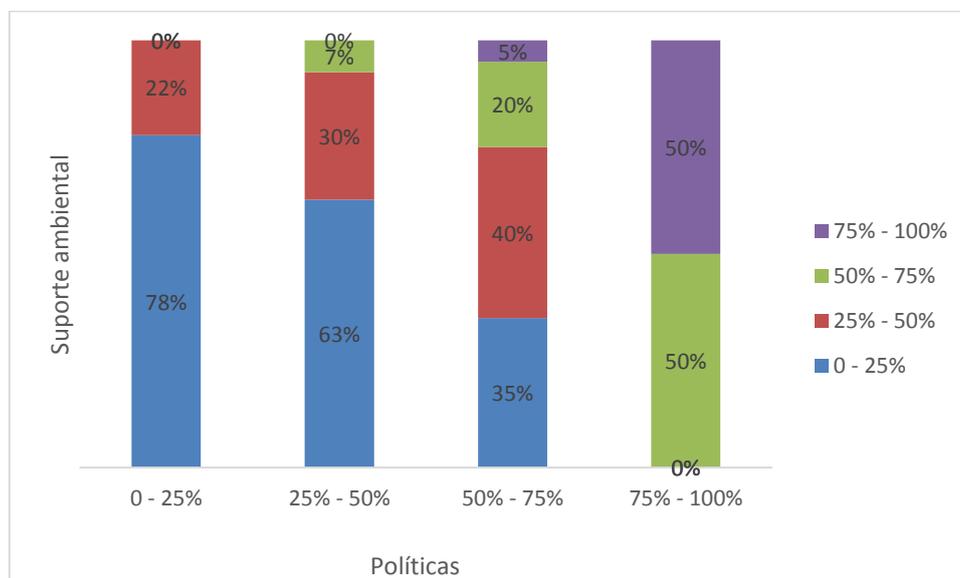
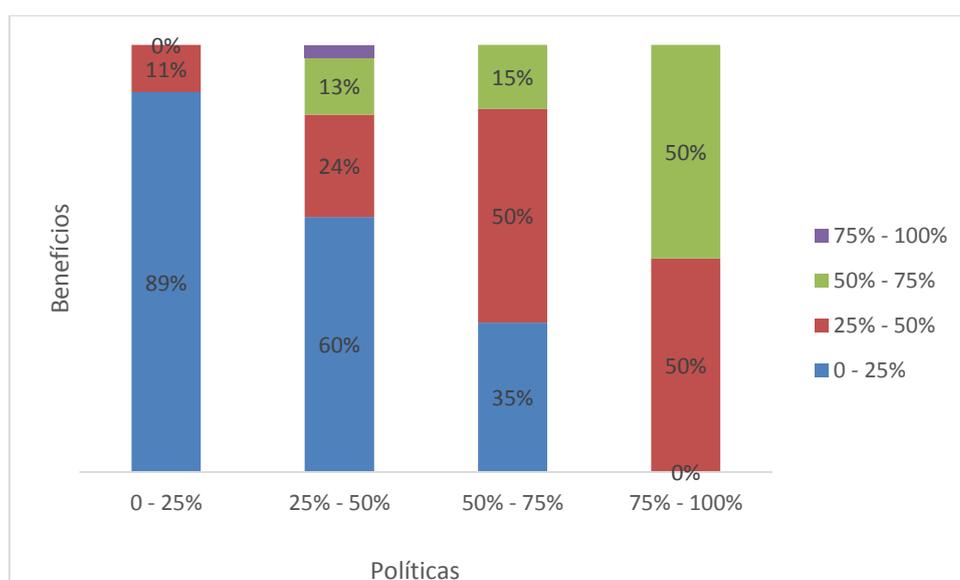


Figura 11 - Percentual de atingimento por faixas, segundo “Políticas” e “Benefícios”



5 RESULTADOS

Aplicando-se o algoritmo de propagação por afinidade (AP) aos escores dos quatro tipos de intervenção, estabeleceram-se alguns parâmetros de aplicação: a regra de parada, ou seja, quando o algoritmo deve encerrar suas iterações, e o *input preference*, valor entre 0 e 1, segundo o qual zero implica no menor número de exemplares (grupos) identificados pelo modelo e 1 implica no maior número de exemplares. Neste estudo, o algoritmo foi configurado para encerrar seu processo quando os exemplares definidos permanecessem inalterados por 15 iterações seguidas. Quanto ao *input preference*, definiu-se o seu valor igual a zero para que a AP encontrasse o menor número de agrupamentos.

Com o auxílio do pacote de *software* “R®”, *apcluster*, o primeiro passo foi identificar a quantidade de exemplares no conjunto de dados, os quais pudessem ser entendidos como os indivíduos que mais bem representassem seu respectivo grupo. Como cada grupo continha um exemplar, estabelecer essa quantidade significava também estabelecer o número de grupos. Assim, com o emprego do algoritmo, foram encontrados três grupos.

Com os *clusters* definidos, criaram-se gráficos de dispersão com base nos quatro tipos de intervenções, de modo que cada grupo fosse identificado por sua cor correspondente: Grupo 1, vermelho; Grupo 2, verde, e Grupo 3, azul (Figura 12).

Cada indivíduo da base de dados foi representado por um ponto e ligado ao seu exemplar (ponto contornado por um quadrado) por meio de uma reta. Na diagonal principal, estavam localizados os nomes das intervenções, o que possibilitou entender quais variáveis estavam sendo analisadas.

Analisando-se o gráfico de dispersão entre “Políticas” e “Programas” (o quadrante situado na linha 1 e na coluna 2), percebeu-se que o Grupo 1 (vermelho) apresentou baixos escores para “Programas” e valores baixos a medianos para “Políticas”; o Grupo 3 (azul) apresentou valores medianos para

5 RESULTADOS

ambas as intervenções, e o Grupo 2 (verde) apresentou altos escores para “Programas” e valores medianos a altos para “Políticas”. Foi possível perceber esse comportamento, também, nas relações “Programas” *versus* “Suporte ambiental” e “Programas” *versus* “Benefícios”. Entretanto, para os demais relacionamentos (entre “Políticas”, “Suporte ambiental” e “Benefícios”) os grupos se mesclaram, dando indícios de baixa importância dessas três últimas variáveis na definição dos *clusters*. Isto fez sentido, uma vez que o escore de programas foi composto pela soma de 69 das 115 questões do instrumento (maioria das questões).

Embora fosse clara a presença de baixas pontuações em “Programas” no Grupo 1 (vermelho), medianas no Grupo 3 (azul) e altas no Grupo 2 (verde), nos demais tipos de intervenção foi realizada uma análise adicional. Por conta disso, calcularam-se os percentuais de atingimento médio em relação à pontuação máxima possível, apresentados na Figura 13, onde foi notado que o Grupo 1 (vermelho) obteve os menores percentuais de atingimento em “Políticas”, “Benefícios” e “Suporte ambiental” (34%, 9,2% e 16,7%, respectivamente), o Grupo 3 (azul) obteve os percentuais medianos (41,2%, 26,3% e 29,8% respectivamente) e o Grupo 2 (verde) obteve os maiores valores (50,2%, 39,9% e 39,5% respectivamente). Com base nisto, obtiveram-se três grupos, ao ser utilizado o algoritmo de propagação por afinidade:

- Indústrias de maior impacto na promoção da saúde (Grupo 2 – verde);
- Indústrias de impacto mediano na promoção da saúde (Grupo 3 – azul);
- Indústrias com estratégias para promoção da saúde em desenvolvimento (Grupo 1 – vermelho).

Figura 12 - Gráficos de dispersão entre os tipos de intervenções, segundo agrupamentos (denotados por cores)

