FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

DENISE BALCHIUNAS TOFFOLI

AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM HOSPITAIS – CUIDANDO DO CUIDADOR

SÃO PAULO

2018

DENISE BALCHIUNAS TOFFOLI

AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM HOSPITAIS – CUIDANDO DO CUIDADOR

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a Obtenção do Título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2018

Toffoli, Denise Balchiunas.
Ações de saúde em hospitais - cuidando do cuidador / Denise Balchiunas Toffoli. - 2018.
228 f.

Orientador(a): Ana Maria Malik.
Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde - Administração. 2. Hospitais - Administração. 3. Pessoal da área médica. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

Ficha catalográfica elaborada por: Raphael Figueiredo Xavier CRB SP-009987/O
Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

DENISE BALCHIUNAS TOFFOLI

AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM HOSPITAIS – CUIDANDO DO CUIDADOR

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a Obtenção do Título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Administração em Saúde.

Banca examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik
FGV/EASP

_____

Profa. Dra. Ana Cristina Limongi-França

FEA/USP

_____

Prof. Dra. Maria Ester de Freitas

FGV/EAESP

_____

Prof. Dr. Roberto Heloani

UNICAMP/FE-IFCH

_____

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida, edificando dias melhores, em especial, aos meus filhos Luiza (in memoriam) e João Pedro (in memoriam) pelo curto tempo de convívio, mas que muito me ensinaram e me deram força para continuar minha missão.

Agradecimentos

Agradecer, sempre...

À Deus por sempre estar ao meu lado.

À Fundação Getulio Vargas-SP por ter oportunizado esse espaço de aprendizagem.

À minha querida orientadora Professora Doutora Ana Maria Malik, que nas horas mais difíceis sempre me orientou com coragem e correção.

Aos três hospitais que propiciaram a realização desse trabalho.

Aos meus avós (in memoriam), minha mãe Maria e ao meu pai Isidoro (in memoriam) pelo milagre da vida.

Ao Professor Claude Machline, exemplo de dedicação e tenacidade.

Ao estimado Prof. Alberto Ogata que sempre me apoiou na consecução desse trabalho.

Ao Professor Álvaro Escrivão pelo apoio, bom humor e incentivo.

Ao Arthur Coccolo Pavese pela ajuda no software *NVivo*.

Aos amigos Luciana e Paulo Marques, pela ajuda nos cálculos estatísticos.

À revisora do texto, Profa. Dra. Rosângela Nogarini Hilário.

E ao meu grande amor, parceiro, companheiro e incentivador Fabiano.

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre, à margem de nós mesmos".

FERNANDO PESSOA

Resumo

A construção da Cultura de Saúde compreende a implantação de programas de saúde e bem-estar no local de trabalho, entendidos como um conjunto de estratégias compostas por programas, políticas, benefícios e suportes ambientais, atendendo às necessidades de saúde e segurança dos funcionários e familiares, sendo imprescindível que hospitais promovam saúde e bem-estar à sua força de trabalho e realizem diagnósticos para avaliar suas ações. O estudo objetivou identificar ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas em três hospitais de excelência sem fins lucrativos, percebidas pelos seguintes sujeitos de pesquisa: i) gestores de recursos humanos, benefícios, planos de saúde e promoção de saúde e bem-estar, ii) membros dos comitês de promoção de saúde. Após revisão da literatura, os sujeitos de pesquisa foram entrevistados e foi aplicado o questionário da versão brasileira do *CDC Worksite Health ScoreCard*, com tratamento dos dados por meio de análise estatística descritiva, análise do conteúdo, com o uso do software *NVivo Pro 11* e posterior triangulação dos dados. A partir das respostas fornecidas pelos sujeitos pesquisados, evidenciou-se que os hospitais possuem programas efetivos de saúde e bem-estar, com peculiaridades que refletem as políticas e cultura de cada um. Observaram-se falhas na medição de resultados, seus impactos e divulgação, bem como a dissociação das ações no que tange à prevenção dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: cultura de saúde; saúde populacional, organizações e sistema de saúde; hospitais.