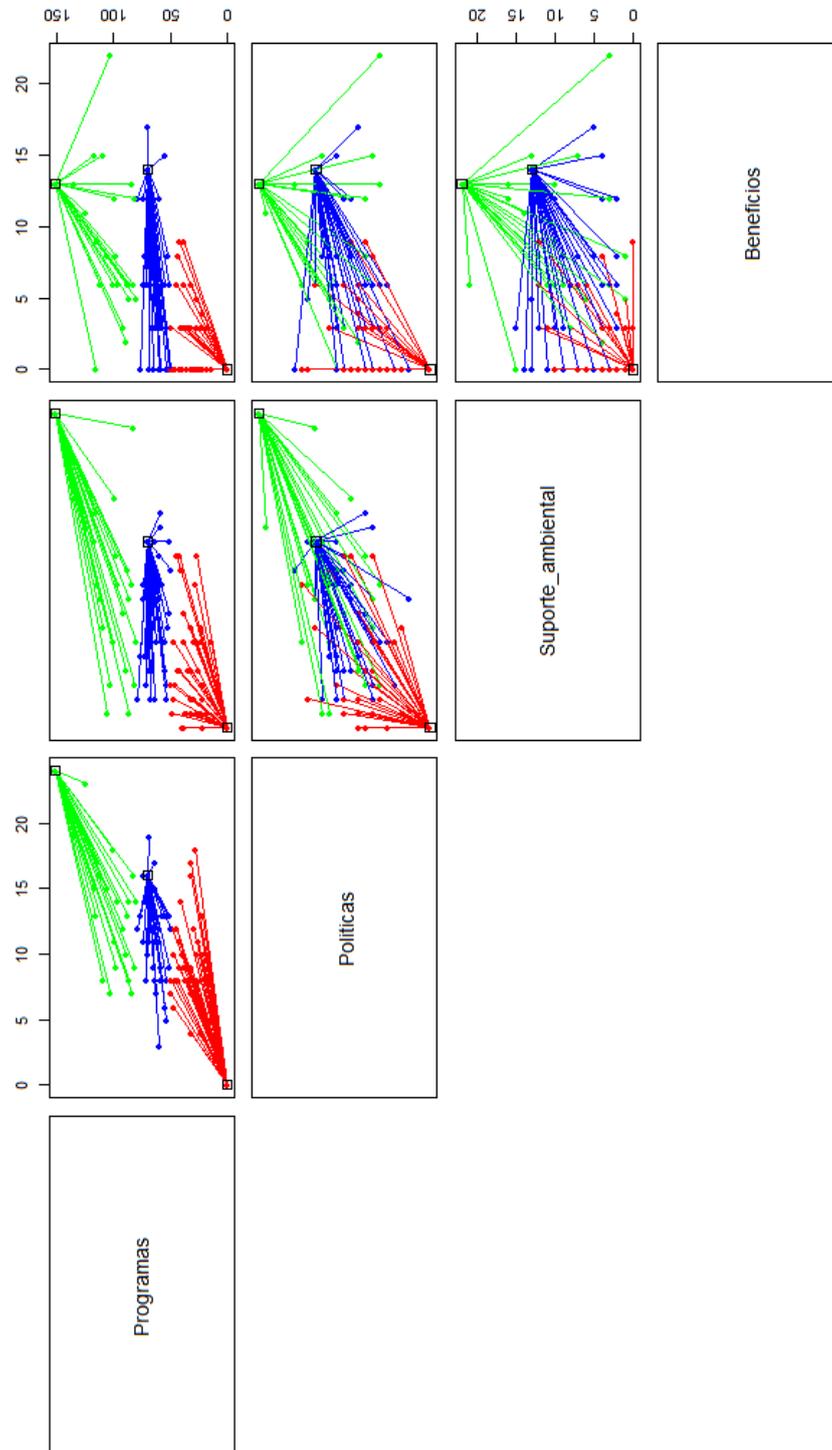
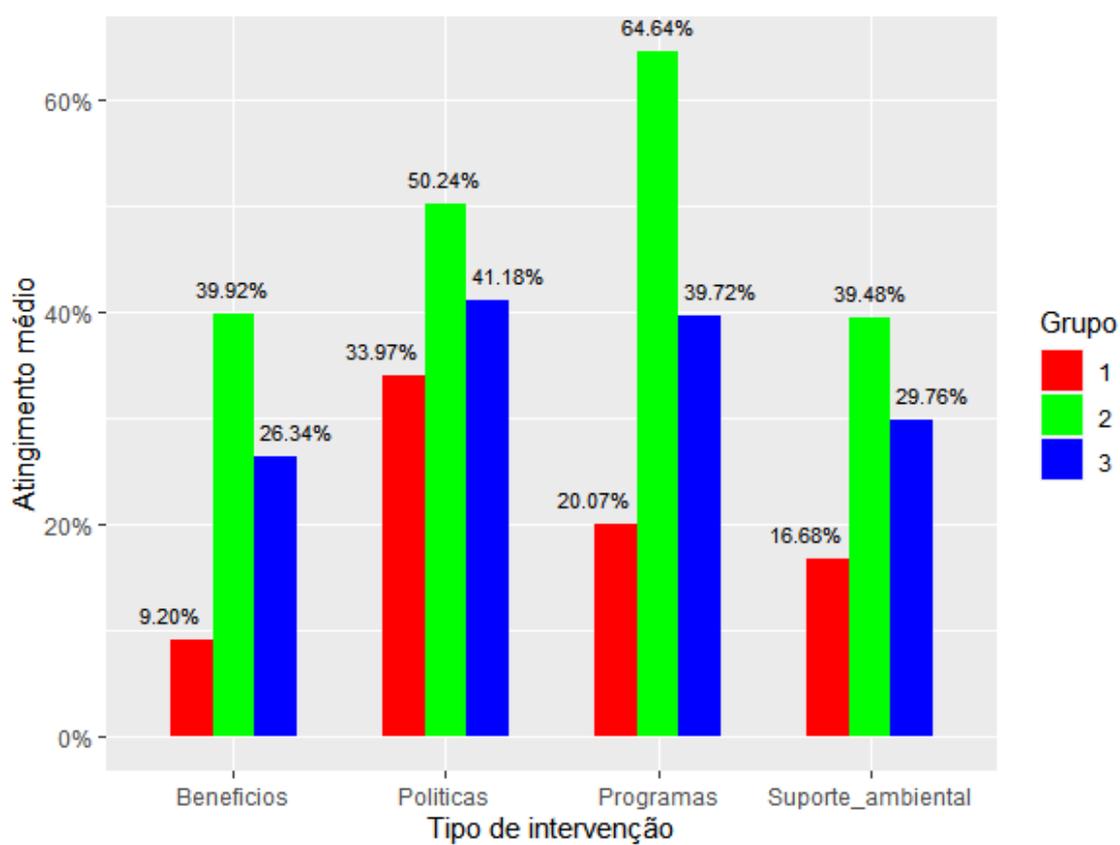


Figura 13 – Atingimento médio percentual por tipo de intervenção, segundo agrupamento identificado



6 Discussão

O objetivo do presente estudo foi examinar a associação entre a cultura de saúde e a adoção de programas e iniciativas baseadas em evidências, utilizando a versão brasileira do instrumento *CDC Health Scorecard*, em uma amostra de organizações industriais brasileiras. As questões deste instrumento foram agrupadas em quatro domínios (“Políticas”, “Programas”, “Benefícios” e “Mudanças ambientais”) pelo CDC⁴⁶.

Neste estudo, foram analisadas as correlações entre as políticas, como expressão da cultura de saúde, e os demais domínios.

Conforme descrito em Métodos, as organizações participantes foram recrutadas por meio de estratégias de comunicação (e-mails, palestras, redes sociais etc.) e a amostra obtida não representou a distribuição brasileira de organizações industriais, no que se refere à distribuição geográfica ou por porte (número de empregados).

Por meio da análise descritiva, constatou-se que os maiores escores médios foram atingidos para domínios relacionados a obrigações legais, como saúde e segurança no trabalho. Na média, os programas analisados atingiram 94% da pontuação máxima nesses domínios. Por exemplo, a inclusão dos profissionais de saúde ocupacional (técnico de segurança, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico do trabalho) exigida pelas normas legais; a implantação de programas obrigatórios como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) ou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), e a documentação dos acidentes no trabalho pela Comunicação de Acidente no Trabalho (CAT) são processos amplamente adotados, pois são obrigatórios em nosso país. Tal situação não ocorre, da mesma maneira, em vários países onde a adoção de alguns desses processos

é voluntária⁴.

No entanto, nos domínios relacionados a fatores de risco e proteção contra doenças crônicas, como a promoção da atividade física, da alimentação saudável, do controle do tabagismo, os escores médios foram bem mais baixos em relação ao total (21,2% a 33,0%). Da mesma maneira, ações para o controle da hipertensão arterial, glicose ou colesterol elevados no sangue também tiveram escores relativamente baixos (22,6 a 34,2%) (Figuras 5 e 6). Estudo realizado em 2016⁵⁸, utilizando o instrumento HSC nas unidades da *Johns Hopkins Medicine*, constatou escores bem mais altos para aqueles tópicos em relação ao presente estudo, a saber, promoção da atividade física (61,8%), do controle do tabagismo (84,6%), da hipertensão arterial (60,3%), do diabetes (64,4%) e do colesterol elevado (66,7%).

Estudos populacionais brasileiros demonstram a importância da abordagem dos fatores de risco e proteção para as doenças crônicas, particularmente no que se refere às doenças cardiovasculares, às doenças cerebrovasculares, ao câncer e ao diabetes⁵⁹⁻⁶¹. A última versão do estudo de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico⁵⁹⁻⁶¹ mostrou que, no período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4%, e a hipertensão arterial, subiu de 22,6% para 24,5%. O maior aumento, porém, está relacionado à obesidade, que passou de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 (variação positiva de 72%). Isso significa que dois em cada 10 brasileiros estão obesos. Considerando o excesso de peso, metade dos brasileiros está nesta situação (55,4%)⁶¹.

Estudo com amostra de 135.219 trabalhadores nos EUA, publicado em 2020⁶², atualizou os principais fatores de risco modificáveis para condições crônicas e seu impacto nos custos assistenciais. Constatou-se que as despesas com planos de saúde são significativamente maiores em empregados com maiores risco para diabete, obesidade, estresse e depressão. Deste modo, considerando-se a relevância da abordagem dos fa-

6 DISCUSSÃO

tores de risco para DCNT e o seu impacto na morbimortalidade dos trabalhadores, na produtividade e nos custos assistenciais, é importante que as empresas brasileiras priorizem ações neste campo.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que o tema precisa ser abordado de maneira mais abrangente, com investimentos adequados e ações baseadas em evidências científicas.

Nessa mesma linha de raciocínio, o suporte organizacional é considerado elemento importante na avaliação das empresas, pois é a base para concretização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Aspectos como a formação de comitês, contratação de recursos humanos e aquisição de materiais, demonstração de apoio aos programas e inserção da saúde no planejamento estratégico são contemplados por meio do apoio da liderança. O modelo de ambiente de trabalho saudável proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca o engajamento da liderança como elemento fundamental para o sucesso das iniciativas⁶³.

Na amostra estudada, a pontuação média atingiu apenas 38,3% do máximo possível (Figura 6), demonstrando uma lacuna importante na abordagem da construção dos programas de saúde no ambiente de trabalho.

O agrupamento em quatro modalidades (“Políticas”, “Programas”, “Suporte ambiental” e “Benefícios”), conforme proposto pelo CDC, permitiu constatar que as “Políticas” atingiram 40,3% do máximo escore possível, seguidas por “Programas” (37,3%), “Suporte ambiental” (26,6%) e “Benefícios” (22,4%) (Figura 7). Constatou-se moderada correlação entre “Políticas”, “Programas” e “Suporte ambiental” (Tabela 3, Figura 8). Em relação aos domínios, as “Políticas” mostraram associação positiva com todas as dimensões, sendo as maiores associações (moderadas) observadas em relação a suporte organizacional, atividade física e nutrição (Tabela 4).

Com o objetivo de refinar a análise da associação, os escores foram subdivididos em quartis separadores intervalares para caracterizar os percentuais de atingimento dos *scores* em relação à pontuação máxima possível. Com esta técnica, verificou-se que, para baixas taxas de atingimento de “Políticas”, foram observadas também baixas taxas de atingimento em “Programas” e “Suporte ambiental”, em sua maioria. (Tabela 5, Figuras 9 e 10).

Os programas com escores no maior quartil (75% a 100%), em “Políticas”, também estavam no maior quartil (75% a 100%) dos escores em “Programas”. Por outro lado, os programas que estavam no menor quartil (0-25%) em “Políticas”, não conseguiram atingir 50% do máximo de escores em “Programas”. Os programas que estavam no último quartil de escores de “Políticas” (75% a 100%) conseguiram ficar no último quartil em “Suporte ambiental”, em 50% das vezes. Deste modo, confirmou-se a premissa de que a constituição de uma cultura de saúde por meio de políticas internas propicia a adoção de programas de promoção de saúde e a mudança do ambiente interno para estimular comportamentos saudáveis.

Aplicando-se o algoritmo de propagação por afinidade (AP) aos escores dos quatro tipos de intervenção (“Políticas”, “Programas”, “Benefícios” e “Mudanças ambientais”), foram definidos *clusters*, considerando-se que cada grupo continha um exemplar (ou caso), tendo sido encontrados três grupos. A partir este ponto, foram criados gráficos de dispersão (Figura 12). Posteriormente, calcularam-se os percentuais de atingimento médio em relação à pontuação máxima possível (Figura 13), identificando-se as empresas com menor impacto (Grupo vermelho), com impacto mediano (Grupo azul) e com maior impacto (Grupo verde). Foi possível identificar padrões de comportamento das empresas em relação aos programas de saúde, possibilitando estudos posteriores sobre viabilidade de expandir a adoção de práticas baseadas em evidências.

Portanto, o passo inicial para promover ações que visem a melhorar o

estado de saúde dos trabalhadores parece ser a elaboração de políticas baseadas no apoio à liderança e no suporte organizacional com planejamento adequado. A oferta de ações isoladas, por prestadores de serviços (inclusive por planos de saúde, consultorias ou corretoras), sem a integração com programas planejados e orientados para as necessidades dos trabalhadores, não atingem, em geral, os objetivos desejados e sofrem baixo engajamento e participação dos empregados.

Os resultados do presente estudo reforçaram a importância das políticas relacionadas à gestão em saúde, que norteiam a adoção de programas, benefícios e a mudança dos ambientes laborais.

A maioria dos adultos passa a maior parte do seu tempo no ambiente de trabalho. Deste modo, esse espaço é importante para contribuir para melhorar o estado de saúde dos trabalhadores, por meio do controle de fatores de risco, promoção de fatores de proteção contra DCNT e para promover a melhora do estado de bem-estar^{17,63}. Atualmente, é relativamente comum que as organizações ofereçam ações ou programas de saúde para os seus empregados. Estas se caracterizam, em geral, pela oferta fragmentada, com ações isoladas, sem planejamento ou acompanhamento adequados e, não raro, os resultados obtidos ficam aquém do projetado.

Esta tese reforça a necessidade da correta seleção das atividades e programas, inclusive com base no perfil epidemiológico dos trabalhadores.

Neste contexto, três estudos controlados randomizados foram realizados para avaliar os desfechos associados às ações em saúde e qualidade de vida, no ambiente de trabalho. O primeiro²⁴ envolveu uma rede de varejo em que o grupo controle (28.937 funcionários) não recebeu qualquer abordagem e o grupo de estudo (4.037 empregados) participou de 8 módulos (nutrição, atividade física, gerenciamento do *stress* e tópicos relacionados). Apesar de taxas estatisticamente significativas de comportamentos saudáveis

6 DISCUSSÃO

autorrelatados no grupo estudado em relação ao grupo controle, não se constataram diferenças significativas nas medidas clínicas de saúde, de utilização do plano de saúde ou de produtividade. O segundo estudo²⁵ envolveu 4.834 trabalhadores da Universidade de Illinois (3.300 no grupo estudado e 1.534 no grupo controle) ao longo de dois anos, com atividades de rastreamento de fatores de risco, avaliação *on-line* de saúde e um conjunto de atividades de bem-estar. Os autores não observaram efeitos significativos nos desfechos em saúde física, taxas de diagnósticos de condições de saúde ou uso de serviços médicos.

Estudo realizado na China⁶⁴ sobre gestão da hipertensão arterial no ambiente de trabalho envolveu 40 trabalhadores no grupo de intervenção e 20 no grupo controle. Após uma abordagem multicomponente, os autores constataram melhor controle da pressão arterial e maior adoção de estilo de vida saudável no grupo de intervenção. Esses estudos foram discutidos em Editorial da revista *American Journal of Health Promotion*, sendo apresentadas as questões relacionadas à validade externa dos mesmos, ressaltando-se que os dois primeiros estudos contemplaram intervenções limitadas, particularmente focadas em avaliação e ações educativas, em um período relativamente curto⁶⁵. Tais achados podem trazer certo descrédito às ações e programas no ambiente de trabalho, particularmente se elas forem oferecidas sem maior integração e não forem embasadas em uma cultura de saúde que esteja inserida no planejamento e estratégia da organização e tenha a participação ativa da liderança.

Programas de saúde bem implantados no ambiente de trabalho podem superar a redução dos riscos de doenças e trazer impactos positivos na produtividade, no engajamento e no bem-estar dos trabalhadores⁶⁶. Estas iniciativas podem aumentar o capital social da organização, referentes aos recursos atuais e potenciais no relacionamento entre as pessoas, e podendo contribuir para melhorar os desfechos motivacionais (como engajamento, bem-estar psicológico e desempenho no trabalho), assim como reduzir riscos para

6 DISCUSSÃO

condições como depressão ou afastamentos por doença⁶⁶. De acordo com Kwon & Marzec⁶⁷, o capital social tem um papel significativo na dinâmica da cultura do ambiente de trabalho, dando suporte ao bem-estar dos trabalhadores. Além disso, as estratégias com este foco, encorajando a adoção de comportamentos saudáveis, têm mais chance de ser efetivas.

Esta pesquisa demonstrou que o instrumento HSC pode ser utilizado como base para a busca do suporte organizacional, contribuindo para a promoção do capital social da organização.

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde propôs um modelo de ambiente de trabalho saudável, com quatro pilares⁶⁴:

- (a) um ambiente físico saudável e seguro;
- (b) um ambiente psicossocial que inclui a organização do trabalho e a cultura de saúde;
- (c) os recursos pessoais de saúde e os incentivos para um estilo de vida saudável;
- (d) participação na comunidade para promover a saúde dos empregados, seus familiares e dos membros da comunidade.

Com este modelo, a OMS propõe uma abordagem ampla, que não se restrinja a iniciativas isoladas, mas que envolva a participação do trabalhador, a organização do trabalho, o autocuidado apoiado e a integração com a comunidade, ou seja, a construção de uma cultura de saúde para o atingimento dos objetivos desejados, para o trabalhador e para a empresa.

Finalmente, estudo qualitativo realizado na Austrália⁶⁸, com entrevistas em profundidade aplicadas a representantes de empresas pequenas, médias e grandes, constatou que a cultura de saúde relacionada às atitudes, práticas e normas sociais relativas à saúde na organização foi a influência primária na adoção de iniciativas de promoção da saúde (incluindo programas e políticas) Jia et al.⁶⁹ consideram que, apesar de a cultura de saúde ser um constructo do

6 DISCUSSÃO

ambiente de trabalho, as diferenças individuais, em termos de cognição e posição na empresa, exigem avaliação também em nível individual, considerando-se os aspectos culturais, emocionais e sociais de cada trabalhador. Estes autores constatam que, na China, em geral, a cultura de saúde está positivamente relacionada a todos os desfechos relativos à saúde. Tais desfechos ocorrem pela adoção de processos adequados, por meio de políticas no ambiente de trabalho.

A presente pesquisa demonstrou a correlação entre a cultura de saúde (expressa pelas “Políticas”) e a adoção de processos (“Programas”) nas empresas estudadas.

Avaliar a relação entre a cultura de saúde (apurada por meio do suporte organizacional e pelas políticas de saúde) e os escores relativos aos programas, benefícios e suporte organizacional, encontrados nos modelos estatísticos é uma oportunidade para analisar alternativas que estimulem os empregados a mudar ou manter seus comportamentos em saúde; por exemplo, realizando atividades educativas em saúde, voltadas ao autocuidado.

As políticas são posicionamentos formais para promover ou proteger a saúde do trabalhador (por exemplo, política de ambientes livres do tabaco). O suporte ambiental é composto por elementos ambientais ou físicos que apoiam a saúde do trabalhador (por exemplo, por meio de alimentos saudáveis oferecidos no refeitório). Os benefícios em saúde são parte do pacote de benefícios do empregado (entre outros, descontos em academias de ginástica, plano de saúde, programa de descontos em academias ou compra de alimentos saudáveis)⁵³.

As metas dos programas de saúde nas empresas são promover saúde, bem-estar e prevenir doenças, mas a estratégia deveria ser criar uma cultura de saúde. Esta se insere na abordagem em saúde populacional relativa à distribuição dos desfechos em saúde na corporação, os determinantes sociais

6 DISCUSSÃO

que influenciam a sua distribuição e as políticas e intervenções que os afetam⁶⁷. A cultura de saúde exige que a visão, missão e os valores da companhia apontem claramente a responsabilidade coletiva e individual de todos os envolvidos na manutenção do nível de saúde e promoção do bem-estar para os trabalhadores⁶⁸. A cultura é construída pelo aprendizado compartilhado, na busca da solução de seus problemas de adaptação externa e integração interna, sendo transmitida para os novos membros como uma maneira adequada de perceber, pensar, sentir e se comportar em relação a esses problemas³⁰. Portanto, a construção de uma cultura de saúde é um processo contínuo, participativo e integrado, propiciando a adoção de programas, benefícios e ambientes saudáveis de maneira sustentável.

7 CONCLUSÕES

A análise descritiva dos resultados obtidos com a aplicação do *CDC Health Scorecard* (HSC) na amostra de empresas industriais brasileiras revelou que há baixa adoção de iniciativas baseadas em evidências para temas relevantes como a promoção da atividade física e da alimentação saudável, a redução do tabagismo e o controle da hipertensão arterial, do diabetes e da hipercolesterolemia. Tais fatores estão associados às condições mais frequentemente relacionadas à mortalidade prematura e à incapacidade, como as doenças cardiovasculares, o derrame cerebral e o *diabetes mellitus*.

A análise da relação entre a cultura de saúde (apurada por meio do suporte organizacional e das políticas de saúde) e os escores relativos aos programas, benefícios e suporte organizacional, encontrados nos modelos estatísticos, permite demonstrar a relevância da cultura de saúde para a adoção de ações efetivas e baseadas em evidências científicas nas empresas estudadas. Por meio delas, podem-se criar oportunidades para que os trabalhadores mudem ou mantenham seus comportamentos em saúde, particularmente utilizando o autocuidado apoiado. As políticas, como posicionamentos formais ou informais para promover ou proteger a saúde do trabalhador, permitem que as ações na empresa sejam integradas, alinhadas com as estratégias da organização e com adoção de métricas de avaliação adequadas⁴².

Ainda na atualidade, em muitas organizações, o capital humano, expresso pelo ambiente organizacional, não é encarado como elemento estratégico. De acordo com Schein⁷¹, a cultura organizacional influencia o modelo de gestão, o clima organizacional e os parâmetros de avaliação e interpretação. A cultura se expressa como um padrão coletivo, traduzindo-se como uma construção de significados partilhados por pessoas de um grupo so-

7 CONCLUSÕES

cial. Neste contexto, a construção de uma cultura de saúde é fundamental para conseguir real engajamento dos trabalhadores, adoção de programas bem construídos, baseados em evidências científicas, e transformação dos ambientes de trabalho em locais mais saudáveis³⁰.

A saúde do trabalhador nas empresas não deve ser vista como elemento isolado, unicamente dependente das ações e programas da empresa. Ao contrário, a gestão dos programas de saúde nas empresas deve considerar os determinantes sociais de saúde e buscar a integração com o sistema nacional de saúde, particularmente com a Atenção Primária, mas com atuação em rede com os cuidados secundários e terciários. Além disso, a cultura de saúde envolve toda a comunidade da organização e não apenas os que participam das atividades dos programas⁷⁰.