Abstract

The building of a Health Culture includes the implementation of health and wellness programs in the workplace. These programs are a set of strategies composed of programs, policies, benefits and environmental support, in order to meet the health and safety needs of employees and their families. It is essential that hospitals promote health and well-being to their workforce and perform diagnosis to evaluate their actions. The study aimed to identify actions of health promotion and well-being implemented in three non-profit hospitals as perceived by research subjects: managers of human resource, benefits, health plans and health and wellness promotion, as well as members of health promotion committees. After the literature review, the researcher interviewed these subjects and applied the Brazilian version of the *CDC Worksite Health ScoreCard*. Data treatment was done through descriptive statistical analysis and content analysis, using *NVivo Pro 11* software and subsequent triangulation of data. Results based on the answers provided by the subjects showed that hospitals have effective health and wellness programs, with peculiarities that reflect the policies and culture of each of them. Other results noticed failures in measuring results, their impacts and dissemination, as well as the dissociation of actions regarding the prevention of risk factors for chronic non-communicable diseases.

Keywords: health culture; population health, organizations and health systems; hospitals.

Lista de figuras

Figura 1: Três fases da análise de conteúdo 72
Figura 2: Distribuição total dos participantes 78
Figura 3: Idade dos entrevistados 78
Figura 4: Tempo de empresa dos entrevistados 79
Figura 5: Etnia dos entrevistados 79
Figura 6: Pontuação percentual obtida por cada hospital, por domínio e total de acordo com CDC (Brasil, 2016) 80
Figura 7: Percentual das respostas dos gestores dos hospitais A, B e c, por domínio, de acordo com CDC (Brasil, 2016) 82
Figura 8: Percentual das respostas dos membros dos comitês dos hospitais A, B e C, por domínio, de acordo com CDC (Brasil, 2016) 82
Figura 9:Descritivo das categorias e subcategorias do estudo 100
Figura 10: Descritivo das categorias de Fonte de dados 119
Figura 11: Distribuição da pontuação proporcional total e nos domínios do hospital A. 193
Figura 12: Distribuição da pontuação proporcional dos gestores e membros do comitê total e nos domínios no hospital A. 194
Figura 13: Distribuição da pontuação geral e dos domínios para o hospital B 200
Figura 14: Distribuição da pontuação dos gestores e membros do comitê por domínios e geral no hospital B 200
Figura 16: Distribuição da pontuação dos gestores e membros do comitê por domínios e geral no hospital C de acordo com CDC (Brasil, 2016) 207
Figura 15: Distribuição da pontuação geral e dos domínios para o hospital C 206

Lista de quadros

Quadro 1: Atribuição de peso por evidência e impacto 62
Quadro 2: Instituições convidadas para a realização, submissão e aceite da pesquisa, conforme Plataforma Brasil. 66
Quadro 3: Instituições que aceitaram participar da pesquisa e períodos de aplicação dos questionários e entrevistas 66
Quadro 4: Características dos hospitais pesquisados 67
Quadro 5: Hospitais pesquisados, por grupos de respondentes com respectivos cargos ocupados e datas de aplicação dos questionários e entrevistas..... 68
Quadro 6: Categorias de análise 74
Quadro 7: Resumo dos domínios que alcançaram os maiores percentuais entre os hospitais, por gestores e membros dos comitês 84

Lista de Tabelas

Tabela 1: Tendência global de DALYS entre 1990 e 2015 41
Tabela 2: Mudanças nas DALYs nos BRICS* para doenças crônicas não transmissíveis em 25 anos (1990-2015) 42
Tabela 3:Tendências Globais das DALYs por 100.000 habitantes decorrentes das DCNTs 2015. 42
Tabela 4: DALYs por 100.000 habitantes dos BRICS em 2015 - Anos de vida perdidos por incapacidade 43
Tabela 5: Síntese dos fatores de risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal em 2016. 44
Tabela 6: Domínios, número de questões e pontuação máxima por domínio do questionário. 63
Tabela 7: Pontuação absoluta apresentada pelas 93 organizações americanas respondentes ao questionário HSC (CDC, 2014a), de acordo com o porte, em valores equacionados e adaptados proporcionalmente de 215 para 209 pontos. 64
Tabela 8: Respondentes por categoria e hospital 78
Tabela 9: Valores de significância observados nos doze domínios de cada hospital, de acordo com o teste t de student 79
Tabela 10: Resultados obtidos por cada hospital, considerando as pontuações e respectivos percentuais referentes a cada domínio, segundo a pontuação máxima do CDC (Brasil, 2006) 81
Tabela 11: Percentual da frequência de respostas ‘sim’ dos gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C, segundo o peso das questões 86
Tabela 12: Percentual da frequência das respostas dos respondentes dos hospitais A, B e C, segundo o peso das respostas nos doze domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016) 87
Tabela 13: Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde 101
Tabela 14: Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos colaboradores 101
Tabela 15: Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos familiares 103
Tabela 16: Referências e cobertura dos três hospitais na percepção das ações de promoção de saúde 105

Tabela 17: Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados de ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares 107
Tabela 18: Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos hospitais A, B e C 108
Tabela 19: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos resultados 109
Tabela 20: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de métrica dos resultados 110
Tabela 21: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à existência de divulgação dos resultados 111
Tabela 22: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de divulgação dos resultados 112
Tabela 23: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere ao impacto das ações de saúde implementadas 113
Tabela 24: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos impactos das ações de saúde implementadas 114
Tabela 25: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à forma de publicação dos resultados das ações de saúde implementadas 115
Tabela 26: Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere a sugestões das ações de saúde implementadas 115
Tabela 27: Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital A 120
Tabela 28: Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital A 121
Tabela 29: Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital B 122
Tabela 30: Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital B 124
Tabela 31: Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital C 125
Tabela 32: Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital C 126
Tabela 33: Frequências da pontuação dos doze domínios por tipo de hospital obtidos do questionário da versão brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard (Brasil, 2016) 164

Tabela 34: Respondentes do Hospital A, cargos e gênero. 192
Tabela 35: Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016). 192
Tabela 36: Pontuação Total obtida pelo Hospital A, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016). 193
Tabela 37: Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital A segundo o peso das questões nos doze domínios. 194
Tabela 38: Respondentes do Hospital B, cargos e gênero. 198
Tabela 39: Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016). 199
Tabela 40: Pontuação Total obtida pelo Hospital B, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016). 199
Tabela 41: Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital B segundo o peso das questões nos doze domínios. 201
Tabela 42: Respondentes do Hospital C, cargos e gênero. 205
Tabela 43: Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016). 205
Tabela 44: Pontuação Total obtida pelo Hospital C, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016). 206
Tabela 45: Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital C segundo o peso das questões nos doze domínios. 207

Lista de abreviaturas e siglas

AC	Ataque Cardíaco
AHA	American Hospital Association
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BMF&BOVESPA	Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo
BRICS	Brasil, Rússia, Índia e China e África do Sui
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CES-FGV-EAESP	Centro de Estudos em Sustentabilidade da Fundação Getulio Vargas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFINS	Contribuição para o financiamento da seguridade social
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CVBHM	Center for Value-Based Health Management
DALYs	Adjusted Life Years
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
EBSCO	Elton B. Stephens Company
EUA	Estados Unidos da América
GRI	Global Report Initiative
HRET	Health Research & Educational Trust
HSC	Worksite Health ScoreCard
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Ampliado
ISE	Índice de Sustentabilidade Empresarial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho

SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization

Sumário

1 INTRODUÇÃO 23

1. 1 Objetivos 26

1.1.1 Geral 26

1.1.2 Específicos 26

1. 2 Estrutura do trabalho 26

2 SAÚDE E ORGANIZAÇÕES 28

2.1 O cuidado 28

2.2 A humanização na assistência à saúde 30

2.3 Cultura Organizacional 31

2.4 Saúde Populacional e Saúde no trabalho 35

2.5 As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNTs 40

2.6 Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 43

2.7 A cultura de saúde, as organizações e as pessoas 45

2.8 Hospitais e a prática da cultura de saúde 54

2.9 Os hospitais de excelência 57

3 METODOLOGIA 59

3.1 Os Hospitais de Excelência 60

3.2 Instrumentos 60

3.2.1 Instrumento 1: Questionário 60

3.2.2 Instrumento 2: Entrevistas 64

3.2.3 Coleta de dados 65

3.2.4 Aplicação dos questionários e entrevistas: 67

3.3 Análise dos dados 70

3.4 Análise estatística 70

3.5 Análise de conteúdo 72

3.5.1 Triangulação de fontes de dados 75

4 RESULTADOS 77

4.1 Resultados do questionário nos três hospitais 77

4.1.1 Resultados dos questionários 77

4.1.2 Análise das respostas do questionário CDC (Brasil, 2016) conforme o peso das questões 85

4.1.3 Síntese do entendimento das ações empreendidas, sob a ótica dos gestores e membros do comitê de cada hospital 94

4.1.4 Considerações sobre os resultados da aplicação dos questionários e da análise da estatística descritiva 98

4.2 Resultados das entrevistas 99
4.2.1 Considerações sobre as entrevistas realizadas 117
4.3 Associação das fontes de dados: revisão teórica, questionário e entrevistas 118
4.3.1 Hospital A 119
4.3.2 Hospital B 122
4.3.3 Hospital C 125
4.4 Considerações sintéticas sobre a triangulação das fontes de dados: revisão teórica, aplicação do questionário e das entrevistas realizadas nos três hospitais 127
5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 138
5.1 Limitações da pesquisa 143
5.2 Sugestões 143
6 **REFERÊNCIAS** 145
APÊNDICE A 156
APÊNDICE B 158
APÊNDICE C 164
APÊNDICE D 170
APÊNDICE E 192
ANEXO A 212
ANEXO B 227

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por diversas transformações de cunho social e econômico resultando em mudanças nas condições e características de saúde das populações. Como exemplo pode-se citar o maior controle das doenças infectocontagiosas e o consequente aumento e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, que contribuem para a transição demográfica e se expressam no aumento da expectativa de vida e na diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Isso gera um desafio na definição e implementação de políticas que agreguem qualidade ao aumento da longevidade e promovam saúde, com a redução dos fatores de risco e controle das doenças crônicas (Brasil, 2012; 2017).

Esse quadro apresenta maiores agravantes em razão das alterações recentes da conjuntura econômica nacional, com o aumento do desemprego. Os dados da PNAD Contínua publicados em abril de 2018 indicam uma taxa de desocupação de 13,1% da população economicamente ativa, o que equivale a um universo de 13,7 milhões de pessoas desempregadas e 90,6 milhões de trabalhadores em atividade. Esse mesmo inquérito revela que desde o início de 2015, quando o desemprego alcançava 7,9%, essa taxa vem aumentando, devendo ainda ser considerado o contingente de pessoas que entra no mercado de trabalho. O contingente de empregados do setor privado com carteira assinada também vem caindo, bem como o de trabalhadores sem carteira assinada (Agência IBGE Notícias, 2018; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017). Consequência desse cenário fica refletida na população usuária da saúde suplementar, representada pelos serviços privados. As informações divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, (2018) demonstram que a população usuária de planos privados de saúde vem caindo desde dezembro de 2014, de 50.395.545 para 47.118.945 beneficiários em março de 2018. Segundo a ANS, estima-se que 22,7% da população brasileira esteja coberta por serviços privados, sendo que em passado recente - dezembro de 2015 - esse número era de 24%.

Exemplificando a criticidade dessa situação, as informações referentes aos repasses da União ao Estado de São Paulo para financiamento de todas as ações do SUS entre 2016 e 2017 apresentaram um acréscimo da ordem de 0,4% (de R$ 12.797 milhões para R$ 12.856 milhões), conforme o Portal Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE, do Ministério da Saúde, (2018). Considerando-se que a inflação oficial do IPCA em 2017 foi de 2,95%, verifica-se, portanto, uma diminuição relativa nos repasses.

Esses fatores indicam claramente uma maior demanda aos serviços públicos de saúde pela população, contrapondo a um menor financiamento da assistência à saúde, podendo implicar na degradação dos serviços prestados, particularmente na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco.

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2013) são considerados fatores de risco à saúde a inatividade física, o tabagismo, a alimentação não saudável e o uso abusivo de álcool. Doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer e doença pulmonar crônica são condições associadas a esses fatores. É possível prevenir a maioria destas doenças por meio do controle dos fatores de risco, incluindo obesidade e hipertensão. Também é possível alterar seu curso, melhorando seu prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos, o que gera não só alta efetividade como é custo-efetiva (Barreto, 2013). Essas ações incidem em alterações nas técnicas e estratégias para o setor de saúde, suscitando o engajamento dos agentes públicos e privados na sua promoção, o que para Malik e Ogata (2017) possibilita a esses atores o desenvolvimento de um ambiente de cooperação capaz de influenciar nas decisões das pessoas e melhorar seu bem-estar. Num palco de aumento pelos serviços públicos e diminuição de investimentos públicos, as empresas assumem ou deveriam assumir papel central nas ações de promoção à saúde.