Modelos internacionais como o *Total Worker Health do National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)*, nos Estados Unidos da América, e de Ambiente de Trabalho Saudável, da OMS, ressaltam a importância de deixar a abordagem em silos (saúde e segurança no trabalho, qualidade de vida e bem-estar e saúde assistencial) para adotar uma visão integral e integrada da saúde do trabalhador^{64,74}.

Conclui-se que o ambiente de trabalho é espaço importante para a promoção da saúde do trabalhador, mas os resultados desejados somente serão obtidos se houver a promoção de uma cultura de saúde na organização, em detrimento da adoção de ações isoladas, fragmentadas e com baixo engajamento da liderança e dos trabalhadores. Neste contexto, surge a necessidade de, em estudos posteriores, identificar empresas com programas com menor impacto, visando à busca da melhoria de sua gestão e, conseqüentemente, dos processos e dos resultados em saúde. Além disso, é importante realizar estudos para avaliar se as empresas que possuem melhores impactos nos processos relacionados ao HSC também têm melhores desfechos clínicos, resultados econômicos ou de produtividade.

7 CONCLUSÕES

Finalmente, Nigel Crisp ressalta em seu mais recente livro lançado em 2020, denominado *Health is Made at Home. Hospitals are for repairs*, que o trabalho é onde nossas experiências, conquistas, tensões e stress moldam a nossa vida. A pandemia de SARS-COVID 2 trouxe elevados níveis de ansiedade à população, preocupada com as questões de saúde, sustento e economia, além do stress associado ao autoisolamento. O autor chama os empregadores à ação – assumir a responsabilidade pela saúde e bem-estar dos trabalhadores e vislumbrar os benefícios deste movimento para os negócios⁷³.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1 - CDC Health Scorecard (versão Brasileira) Temas – Categorias

Suporte Organizacional					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	Tipo de intervenção
1	Avaliou os interesses e as necessidades dos funcionários para planejar atividades de promoção da saúde?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização realiza grupos focais ou pesquisas para avaliar o(s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários. Responda 'não' se sua organização realiza pesquisas gerais que não avaliem o(s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários.	1	0	PROGRAMA
2	Avaliou o risco de saúde dos funcionários por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho ou planos de saúde, e forneceu devolutiva individual acompanhada de informações voltadas à promoção da saúde?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização fornece devolutiva individual por meio de relatórios escritos, cartas, ou aconselhamento individual.	3	0	PROGRAMA
3	Demonstrou apoio e comprometimento organizacionais voltados à promoção da saúde no local de trabalho em todos os níveis hierárquicos?	Responda 'sim', se, por exemplo, todos os níveis hierárquicos participam das atividades, as comunicações foram enviadas aos funcionários pela alta liderança, o local de trabalho apoiar as metas de desempenho relacionadas a uma força de trabalho saudável ou o sentimento de pertencimento ao programa for compartilhado por todos os níveis organizacionais.	2	0	PROGRAMA
4	Usou incentivos combinados a outras estratégias, para aumentar a participação em programas de promoção da saúde?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização oferece incentivos como vales-presentes, dinheiro, folgas remuneradas, descontos em produtos ou serviços, desconto nos planos de saúde, reconhecimento do funcionário, ou prêmios.	2	0	PROGRAMA
5	Usou competições combinadas a outras intervenções, para apoiar os funcionários na realização de mudanças comportamentais?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização conduz competições de perda de peso ou caminhadas.	2	0	PROGRAMA
6	Promoveu e divulgou estrategicamente programas de promoção da saúde para seus funcionários?	Responda 'sim', se, por exemplo, o programa de promoção da saúde do seu local de trabalho possui uma marca ou logotipo, utiliza diferentes canais de comunicação, ou envia mensagens frequentes.	1	0	PROGRAMA
7	Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou 'histórias de sucesso' de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?		1	0	PROGRAMA
					(continua)

Suporte Organizacional					(Continuação)
N ^o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	Tipo de intervenção
8	Adaptou alguns programas de promoção da saúde e materiais educativos à língua, ao grau de instrução, à cultura e à prontidão a mudanças dos diferentes segmentos da força de trabalho?	Responda 'não', se você acreditar que sua organização não necessite adaptar seus programas de promoção da saúde e materiais educativos para grupo(s) específicos (s).	3	0	PROGRAMA
9	Possuiu um comitê de promoção da saúde ativo?	Responda 'sim' se existir um comitê de promoção da saúde e ele estiver envolvido no planejamento e na implementação de programas.	2	0	PROGRAMA
10	Possuiu um coordenador de promoção da saúde remunerado com a função (em tempo integral ou parcial) de implementar um programa de promoção da saúde no seu local de trabalho?	Responda 'sim', se a implementação de programa(s) de promoção da saúde no seu local de trabalho estiver incluída na descrição de funções e metas de desempenho de um funcionário remunerado.	2	0	PROGRAMA
11	Possuiu um 'líder' (ou mais de um) que fosse forte defensor do programa de promoção da saúde?	Responda 'sim', se houver alguém no seu local de trabalho que promova ativamente os programas para melhorar a promoção da saúde no local de trabalho.	2	0	PROGRAMA
12	Possuiu um orçamento anual ou recebeu financiamento específico para programas de promoção da saúde?		2	0	PROGRAMA
13	Definiu objetivos anuais para a organização em termos de promoção da saúde?		2	0	PROGRAMA
14	Incluiu referências à melhoria ou à manutenção da saúde dos funcionários nos objetivos corporativos ou na missão da organização?	Responda 'não', se os objetivos corporativos ou a missão da organização fizerem referência somente à segurança e à saúde ocupacional, sem mencionar a melhoria da saúde de sua força de trabalho.	1	0	PROGRAMA
	Conduziu avaliações contínuas da programação de promoção da saúde com a utilização de diferentes fontes de dados?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização coleta dados sobre os riscos à saúde dos funcionários, gastos com assistência médica, satisfação dos funcionários, ou pesquisas de clima organizacional.	2	0	PROGRAMA (Continua)

Suporte Organizacional					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	Tipo de intervenção
16	Disponibilizou algum programa de promoção da saúde para os familiares dos funcionários?		1	0	POLÍTICAS
17	Implantou políticas de horários de trabalho flexíveis?		2	0	POLÍTICAS
18	Participou de outras iniciativas voltadas à saúde na comunidade e apoiou a participação de funcionários e o trabalho voluntário?	Responda 'sim' se, por exemplo, sua organização apoia a participação em eventos comunitários e iniciativas em escolas, como caminhadas corporativas, colabora com grupos de defesa de direitos em nível local e estadual, organizações de saúde e regulamentação e outros grupos organizados.	2	0	PROGRAMAS
19	Possuiu uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?	Responda 'sim', se o seu local de trabalho aderir a políticas municipais, estaduais ou federais proibindo o fumo no local de trabalho.	3	0	POLÍTICAS
20	Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?	Responda 'sim', se, por exemplo, o seu local de trabalho coloca avisos, não possui cinzeiros ou comunica a política formal de proibição de fumo por meio de diferentes canais de comunicação.	1	0	POLÍTICAS
21	Colocou avisos (incluindo avisos de 'proibido fumar') com informações sobre a política antitabagismo?		1	0	AMBIENTE
22	Encaminhou os fumantes para serviços estaduais ou outros serviços para parar de fumar?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho encaminha os fumantes para serviços telefônicos como o Pare de Fumar do Disque Saúde: 0800 61 1997 ou Programa Nacional de Controle do Tabagismo (http://www1.inca.gov.br/tabagismo/)	3	0	PROGRAMA
23	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos com receita médica para parar de fumar, incluindo produtos de reposição de nicotina?	Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização paga inaladores, sprays nasais, bupropiona (por exemplo, Zyban) e vareniclina (p. ex., Champix).	3	0	BENEFÍCIO

Controle do Tabagismo					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
24	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de produtos de reposição de nicotina sem necessidade de receita médica aprovados pela Anvisa?	Responda 'sim', se, por exemplo, a sua organização subsidia chiclete, adesivos ou pastilhas de nicotina.	2	0	BENEFÍCIO
25	Forneceu ou promoveu aconselhamento gratuito ou subsidiado para parar de fumar?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0	PROGRAMA
26	Informou aos funcionários sobre programas ou cobertura de planos de saúde que incluíam aconselhamento e medicação para parar de fumar?		2	0	BENEFÍCIO
27	Ofereceu incentivos àqueles que pararam de fumar, ou aos fumantes em processo de parar de fumar, ou que estejam envolvidos em grupos para parar de fumar?	Responda 'sim', se, por exemplo, a sua organização der descontos em planos de saúde, aumento no benefício por invalidez ou seguro de vida adicional a não fumantes ou a fumantes ativamente tentando parar de fumar.	1	0	PROGRAMA
28	Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho não vende cigarros e similares nas dependências da organização em máquinas automáticas de venda ou em locais operados por terceiros.	1	0	POLÍTICA

Nutrição					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
29	Disponibilizou locais para compra de alimentos e bebidas?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possui máquinas automáticas de venda de alimentos e bebidas, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra.	0	0	AMBIENTE
30	Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis nas cafeterias ou lanchonetes?	Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garante a disponibilização de verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio em cafeterias ou lanchonetes.	1	0	POLÍTICAS
31	Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em máquinas automáticas de venda?	Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garantir a disponibilização das verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio nas máquinas automáticas de vendas.	1	0	POLÍTICAS
32	Garantiu que a maioria (mais de 50%) das opções de alimentos e bebidas disponibilizadas em máquinas automáticas de venda, bem como cafeterias, lanchonetes ou outros pontos de compra fosse saudável?	Responda 'sim', se os alimentos saudáveis forem produtos como leite desnatado, leite semidesnatado, água, água com sabor sem adição de açúcar, bebidas dietéticas, sucos de fruta 100% naturais, lanches de baixa caloria e de baixo sódio ou frutas frescas. (Consulte o Guia Alimentar para a População Brasileira ou as Diretrizes para Operações Federais de Pontos de Venda)	3	0	AMBIENTE
					(Continua)

Nutrição					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
33	Forneceu informações nutricionais (mais completas que os rótulos com informações nutricionais padrão) sobre sódio, calorias, gordura trans ou gordura saturada para os alimentos e bebidas vendidos nas cafeterias, lanchonetes ou outros pontos de compra?		2	0	AMBIENTE
34	Identificou opções de alimentos e bebidas mais saudáveis por meio de avisos ou símbolos?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho colocar um coração ao lado de um produto mais saudável próximo a máquinas automáticas de venda, lanchonetes ou outros pontos de compra.	3	0	AMBIENTE
35	Subsidiou ou forneceu descontos para alimentos e bebidas mais saudáveis oferecidos em máquinas automáticas de venda, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra?		3	0	POLÍTICAS
36	Possui uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões nas quais são servidos alimentos?	Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garantir a disponibilização de verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio durante as reuniões.	1	0	POLÍTICAS
37	Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?	Responda 'sim', se o seu local de trabalho possuir micro-ondas, pia, geladeira ou cozinha.	1	0	AMBIENTE
38	Disponibilizou ou promoveu uma 'feira livre', vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?		1	0	AMBIENTE (Continua)