Entende-se que a prática de ações de promoção de saúde efetuadas pelas empresas é tão importante quanto a promoção de saúde nas comunidades, visto que é nas empresas que se desenvolve o trabalho, parte significativa da vida das populações (Oliveira & Limongi-França, 2005). Essas práticas requerem das organizações o desenvolvimento de um conjunto de ações que envolvem o diagnóstico adequado dos fatores de risco e das condições ambientais do trabalho, além da implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais, de modo a oferecer condições plenas de desenvolvimento humano (Albuquerque & Limongi-França, 1998).

Programas de saúde no local de trabalho devem ser construídos a partir de uma abordagem sistemática, coordenada e abrangente. Os resultados gerados a partir da implementação dessas ações podem promover mudanças no comportamento, saúde e moral da força de trabalho e nos custos com saúde, produtividade e cultura para as organizações (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2016). Os programas devem contemplar o conceito ampliado na produção de saúde, que abrange responsabilização, continuidade da atenção,

construção multiprofissional de projetos terapêuticos e busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias. Esses programas devem estar presentes na organização do trabalho em instituições como hospitais, objeto dessa pesquisa, e o trabalhador deve se comprometer com esse movimento para a consolidação do avanço das ações de promoção de saúde e bem-estar (Feuerwerker & Cecilio, 2007).

A implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar de funcionários e familiares em organizações hospitalares permite buscar o compromisso das organizações pela adoção de políticas, incentivos e formação de lideranças, o que caracteriza uma 'Cultura de Saúde'. Autores como Fabius *et al.* (2013) ressaltam que é imprescindível a realização de mais estudos para compreender melhor o valor da construção desse conceito, pois evidências demonstram que força de trabalho saudável pode proporcionar vantagens competitivas no mercado, sendo que no Brasil, Baptista e Silva (2011) relatam a ausência de diagnósticos e de práticas sobre esse tema nas organizações.

Hospitais constituem uma parcela dos serviços de assistência à saúde, estando entre as organizações que garante à sociedade sua concretização. Essa ação depende fundamentalmente da qualidade da inter-relação do trabalho dos vários profissionais que atuam no setor. O cuidado final destinado aos usuários é o resultado do processo operado pelos trabalhadores dessas corporações (Cecílio & Merhy, 2003). A ação de cuidados destinados aos trabalhadores do hospital e seus familiares, para além daqueles referentes à saúde ocupacional, torna-se premente na medida em que os colaboradores devem estar saudáveis para promover saúde e bem-estar aos usuários dessas organizações.

Essas premissas nos direcionaram às seguintes indagações:

- É possível a construção de uma 'Cultura de Saúde' em hospitais?
- Gestores de recursos humanos, de benefícios, de planos de saúde e de promoção de saúde e bem-estar e membros dos comitês de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho, atuantes em hospitais de excelência brasileiros, possuem entendimentos semelhantes relativamente às ações de saúde e bem-estar?
- Como essas ações e seus resultados são estruturados?

Face à escassez de estudos e informações consistentes sobre o tema, tenciona-se contribuir na construção de um cenário para uma gestão mais efetiva no que diz respeito às

ações empreendidas pelos hospitais para melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores e seus familiares. Essa pesquisa busca também contribuir para o entendimento das relações entre gestores de recursos humanos, de benefícios, de planos de saúde e de promoção de saúde e bem-estar e membros do comitê criados para lidar com essas questões voltados a funcionários e familiares. Foram eleitos como *loci* da pesquisa os hospitais de excelência brasileiros, com o pressuposto da existência desses programas, considerando a construção de uma 'Cultura de Saúde' nos hospitais pesquisados.

1. 1 Objetivos

1.1.1 Geral

Analisar as ações de saúde e bem-estar nos hospitais de excelência sob a ótica dos gestores de recursos humanos, benefícios, planos e promoção de saúde e membros dos comitês de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho de hospitais.