Nutrição					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
39	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios de se comer de forma saudável?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos benefícios em comer de forma saudável como um tema único ou se os benefícios da alimentação saudável estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
40	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre nutrição?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de nutrição como tema único ou se nutrição estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0	PROGRAMA
41	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para alimentação saudável?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0	PROGRAMA

Atividade física					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
42	Disponibilizou instalações para a prática de atividade física no local de trabalho?		3	0	AMBIENTE
43	Subsidiou ou deu descontos no valor cobrado pelo uso das instalações para a prática de atividade física no local de trabalho ou fora dele?		3	0	POLÍTICA
					(Continua)

Atividade física					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
44	Disponibilizou outros tipos de suporte à atividade física ou recreativa?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir trilhas ou pistas para caminhada/corrida, mapas com rotas apropriadas para caminhada, bicicletários, quadra esportiva, espaço aberto destinado à prática de exercícios ou atividades recreativas, chuveiro e vestiários.	3	0	AMBIENTE
45	Colocou avisos em elevadores, portas de acesso às escadas e outros locais-chave, estimulando os funcionários a utilizar as escadas?	Responda 'não', se o seu local de trabalho está situado em um prédio térreo.	3	0	AMBIENTE
46	Proporcionou programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupo para funcionários (além do uso de instalações para prática de exercícios)?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir programas de caminhada ou alongamento, exercícios em grupo ou treinamento com pesos.	3	0	PROGRAMA
47	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios da atividade física?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos benefícios da atividade física como um tema único ou se os benefícios da atividade física estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
48	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre atividade física?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de atividade física como tema único ou se a atividade física estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0	PROGRAMA
					(Continua)

Atividade física					(Continuação)
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
49	Realizou ou subsidiou avaliações de condicionamento físico, aconselhamento, acompanhamento e indicação de atividades físicas no local de trabalho ou em instalações comunitárias para prática de exercícios?		3	0	PROGRAMA
50	Disponibilizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de atividade física?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA

Controle de peso					
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
51	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, avaliações da composição corporal, tais como altura e peso, índice de massa corporal (IMC) ou outras avaliações da taxa de gordura (além de Avaliação de Fatores de Risco - AFR), seguidas de devolutiva		2	0	PROGRAMA
					(Continua)

Controle de peso					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
52	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de sobrepeso e obesidade?	Responda 'sim', se estes materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de sobrepeso e obesidade como um tema único ou se os riscos de sobrepeso e obesidade estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
53	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre controle de peso?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de controle de peso como tema único ou se o controle de peso estiver incluído em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
54	Proporcionou aos funcionários acima do peso ou obesos aconselhamento gratuito ou subsidiado, individual ou em grupo, sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
55	Realizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de peso?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA

Gerenciamento de estresse					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
56	Proporcionou espaços específicos para os funcionários realizarem atividades de relaxamento, tais como meditação, yoga ou biofeedback?		1	0	AMBIENTE
57	Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho patrocinar ou organizar eventos para entrosamento de equipes, piqueniques, celebração de datas festivas, ou times de funcionários para prática de esportes.	1	0	PROGRAMA
58	Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?	Responda 'sim', se esses programas tratarem de gerenciamento de estresse como tema único ou se o gerenciamento de estresse estiver incluído em outros temas de saúde. Responda 'sim', se esses programas forem realizados de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
59	Proporcionou programas sobre competências pessoais/ equilíbrio entre trabalho e vida pessoal?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer clínicas ou serviços voltados ao atendimento da terceira idade, creche ou serviços voltados ao cuidado de crianças, indicações de serviços, reembolso de mensalidades ou honorários, ou outros programas similares, que podem ser oferecidos por terceiros, funcionários do local de trabalho ou programas de assistência ao empregado.	3	0	PROGRAMA
60	Proporcionou aos gerentes treinamento para identificar e reduzir questões relacionadas ao estresse no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer treinamentos com foco em discussões sobre avaliação de desempenho, comunicação, gestão de pessoal, assertividade, gestão de tempo ou resolução de conflitos.	3	0	PROGRAMA
61	Proporcionou oportunidades para que funcionários participassem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho der oportunidades aos funcionários para participem nas decisões sobre ambiente e processo de trabalho, horário de trabalho, resolução participativa de problemas e gestão de demandas de trabalho.	3	0	POLÍTICAS

Depressão					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
62	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento clínico de depressão (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguido de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico, quando necessário?	Responda 'sim', se esses serviços forem fornecidos diretamente por meio de sua organização, ou indiretamente pelo plano de saúde.	3	0	PROGRAMA
63	Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?		2	0	PROGRAMA
64	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem de depressão?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem depressão como um tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde.	2	0	PROGRAMA
65	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de depressão como tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
66	Proporcionou aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
67	Proporcionou aos gestores treinamento sobre depressão no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer aos gestores treinamento sobre como reconhecer questões relativas à segurança, à produtividade e à depressão, e recursos da empresa ou da comunidade para manejo da depressão.	2	0	PROGRAMA

(Continua)

Depressão					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
68	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para tratamento de depressão e aconselhamento em saúde mental?		3	0	BENEFICIOS

Pressão Alta					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
69	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento de pressão alta (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguida de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?		3	0	PROGRAMA
70	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de pressão alta?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos da pressão arterial alta como um tema único ou se os riscos da pressão arterial alta estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
71	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de pressão alta?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de pressão arterial alta como um tema único ou se a prevenção e controle de pressão alta estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
					(Continua)

Pressão Alta					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
72	Ofereceu aos funcionários com pressão alta ou pré-hipertensos monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
73	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de pressão arterial?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
74	Disponibilizou aparelhos para monitoramento de pressão arterial com instruções para que os funcionários realizassem suas próprias medições?		2	0	AMBIENTE
75	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?		2	0	BENEFICIOS

Colesterol Alto					
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
76	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento para colesterol alto (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco) seguido por uma devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?		3	0	PROGRAMA
					(Continua)

Colesterol Alto					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
77	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de colesterol alto?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de colesterol alto como um tema único ou se os riscos de colesterol alto estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
78	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de colesterol alto?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de colesterol alto como um tema único ou se a prevenção e controle de colesterol alto estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
79	Proporcionou aos funcionários com colesterol alto monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
80	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de colesterol ou triglicérides?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
81	Proporcionou plano de saúde com cobertura gratuita ou de baixo custo para compra de medicamentos para controle de colesterol ou triglicérides?		2	0	BENEFICIOS

Diabetes					
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
82	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, autoavaliações (online ou em papel) de pré-diabetes ou fatores de risco para diabetes, seguidas de rastreamento de nível de glicose no sangue e encaminhamento clínico, quando necessário?		3	0	PROGRAMA
83	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de diabetes?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de diabetes como um tema único ou se os riscos de diabetes estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0	PROGRAMA
84	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de diabetes?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de diabetes como um tema único ou se a prevenção e controle de diabetes estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
85	Ofereceu aos funcionários com níveis anormais de glicose no sangue (pré-diabetes ou diabetes) monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
					(Continua)

Diabetes					(Continuação)
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
86	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de diabetes?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0	PROGRAMA
87	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos e produtos para controle de diabetes (kits de monitoramento, seringas, fitas de teste de glicose)?		2	0	BENEFICIOS

Apoio à amamentação					
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
88	Foi disponibilizado um espaço apropriado para a funcionária amamentar?		3	0	POLÍTICA
89	Foram disponibilizados horários para as mães coletarem leite materno/amamentarem		2	0	SUPORTE AMBIENTAL
	Foram disponibilizados grupos de apoio à amamentação ou palestras educativas, de forma gratuita, parcial ou integralmente pagas pela funcionária?	Responda "sim" se essas sessões abordaram a amamentação como um tópico de saúde em separado ou se a amamentação foi incluída em conjunto com outros tópicos de saúde. Essas sessões foram oferecidas presencialmente ou online; no local de trabalho ou fora dele; em grupo ou individualmente; por meio de prestadores de serviço, equipe local, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais	3	0	PROGRAMA

Saúde e Segurança no trabalho					
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
91	Incluiu a gestão da saúde e segurança no trabalho nos objetivos ou na missão organizacional da empresa	Responda "sim" se qualquer visão, planejamento ou documento de orientação escritos abordou a melhoria ou manutenção da saúde e segurança do trabalhador.	1	0	POLÍTICAS
92	Implantou os programas obrigatórios de prevenção contra acidentes e/ou doenças: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)	Responda "sim" ou "não"	2	0	PROGRAMA
93	Contou com um profissional de saúde e segurança no trabalho, "incluindo os obrigatórios por lei"?	Responda "sim" se alguém, cujo trabalho é o de melhorar a saúde e segurança, foi empregado ou contratado. Exemplos: técnico ou enfermeiro do trabalho, gestor de segurança, técnico de segurança no trabalho, engenheiro de segurança e médico do trabalho	3	0	PROGRAMA
94	Reportou a ocorrência de acidentes ou de quase acidentes por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT)?	Responda "sim" se existiu incentivo escrito e/ou verbal para relatar acidentes, doenças ou quase acidentes.	3	0	POLÍTICAS
95	Deu oportunidades para os funcionários conhecerem os riscos no trabalho e proporem soluções?	Responda "sim" se, por exemplo, houve reuniões com todos ou parte da equipe, reuniões informais dos setores, levantamentos, grupos focais para descobrir e solucionar questões de saúde e/ou de segurança no trabalho.	3	0	PROGRAMA
96	Implementou algum programa para investigar as causas de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho?	Responda "sim" se, por exemplo, houve reuniões com todos ou parte da equipe, reuniões informais dos setores, levantamentos, grupos focais para descobrir e solucionar questões de saúde e/ou de segurança no trabalho.	1	0	PROGRAMA
					(Continua)

Saúde e Segurança no trabalho					(Continuação)
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
97	Disponibilizou materiais informativos sobre saúde e segurança no trabalho para a maioria dos funcionários	Responda “sim” se, por exemplo, houve boletins informativos sobre saúde e segurança, fichas de informação, cartazes, painéis de LED, e-mails, cartas, mensagens ou outras formas de comunicação oferecidas aos funcionários	1	0	PROGRAMA
98	Ofereceu a todos os novos funcionários, treinamento formal e com linguagem apropriada a cada função, de como evitar acidentes ou lesões no trabalho?		2	0	PROGRAMA
99	Integrou programas para a saúde e segurança no trabalho com o programa para promoção da saúde e bem-estar?		2	0	PROGRAMA

Doenças preveníveis por vacinação					
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
100	Disponibilizou cobertura do plano de saúde para vacinação contra a gripe, sem custos ou com baixo custo para os funcionários?		3	0	BENEFÍCIOS
101	Disponibilizou cobertura do plano de saúde para outras vacinas, além da gripe, sem custos ou baixos custos.		3	0	BENEFÍCIOS
					(Continua)

Doenças preveníveis por vacinação					(Continuação)
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
102	Realizou vacinação contra gripe no local de trabalho?	Responda “sim” se essa vacinação ocorreu uma ou mais vezes ao ano; se foi realizada por clínica de vacinação terceirizada, equipe interna de saúde no trabalho ou outra modalidade. Se não ocorreu, por favor, passe para a questão 104	3	0	PROGRAMA
103	Disponibilizou vacinação contra gripe no local de trabalho, sem custos ou com baixos custos para os funcionários?	Responda “sim” se essa vacinação ocorreu uma ou mais vezes ao ano; se foi realizada por clínica de vacinação terceirizada, equipe interna de saúde no trabalho ou outra modalidade.	3	0	PROGRAMA
104	Ofereceu outras vacinas, além da gripe, no local de trabalho, sem custos ou com baixos custos para os funcionários?	Responda “sim” se essa vacinação ocorreu uma ou mais vezes ao ano; se foi realizada por clínica de vacinação terceirizada, equipe interna de saúde no trabalho ou outra modalidade.	3	0	PROGRAMA
105	Promoveu campanha de vacinação contra gripe por meio de folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, boletins ou outras formas de informação escrita ou online que esclarecessem os benefícios da mesma?	Responda “sim” se essas formas de promoção de saúde abordarem os riscos e benefícios da vacinação e a gripe como um tópico de saúde à parte ou se os benefícios desta foram incluídos em conjunto com outros tópicos de saúde.	3	0	PROGRAMA

Recursos comunitários					
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
106	Ofereceu aos funcionários informações, programas ou recursos relacionados à saúde, de qualquer uma das seguintes entidades (não incluída a própria empresa)?	Responda “sim” para todas as questões. Responda “sim” se as informações, programas ou recursos sobre saúde foram oferecidos presencialmente ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente			
106-A	Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde (PSF-atenção básica)				
106-B	Plano de saúde				
106-C	Fornecedor/Representante e de programas de gestão de saúde, segurança e/ou programas de bem-estar.				
106-D	Organizações relacionadas à saúde (tais como Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, entre outras)				
106-E	Hospitais				
106-F	Instituições/associações de apoio aos jovens (jovem aprendiz, PROERD, ONGs, entre outras)				
106-H	Outros	Responda “sim” se você trabalhou com alguma entidade não listada acima			(Continua)

Recursos comunitários					(Continuação)
N.o	Pergunta	Resposta	Sim	Não	
10p7	Recebeu consultorias, orientações, recomendações, treinamentos e/ou diretrizes de qualquer uma das seguintes organizações relacionadas à criação e execução de bem-estar no trabalho?	Responda “sim” ou “não” para todas as questões.			
107-A	Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde (PSF-Atenção Básica)				
107-B	Plano de saúde				
107-C	Fornecedor/Representante de programas de gestão de saúde, segurança e/ou programas de bem-estar				
107-D	Organizações relacionadas à saúde (tais como Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica entre outras)				
107-E	Hospitais				
107-F	Instituições/associações de apoio aos jovens (jovem aprendiz, PROERD, ONGs, entre outras)				
107-G	Associações Comunitárias ou grupos empresariais (associação comercial, sistema S, entre outros)				
107-H	Outros	Responda “sim” se você trabalhou com alguma entidade não listada acima.			

8.2 Anexo 2 – Cadastro Nacional de Atividade Econômica (CNAE)

Atividades Econômicas selecionadas - Indústrias

CNAE 2.0 Classe

Fabricação de produtos de carne
 Preservação do pescado e fabricação de produtos do pescado
 Fabricação de conservas de frutas
 Fabricação de conservas de legumes e outros vegetais
 Fabricação de sucos de frutas, hortaliças e legumes
 Fabricação de óleos vegetais em bruto, exceto óleo de milho
 Fabricação de óleos vegetais refinados, exceto óleo de milho
 Fabricação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos não-comestíveis de animais
 Preparação do leite
 Fabricação de laticínios
 Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis
 Beneficiamento de arroz e fabricação de produtos do arroz
 Moagem de trigo e fabricação de derivados
 Fabricação de farinha de mandioca e derivados
 Fabricação de farinha de milho e derivados, exceto óleos de milho
 Fabricação de amidos e féculas de vegetais e de óleos de milho
 Fabricação de alimentos para animais
 Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente
 Fabricação de açúcar em bruto
 Fabricação de açúcar refinado
 Torrefação e moagem de café
 Fabricação de produtos à base de café
 Fabricação de produtos de panificação
 Fabricação de biscoitos e bolachas
 Fabricação de produtos derivados do cacau, de chocolates e confeitos
 Fabricação de massas alimentícias
 Fabricação de especiarias, molhos, temperos e condimentos
 Fabricação de alimentos e pratos prontos
 Fabricação de produtos alimentícios não especificados anteriormente
 Fabricação de aguardentes e outras bebidas destiladas
 Fabricação de vinho
 Fabricação de malte, cervejas e chopes
 Fabricação de águas envasadas
 Fabricação de refrigerantes e de outras bebidas não-alcoólicas
 Processamento industrial do fumo
 Fabricação de produtos do fumo
 Preparação e fiação de fibras de algodão
 Preparação e fiação de fibras têxteis naturais, exceto algodão
 Fiação de fibras artificiais e sintéticas
 Fabricação de linhas para costurar e bordar
 Tecelagem de fios de algodão
 Tecelagem de fios de fibras têxteis naturais, exceto algodão
 Tecelagem de fios de fibras artificiais e sintéticas
 Fabricação de tecidos de malha
 Acabamentos em fios, tecidos e artefatos têxteis
 Fabricação de artefatos têxteis para uso doméstico
 Fabricação de artefatos de tapeçaria
 Fabricação de artefatos de cordoaria
 Fabricação de tecidos especiais, inclusive artefatos
 Fabricação de outros produtos têxteis não especificados anteriormente
 Confecção de roupas íntimas

8 ANEXOS

Confecção de peças do vestuário, exceto roupas íntimas
Confecção de roupas profissionais
Fabricação de acessórios do vestuário, exceto para segurança e proteção
Fabricação de meias
Fabricação de artigos do vestuário, produzidos em malharias e tricotagens, exceto meias
Curtimento e outras preparações de couro
Fabricação de artigos para viagem, bolsas e semelhantes de qualquer material
Fabricação de artefatos de couro não especificados anteriormente
Fabricação de calçados de couro
Fabricação de tênis de qualquer material
Fabricação de calçados de material sintético
Fabricação de calçados de materiais não especificados anteriormente
Fabricação de partes para calçados, de qualquer material
Desdobramento de madeira
Fabricação de madeira laminada e de chapas de madeira compensada, prensada e aglomerada
Fabricação de estruturas de madeira e de artigos de carpintaria para construção
Fabricação de artefatos de tanoaria e de embalagens de madeira
Fabricação de artefatos de madeira, palha, cortiça, vime e material trançado não especificados anteriormente, exceto móveis
Fabricação de celulose e outras pastas para a fabricação de papel
Fabricação de papel
Fabricação de cartolina e papel-cartão
Fabricação de embalagens de papel
Fabricação de embalagens de cartolina e papel-cartão
Fabricação de chapas e de embalagens de papelão ondulado
Fabricação de produtos de papel, cartolina, papel-cartão e papelão ondulado para uso comercial e de escritório
Fabricação de produtos de papel para usos doméstico e higiênico-sanitário
Fabricação de produtos de pastas celulósicas, papel, cartolina, papel-cartão e papelão ondulado não especificados anteriormente
Impressão de jornais, livros, revistas e outras publicações periódicas
Impressão de material de segurança
Impressão de materiais para outros usos
Serviços de pré-impressão
Serviços de acabamentos gráficos
Reprodução de materiais gravados em qualquer suporte
Coquerias
Fabricação de produtos do refino de petróleo
Fabricação de produtos derivados do petróleo, exceto produtos do refino
Fabricação de álcool
Fabricação de biocombustíveis, exceto álcool
Fabricação de cloro e álcalis
Fabricação de intermediários para fertilizantes
Fabricação de adubos e fertilizantes
Fabricação de gases industriais
Fabricação de produtos químicos inorgânicos não especificados anteriormente
Fabricação de produtos petroquímicos básicos
Fabricação de intermediários para plastificantes, resinas e fibras
Fabricação de produtos químicos orgânicos não especificados anteriormente
Fabricação de resinas termoplásticas
Fabricação de resinas termofixas
Fabricação de elastômeros
Fabricação de fibras artificiais e sintéticas
Fabricação de defensivos agrícolas
Fabricação de desinfetantes domissanitários
Fabricação de sabões e detergentes sintéticos
Fabricação de produtos de limpeza e polimento
Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal

8 ANEXOS

Fabricação de tintas, vernizes, esmaltes e lacas
Fabricação de tintas de impressão
Fabricação de impermeabilizantes, solventes e produtos afins
Fabricação de adesivos e selantes
Fabricação de explosivos
Fabricação de aditivos de uso industrial
Fabricação de catalisadores
Fabricação de produtos químicos não especificados anteriormente
Fabricação de produtos farmoquímicos
Fabricação de medicamentos para uso humano
Fabricação de medicamentos para uso veterinário
Fabricação de preparações farmacêuticas
Fabricação de pneumáticos e de câmaras-de-ar
Reforma de pneumáticos usados
Fabricação de artefatos de borracha não especificados anteriormente
Fabricação de laminados planos e tubulares de material plástico
Fabricação de embalagens de material plástico
Fabricação de tubos e acessórios de material plástico para uso na construção
Fabricação de artefatos de material plástico não especificados anteriormente
Fabricação de vidro plano e de segurança
Fabricação de embalagens de vidro
Fabricação de artigos de vidro
Fabricação de cimento
Fabricação de artefatos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes
Fabricação de produtos cerâmicos refratários
Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção
Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários não especificados anteriormente
Aparelhamento e outros trabalhos em pedras
Fabricação de cal e gesso
Fabricação de produtos de minerais não-metálicos não especificados anteriormente
Produção de ferro-gusa
Produção de ferroligas
Produção de semiacabados de aço
Produção de laminados planos de aço
Produção de laminados longos de aço
Produção de relaminados, trefilados e perfilados de aço
Produção de tubos de aço com costura
Produção de outros tubos de ferro e aço
Metalurgia do alumínio e suas ligas
Metalurgia dos metais preciosos
Metalurgia do cobre
Metalurgia dos metais não-ferrosos e suas ligas não especificados anteriormente
Fundição de ferro e aço
Fundição de metais não-ferrosos e suas ligas
Fabricação de estruturas metálicas
Fabricação de esquadrias de metal
Fabricação de obras de caldeiraria pesada
Fabricação de tanques, reservatórios metálicos e caldeiras para aquecimento central
Fabricação de caldeiras geradoras de vapor, exceto para aquecimento central e para veículos
Produção de forjados de aço e de metais não-ferrosos e suas ligas
Produção de artefatos estampados de metal
Serviços de usinagem, solda, tratamento e revestimento em metais
Fabricação de artigos de cutelaria
Fabricação de artigos de serralheria, exceto esquadrias
Fabricação de ferramentas
Fabricação de equipamento bélico pesado, armas de fogo e munições
Fabricação de embalagens metálicas
Fabricação de produtos de trefilados de metal