1.1.2 Específicos

i) Caracterizar as ações de construção da Cultura de saúde em hospitais conforme o entendimento dos seus gestores e membros dos comitês

ii) Identificar ações de prevenção dos fatores de risco e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) implementadas pelos hospitais direcionadas aos colaboradores e seus familiares, conforme o entendimento dos seus gestores e membros dos comitês;

iii) Identificar impactos resultantes da implementação dos programas de saúde e bem-estar pelos hospitais, conforme o entendimento dos seus gestores e membros dos comitês;

1. 2 Estrutura do trabalho

Esse trabalho encontra-se organizado em cinco partes, quais sejam:

A primeira parte apresenta os aspectos introdutórios, contendo a apresentação do tema, sua contextualização e enunciados, juntamente com os problemas da pesquisa e os objetivos geral e específicos;

A segunda desenvolve o referencial teórico detalhando os principais aspectos relacionados à construção da Cultura de Saúde: a humanização e o cuidado, a cultura organizacional, a saúde populacional, as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, a cultura de saúde e os hospitais de excelência;

Em seguida, estão apresentados os aspectos metodológicos, com especificação dos sujeitos da pesquisa, dos três hospitais pesquisados, dos instrumentos utilizados para o levantamento dos dados e dos métodos de análise utilizados para a obtenção de respostas às perguntas da pesquisa e consecução dos objetivos. Foram utilizadas entrevistas e a aplicação aos sujeitos da pesquisa, a versão brasileira do questionário *CDC Worksite Health ScoreCard*, com tratamento dos dados por meio de análise estatística descritiva, análise do conteúdo, com o uso do software *NVivo Pro 11* e posterior triangulação dos dados.

Na sequência, estão apresentados os resultados, considerando as análises dos hospitais pesquisados e a avaliação dos programas destes pelos sujeitos de pesquisa.

A última seção traz as discussões dos resultados, além das limitações do trabalho e das sugestões para a realização de futuras pesquisas relacionadas ao aprimoramento das ações de saúde e bem-estar e a consequente construção de uma Cultura de Saúde pelos hospitais.

2 SAÚDE E ORGANIZAÇÕES

Essa seção apresenta alguns conceitos sobre temas que compõem o cotidiano dos hospitais e que constituem o objeto desse trabalho, a construção de ações de promoção de saúde e bem-estar nessas organizações, culminando na construção de uma Cultura de Saúde.

2.1 O cuidado

O significado de 'cuidar' permite inferir que essa ação é fundamento inerente do ser na relação com os outros e com o meio; ela se instala no processo de desenvolvimento e crescimento, tanto do sujeito como do paciente, nas diferentes sociedades e culturas (Waldow, 2010). Mayeroff (1971) entende que cuidar é ajudar o outro a crescer, numa experiência mútua, não importando se o outro é uma idéia, uma obra de arte, uma pessoa ou uma comunidade. É um processo, uma maneira de se relacionar com alguém que envolve seu desenvolvimento, não como um sentimento isolado ou um relacionamento momentâneo.

Para Hirata (2005) e Hirata e Guimarães (2012), o trabalho de cuidar vem se expandindo em todo o mundo, reflexo do envelhecimento das populações, particularmente dos países desenvolvidos, o que requer respostas imediatas do Estado e da sociedade de uma forma geral. Aliado a isso, a entrada das mulheres no mercado de trabalho vem confiando fundamentalmente a estas o encargo do cuidar, seja dos idosos que não possuem autonomia, das crianças, dos deficientes e doentes. Deve-se ainda serem consideradas as características de cada contexto econômico, político e cultural, conferindo particularidades de uma relação social em que estão presentes as desigualdades e/ou antagonismos de classe, gênero ou etnia. Isso vem implicando na alteração do mercado de trabalho, com a reordenamento das organizações e a necessidade de competências e qualificações na organização do trabalho com aspectos na sua remuneração, qualidade dos serviços e condições de trabalho.

Gilligan (2003) propõe que a obrigação moral, para as mulheres, está situada na necessidade de cuidar, diferentemente de uma ética masculina, pautada por valores universais de justiça. Assim, compreender a ética do cuidado estimula o reconhecimento da responsabilidade de uns para com os outros, sendo que a consciência de valor moral e a comunicação cooperativa são efeitos de um relacionamento que se estabelece entre os sujeitos. Tais atos fortalecem as conexões e a solução de conflitos. Para Noddings (2003), a ética da responsabilidade e das relações não permite aplicar princípios universais; o cuidado é um ideal

ético, denominado ‘virtude ativa’, que necessita do sentimento natural e da memória de momentos em que se foi alvo de cuidado ou durante os quais se dispensou cuidado a outrem. Agir como cuidador inclui afeto e consideração, promovendo o bem-estar alheio.