8 ANEXOS

Fabricação de artigos de metal para uso doméstico e pessoal
Fabricação de produtos de metal não especificados anteriormente
Fabricação de componentes eletrônicos
Fabricação de equipamentos de informática
Fabricação de periféricos para equipamentos de informática
Fabricação de equipamentos transmissores de comunicação
Fabricação de aparelhos telefônicos e de outros equipamentos de comunicação
Fabricação de aparelhos de recepção, reprodução, gravação e amplificação de áudio e vídeo
Fabricação de aparelhos e equipamentos de medida, teste e controle
Fabricação de cronômetros e relógios
Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação
Fabricação de equipamentos e instrumentos ópticos, fotográficos e cinematográficos
Fabricação de mídias virgens, magnéticas e ópticas
Fabricação de geradores, transformadores e motores elétricos
Fabricação de pilhas, baterias e acumuladores elétricos, exceto para veículos automotores
Fabricação de baterias e acumuladores para veículos automotores
Fabricação de aparelhos e equipamentos para distribuição e controle de energia elétrica
Fabricação de material elétrico para instalações em circuito de consumo
Fabricação de fios, cabos e condutores elétricos isolados
Fabricação de lâmpadas e outros equipamentos de iluminação
Fabricação de fogões, refrigeradores e máquinas de lavar e secar para uso doméstico
Fabricação de aparelhos eletrodomésticos não especificados anteriormente
Fabricação de equipamentos e aparelhos elétricos não especificados anteriormente
Fabricação de motores e turbinas, exceto para aviões e veículos rodoviários
Fabricação de equipamentos hidráulicos e pneumáticos, exceto válvulas
Fabricação de válvulas, registros e dispositivos semelhantes
Fabricação de compressores
Fabricação de equipamentos de transmissão para fins industriais
Fabricação de aparelhos e equipamentos para instalações térmicas
Fabricação de máquinas, equipamentos e aparelhos para transporte e elevação de cargas e pessoas
Fabricação de máquinas e aparelhos de refrigeração e ventilação para uso industrial e comercial
Fabricação de aparelhos e equipamentos de ar-condicionado
Fabricação de máquinas e equipamentos para saneamento básico e ambiental
Fabricação de máquinas e equipamentos de uso geral não especificados anteriormente
Fabricação de tratores agrícolas
Fabricação de equipamentos para irrigação agrícola
Fabricação de máquinas e equipamentos para a agricultura e pecuária, exceto para irrigação
Fabricação de máquinas-ferramenta
Fabricação de máquinas e equipamentos para a prospecção e extração de petróleo
Fabricação de outras máquinas e equipamentos para uso na extração mineral, exceto na extração de petróleo
Fabricação de tratores, exceto agrícolas
Fabricação de máquinas e equipamentos para terraplenagem, pavimentação e construção, exceto tratores
Fabricação de máquinas para a indústria metalúrgica, exceto máquinas-ferramenta
Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias de alimentos, bebidas e fumo
Fabricação de máquinas e equipamentos para a indústria têxtil
Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias do vestuário, do couro e de calçados
Fabricação de máquinas e equipamentos para as indústrias de celulose, papel e papelão e artefatos
Fabricação de máquinas e equipamentos para a indústria do plástico
Fabricação de máquinas e equipamentos para uso industrial específico não especificados anteriormente
Fabricação de automóveis, camionetas e utilitários

8 ANEXOS

Fabricação de caminhões e ônibus
Fabricação de cabines, carrocerias e reboques para veículos automotores
Fabricação de peças e acessórios para o sistema motor de veículos automotores
Fabricação de peças e acessórios para os sistemas de marcha e transmissão de veículos automotores
Fabricação de peças e acessórios para o sistema de freios de veículos automotores
Fabricação de peças e acessórios para o sistema de direção e suspensão de veículos automotores
Fabricação de material elétrico e eletrônico para veículos automotores, exceto baterias
Fabricação de peças e acessórios para veículos automotores não especificados anteriormente
Recondicionamento e recuperação de motores para veículos automotores
Construção de embarcações e estruturas flutuantes
Construção de embarcações para esporte e lazer
Fabricação de locomotivas, vagões e outros materiais rodantes
Fabricação de peças e acessórios para veículos ferroviários
Fabricação de aeronaves
Fabricação de turbinas, motores e outros componentes e peças para aeronaves
Fabricação de veículos militares de combate
Fabricação de motocicletas
Fabricação de bicicletas e triciclos não-motorizados
Fabricação de equipamentos de transporte não especificados anteriormente
Fabricação de móveis com predominância de madeira
Fabricação de móveis com predominância de metal
Fabricação de móveis de outros materiais, exceto madeira e metal
Fabricação de colchões
Lapidação de gemas e fabricação de artefatos de ourivesaria e joalheria
Fabricação de bijuterias e artefatos semelhantes
Fabricação de instrumentos musicais
Fabricação de artefatos para pesca e esporte
Fabricação de brinquedos e jogos recreativos
Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos
Fabricação de escovas, pincéis e vassouras
Fabricação de equipamentos e acessórios para segurança e proteção pessoal e profissional
Fabricação de produtos diversos não especificados anteriormente
Manutenção e reparação de tanques, reservatórios metálicos e caldeiras, exceto para veículos
Manutenção e reparação de equipamentos eletrônicos e ópticos
Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos elétricos
Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos da indústria mecânica
Manutenção e reparação de veículos ferroviários
Manutenção e reparação de aeronaves
Manutenção e reparação de embarcações
Manutenção e reparação de equipamentos e produtos não especificados anteriormente
Instalação de máquinas e equipamentos industriais
Instalação de equipamentos não especificados anteriormente
Geração de energia elétrica
Transmissão de energia elétrica
Comércio atacadista de energia elétrica
Distribuição de energia elétrica
Produção de gás
Produção e distribuição de vapor, água quente e ar condicionado
Captação, tratamento e distribuição de água
Gestão de redes de esgoto
Atividades relacionadas a esgoto, exceto a gestão de redes
Coleta de resíduos não-perigosos
Coleta de resíduos perigosos
Tratamento e disposição de resíduos não-perigosos
Tratamento e disposição de resíduos perigosos

8 ANEXOS

Recuperação de materiais metálicos
Recuperação de materiais plásticos
Recuperação de materiais não especificados anteriormente
Descontaminação e outros serviços de gestão de resíduos
Incorporação de empreendimentos imobiliários
Construção de edifícios
Construção de rodovias e ferrovias
Construção de obras de arte especiais
Obras de urbanização - ruas, praças e calçadas
Obras para geração e distribuição de energia elétrica e para telecomunicações
Construção de redes de abastecimento de água, coleta de esgoto e construções correlatas
Construção de redes de transportes por dutos, exceto para água e esgoto
Obras portuárias, marítimas e fluviais
Montagem de instalações industriais e de estruturas metálicas
Obras de engenharia civil não especificadas anteriormente
Demolição e preparação de canteiros de obras
Perfurações e sondagens
Obras de terraplenagem
Serviços de preparação do terreno não especificados anteriormente

8.3 Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10/10/2018, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 351/18 intitulado: **Análise da importância da cultura de saúde sobre a adoção de programas baseados em evidências no ambiente de trabalho.** Apresentado pelo Departamento Medicina Preventiva.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "e").

Pesquisador (a) Responsável: Ana Maria Malik

Pesquisador (a) Executante: Alberto José Niituma Ogata

CEP-FMUSP, 10 de Outubro de 2018.

Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br

9 REFERÊNCIAS

1. CDDS. Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). *Redução das desigualdades no período de uma geração*. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. 2010. [Citado 10 jul 2019] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf?ua=1.
2. Marmot M. The Health Gap. *The Challenge of An Unequal World*. New York, USA: Bloomsbury Press; 2015.
3. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
4. ILO. International Labour Organization. *World Employment And Social Outlook: Trends 2020*. [Citado 02 jan 2021] Disponível em https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2020/WCMS_734455/lang--en/index.htm.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, p.13, Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, Akerman M. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Cien Saude Colet*. 2014;19(11):4341-50.
7. Andrade DR, Garcia LMT, Perez DCP. Colaborações locais para a promoção da atividade física: uma análise de rede. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018; 34(10):e00127517. [Citado 20 jul 2019] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018001005002&lng=pt.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *As cartas de promoção da saúde*, p,19-28, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. [Citado 10 jul 2019] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
9. Edington, DW, Pitts, JS. Shared values, shared results. *Positive organizational health as a win-win philosophy*. Middletown, DE: Dew W. Edington & Jennifer S. Pitts; 2016.
10. Buss, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde in Czeresnia D & Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
11. Marmot M, Siegrist J, Thorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work in Marmot M, Wilkinson, RG (org.) *Social Determinants of health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1999.
12. Sorensen G, Stoddard AM, LaMontagne AD, Emmons K, Hunt MK, Youngstrom R, McLellan D, Christiani DC. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes Control*. 2002;(13):493-502.

9 REFERÊNCIAS

13. Lang J. Estrutura e ferramentas para construção de programas de saúde no ambiente de trabalho: o modelo do CDC in Ogata AJN. *Temas Avançados em Qualidade de Vida*, Londrina, PR: Midiograf, 2017. v.5.
14. Edington DW, Schultz AB, Pitts JS. The future of population health at the workplace: trends, technology and the role of mind-body and behavioral sciences in Nash DB, Fabius RJ, Skoufalos A et al. *Population Health: creating a culture of wellness*. 2a ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
15. Abraham JE. Employer wellness programs – a work in progress *JAMA Intern Med*. 2019;321(15):1462.
16. Passey DG, Brown MC, Hammerback K, Harris JR, Hannon PA. Managers' support for employee wellness programs: an integrative review. *Am J Health Promot*. 2018;32(8):1789-99.
17. O'Donnell M (org). *Health Promotion in the Workplace*. 5a ed. Troy, MI: Art & Science of Health Promotion Institute; 2017.
18. Kaiser Family Foundation. *Employer health benefits 2018 annual survey*. [Citado 10 jul 2019] Disponível em: <https://www.kff.org/health-costs/report/2018-employer-health-benefits-survey/>.
19. Soler RE, Leeks KD, Razi, S et al. A Systematic Review of Selected Interventions for Worksite Health Promotion. The Assessment of Health Risks with Feedback. *Am J Prev Med*. 2010;38(2 Suppl): S237-62.
20. Flynn JP. CoH Study Committee Research Workgroup. Culture of health within the workplace: defining, understanding the evidence, and recognizing the opportunity to learn more. *Am J Health Promot*. 2017;31(6):515-29.
21. Goetzel R, Ozminkowski R. The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Annu Rev Public Health*. 2008;29(1):303-23.
22. Sorensen G, McLellan DL, Sabbath EL et al. Integrating Worksite Health Protection and Health Promotion: A Conceptual Model for Intervention and Research. *Prev Med*. 2016; 91:188–96.
23. National Institute for Occupational Safety and Health. *Total Worker Health*, 2017. [Citado 20 dez 2019] Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/twh>.
24. Song Z, Baicker K. Effect of a workplace wellness program on employee health and economic outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2019;321(15):1491-501.
25. Reif J, Chan D, Jones D, Payne L, Molitor D. Effects of a workplace wellness program on employee health, health beliefs and medical use. A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2020;180(7):952-60.
26. Schein E. Coming to a new awareness of organizational culture. Sloan Management Review, 1985 in Killmann, Saxton MJ, Serpa R. *Gaining control of the corporate culture*. Sao Francisco, USA: Jossey-Bass; 1985.
27. Wiener Y, Vardi Y. Relationships between organizational culture and individual motivation – a conceptual integration. *Psychol Rep*. 1990;67;295-306.

9 REFERÊNCIAS

28. Freitas ME. *Cultura organizacional: Formação, tipologias e impacto*. São Paulo: McGraw-Hill; 1991.
29. Freitas ME. Cultura organizacional. Grandes temas em debate. *Rev. Adm. Empresas*. 1991;31(3):73-82.
30. Mason KA, Willen SS, Holmes SM, Herd DA, Nichter M, Castañeda H, Hansen H. How do you build a “culture of health”? A critical analysis of challenges and opportunities from medical anthropology. *Popul Health Manag* [ahead of print] [Citado 02 jan 2021] Disponível em: <http://doi.org/10.1089/pop.2019.0179>.
31. Lacombe FJM, Heilborn GLJ. *Administração: princípios e tendências*. São Paulo; Saraiva; 2003.
32. Trice HM, Beyer JM. Studying organizational cultures through rites and ceremonials. *AMR*. 1984;9(4):653–69.
33. Schein EH, Schein P. *Organizational culture and leadership*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.; 2017.
34. Veinhardt J (ed). *Organizational Culture*. Intech Open. Vytautas Magnus University. DOI: 10.5772/intechopen.74347; 2018.
35. Safeer R, Allen J. Defining a culture of health in the workplace. *J Occup Environ Med*. 2019;61(11):863-7.
36. Grossmeier J, Fabius R, Flynn JP, Noeldner SP, Fabius D, Goetzel RZ, Anderson DR. Linking workplace health promotion best practices and organizational financial performance: tracking market performance of companies with highest scores on the HERO Scorecard. *J Occup Environ Med*. 2016; 58:16-23.
37. Webb KM, Krick D, CoH Study Committee Definitions Workgroup. A collaborative approach to defining a culture of health. *Am J Health Promot*. 2017; 31(6)515-529.
38. Quelch JA, Boudreau EC. *Building a Culture of Health*. A new imperative for business. Switzerland: Springer International Publishing AG; 2016. (SpringerBriefs in Public Health)
39. Abraham J, White KM. Tracking the changing landscape of corporate wellness companies. *Health Aff (Millwood)*. 2017;2;222-28.
40. Kent KB, Goetzel RZ, Roemer EC, McCleary K, Henke RM, Head MA, Fabius R. Developing two culture of health measurement tools. Examining employers’ efforts to influence populational health inside and outside company walls. *J Occup. Environ. Med*. 2018;60(12):1087-97.
41. Gunther CE, Peddicord V, Kozlowski J, Li Y, Menture D, Fabius R, Frazee SG, Nigro PJ. Building a culture of health and well-being at Merck. *Popul Health Manag* 2019, 22(5) 449-56.
42. Kent K, Goetzel RZ, Roemer EC, Prasad A, Freundlich N. Promoting healthy workplaces by building cultures of health and applying strategic communications. *J Occup. Environ Med*. 2016;58(2):114-22.

9 REFERÊNCIAS

43. Goetzel RZ, Fabius R, Roemer EC, Kent KB, Berko J, Head MA, Henke RM. The stock performance of American companies investing in a culture of health. *Am J Health Promot.* 2019;33(3):439-47.
44. Payne J, Cluff L, Lang J, Matson-Koffman D, Morgan-Lopez A. Elements of a workplace culture of health perceived organizational support for health and lifestyle risk. *Am J Health Promot.* 2018;32(7):1555-67.
45. Rosenbaun E, Grossmeier J, Imboden M, Imbonden M, Noeldner S. The HERO Health and Well-Being best practices Scorecard in Collaboration with Mercer (HERO Scorecard). *Am J Health Promot.* 2020;34(3):321-3.
46. Imboden MT, Castle PH, Johnson SS, Jenkins KR, Pitts JS, Grossmeier J, Mangen DJ, Mason S, Noeldner SP. Development and validity of a workplace health promotion best practices assessment. *J Occup Environm. Med.* 2020;62(1):18-24.
47. Fabius R, Frazee SG, Thayer D, Kirshenbaum D, Reynolds J. The correlation of a corporate culture of health assessment score and health cost trend. *J Occup Environ Med.* 2018;60(6):507-14.
48. Centers for Disease Control and Prevention. *The CDC Worksite Health Scorecard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, and Related Health Conditions.* Atlanta, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2014. [Citado 20 fev 2018] Disponível em: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/initiatives/healthscorecard/worksite-scorecard.html>.
49. Roemer EC, Kent KB, Samoly DK, Gaydos LM, Smith KJ, Agarwal A, Matson-Koffman DM, Goetzel RZ. Reliability and validity testing of the CDC Worksite Health ScoreCard: an assessment tool to help employers prevent heart disease, stroke, and related health conditions. *J Occup Environ Med.* 2013;55(5):520-6.
50. Cluff LA, Lang JE, Rineer JR, Jones-Jack NH, Strazza KM. Training employers to implement health promotion programs: results from the CDC Work@Health Program. *Am J Health Promot.* 2018;32(4):1062-9.
51. Soares PS, Ciconelli RM, Pavin T, Ogata AJN, Curci KA, Oliveira MR. Cross-cultural adaptation of the CDC Worksite Health Scorecard questionnaire into Portuguese. *Rev Assoc Med Bras.* 2016;62(3):236-42.
52. Lang J, Cluff L, Matson-Koffman D, Hampton J. The Centers for Disease Control and Prevention: Findings from the National Healthy Worksite Program. *J Occup Environ Med.* 2017;59(7):631-41.
53. Guolo C. *Aplicação do CDC Health Scorecard em hospital de grande porte do estado de São Paulo.* Dissertação [Mestrado Profissional em Gestão da Competitividade] Fundação Getúlio Vargas, 2019. [Citado 19 jul 2019] Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/27708>..
54. Toffoli DB, Malik AM. Ações e programas de saúde em hospitais de excelência brasileiros: cuidando do cuidador. *REAd Rev eletrôn adm* (Porto Alegre). 2019;25(1):116-47.

9 REFERÊNCIAS

55. Guillemin F, Bombardier, C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.*1993; 46(12):1417-32.
56. Adão I, Aplicação do instrumento *CDC Worksite Health Scorecard* para avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho de indústrias catarinenses. São Paulo. Dissertação [Mestrado Profissional em Gestão da Competitividade]. Fundação Getulio Vargas; 2018. [Citado 15 jul 2019] Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24192>.
57. Frey BJ, Dueck D. Clustering by passing messages between data points. *Science.* 2007; 315:972-5.
58. Safeer R, Bowen W, Maung Z, Lucik M. Using the CDC Health Scorecard to assess employer health promotion efforts. A case study at Johns Hopkins Medicine. *J Occup Environ Med.* 2018;60(2): e98-100.
59. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. *Vigitel Brasil 2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
60. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
62. Goetzel RZ, Henke RM, Head MA, Benevent R, Rhee K. Ten modifiable health risk factors and employees' medical costs - An update. *Am J Health Prom.* 2020;34(5):490-9.
63. World Health Organization. *Healthy workplaces: a WHO global model for action*. 2014; 4:12. [Citado 20 jul 2020] Disponível em: [http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/..](http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/)
64. Wang Z, Wang X, Shen Y, Suning L, Chen Z et al. Effect of a workplace-based multicomponent intervention on hypertension control. A randomized clinical trial. *J Am Medic Assoc Cardiol. JAMA Cardiol.* 2020;5(5):567-75.
65. Terry P. External validity, and worksite wellness: lessons from China and Illinois. *Am J Health Promot.* 2020;35(1):9-12.
66. Clausen T, Meng A, Borg V. Does social capital in the workplace predict job performance, work engagement, and psychological well-being? A prospective analysis. *J Occup Environ Med.* 2019;61(11):800-5
67. Kwon Y, Marzec ML. Unpacking the associations between perceived cultural support and employee health. The approach of social capital. *J Occup Environ Med.* 2019; 61(11):910-5.

9 REFERÊNCIAS

68. Waterworth P, Pescud M, Chappell S, Davies C, Roche D, Shilton T, Ledger M, Slevin T, Rosenberg M. Culture, management, and finances as key aspects for healthy workplace initiatives. *Health Promot Int.* 2018;33(1):162-72.
69. Jia Y, Gao J, Dai J, Zheng P, Fu H. Associations between health culture, health behaviors, and health-related outcomes: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2017;12(7):1-13.
70. Nash DB, Skoufalos A, Fabius RJ, Oglesby WH. *Population Health. Creating a culture of wellness.* 2021. Burlington, USA: Jones & Bartlett Learning; 2021.
71. Centers of Disease Control (CDC). *NIOSH Total Worker Health Program.* [Citado 10 nov 2020] Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/twh/default.html>.
72. Edington DW, Schultz AB, Pitts JS. Promoção da saúde: o porquê, valores compartilhados e uma filosofia ganha-ganha in Ogata AJN (org.). *Temas Avançados em Qualidade de Vida.* Londrina, PR: Midiograf, 2017. v.5.
73. Crisp. N Health is made at home. Hospitals are for repairs. Building a healthy and health-creating society. Essex, UK, Salus Global Knowledge Exchange, 2020.