Leininger (1978) afirma que o cuidado humano envolve diferentes dimensões pertencentes ao universo tradicional, concebido por meio das crenças e do folclore, segundo características culturais. O chamado cuidado profissional, por sua vez, diz respeito ao cuidado com os indivíduos sujeitos aos diferentes sistemas de saúde sob a égide de cada categoria. No campo da prática da enfermagem, Watson (2007) propôs diretrizes humanizadoras, as quais determinam a teoria do cuidado humano transpessoal, referente ao mundo subjetivo do enfermeiro e do paciente (Watson, 2007; Favero, Marineli, Lacerda, Mazza & Kalinowski, 2009).

A noção de cuidado como forma de resistência à “(des)subjetivação” do indivíduo frente aos processos de dominação e subjugação, por sua vez, é construída na trajetória do pensamento de Michel Foucault, que considera dois grandes objetos de estudo: o Biopoder e a Biopolítica. Por Biopoder entende-se, sinteticamente, a prática dos Estados modernos em estabelecer formas de regulação e domínio do sujeito, subjugando-o, sendo, portanto, os mandantes da vida (Foucault, 1982; Betancourt, 1984). A Biopolítica vai se ocupar dos processos biológicos relacionados à comunidade e sua regulação; para melhor compreensão do corpo, é preciso não apenas descrevê-lo e quantificá-lo – por exemplo, em termos de natalidade, mortalidade, fecundidade, fluxos migratórios –, mas também, por sua análise, síntese e consequente diagnóstico, possibilitar a produção de múltiplos saberes, como a Estatística, a Demografia e a Medicina Sanitária (Foucault, 1982; Betancourt, 1984). Isso possibilita a construção de uma cultura que, se por um lado permite ao indivíduo se manter independente da regulação exterior, por outro lado produz mudança de si enquanto sujeito de conhecimento próprio (Foucault, 2004; Trindade, 2016).

Boff (1999) entende que a reflexão sobre a natureza precípua do cuidado não pode se fundamentar em uma razão analítica e cartesiana. Sua gênese se dá a partir da construção de laços afetivos com pessoas e situações, atribuindo valor a essa relação. É, portanto, a partir do sentimento e, por conseguinte, da capacidade de simpatia e empatia que sensibilizam o homem que se dá a construção do afeto. Trata-se de uma construção humana face à grandeza da vida e da natureza. Para Roach (2002), a capacidade de cuidar é essencial para o desenvolvimento do

ser. Considera que o cuidar resgata a humanidade frente à desorganização das sociedades atuais, como resposta à desarmonia, desintegração e doença. Definem-se cinco comportamentos básicos do cuidar: compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso.

Não há, portanto, uma idéia única e universal de cuidado, mas um conjunto de noções estruturadas por fundamentos básicos e narrativas distintas e complementares. Esse conjunto abarca atos, comportamentos e atitudes que envolvem conflitos éticos e cenários culturais, tecnológicos e sociais distintos. O modo de cuidar vai depender da situação, da forma em que se dá a relação e motivo da atenção, sendo que somente este pode fortalecer o próprio eu e os outros, possuindo dimensões pessoais, organizacionais, políticas, culturais, sendo objeto de diferentes disciplinas do conhecimento, com crescente importância na economia e na ocupação da mão de obra especializada aliada à sua formação (Zoboli, 2004; Kuhnen, 2009; Valdow, 2011; Braunstein, 2012; Hirata & Guimarães, 2012).

2.2 A humanização na assistência à saúde

Contextualizar cuidado em saúde torna-se imprescindível não apenas para perceber seu papel na dinâmica das organizações, particularmente nas instituições de assistência à saúde, mas também na estruturação da política de humanização que propôs a alteração da cultura de atendimento à saúde no Brasil. Em 1999 foi instituído o programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar objetivando a ética nas relações, considerando as especificidades e necessidades do usuário e do profissional. Em 2003 o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, com os seguintes princípios teóricos e metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos (Barbosa, Meneguim, Lima & Moreno, 2013). Para a prática dos princípios estabelecidos na política é necessário o aprimoramento das relações entre os profissionais da saúde, entre usuários e profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias) (Brasil, 2000). Aqui surgem inúmeras implicações, devendo-se considerar diferentes aspectos. O primeiro se refere ao próprio conceito de humanização. A política nacional (Brasil, 2000) não explicita claramente o significado de humanização, entretanto se refere à necessidade de reorganizar a assistência buscando a substituição de formas (simbólicas) de violência (caracterizadas por uma relação assimétrica no atendimento médico, em que a humanidade do paciente é desconstruída) a partir de um modelo centrado na construção de um novo diálogo

entre usuários, profissionais e gestores. O segundo aspecto reside na melhoria da qualidade dos serviços prestados em articulação com os avanços tecnológicos. O terceiro se baseia na necessidade de assegurar melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde, além da constituição de equipes de trabalho saudáveis (Brasil, 2000; Brasil, 2003; Deslandes, 2004, Oliveira, 2007).

Em consonância com a política brasileira, a partir da primeira década do atual século o *Institute for Healthcare Improvement* (2016) passou a preconizar a adoção da estratégia denominada "*Quadruple Aim*", para alcance de quatro dimensões visando à efetividade das ações empreendidas pelo hospital: a) melhorar a experiência do paciente/indivíduo em relação à assistência; b) aumentar a qualidade da prestação dos serviços de assistência à saúde; c) reduzir os custos per capita do atendimento à saúde e d) melhorar a atividade das instituições na prestação de cuidados em saúde e qualidade de vida, promovendo saúde e bem-estar à força de trabalho. Essa estratégia conjuga, simultaneamente, diferentes fatores e características próprias de organizações em busca de melhoria, contemplando o processo de humanização e possibilitando a incorporação de uma política institucional às estratégias corporativas (Sikka, Morath & Leape, 2015).

Desse modo, estando conceituados e definidos os objetivos da humanização da assistência, coadunada aos princípios do *"Quadruple Aim"*, bem com o do sentido do 'cuidar', em suas diferentes dimensões e implicações, entende-se que às organizações de assistência cabe estabelecer em suas políticas internas diretrizes que possibilitem o desenvolvimento do exercício do cuidar humanizado.

2.3 Cultura Organizacional

O conceito de cultura pode ser pensado em várias dimensões, seja sob a ótica filosófica, sociológica, antropológica, política, econômica ou até mesmo religiosa. Nesta reflexão, pensar sobre cultura visa a compreender sua dimensão nas organizações, seu significado enquanto história, conhecimento, normas institucionais, moral, valores, experiências e crenças que conduzem o comportamento das pessoas de um grupo e são compartilhados e apreendidos de tempos em tempos (Helman, 2009). Indivíduos reunidos em um mesmo grupo constroem e compartilham significados que refletem sua maneira de sentir, pensar e agir. Cultura pressupõe a possibilidade de adaptação do indivíduo ao grupo em que ele se insere e onde se revelam os

valores e as crenças partilhados por seus integrantes por meio de processos comunicativos que podem ainda incluir símbolos, rituais, lendas e histórias, o que o torna essencialmente um ser de cultura. A cultura se expressa como um padrão coletivo, traduzindo-se numa construção de significados partilhados por pessoas de um grupo social (Pires & Macêdo, 2006).

Segundo Hall (1978) a cultura não é inata, mas aprendida e compartilhada, determinando as diferenças entre os grupos de pessoas, constituindo meio de comunicação dos indivíduos e sendo transmitida de geração a geração. Fleury e Fischer (1989) argumentam que a cultura, como um conjunto de valores e pressupostos expressos por elementos simbólicos, é responsável por construir a identidade da organização e age tanto como elemento de comunicação como também oculta relações de dominação. Freitas (2008) afirma que dimensões representadas pelos indivíduos, organizações e sociedade se configuram como elementos indissociáveis de um mesmo processo devido à impossibilidade da existência individual sem a sociedade, sem cultura e identidade. Por outro lado, a sociedade inexiste sem os indivíduos e as instituições que a modelam.

Dessa lógica decorre a importância do significado de cultura no contexto organizacional, visto que são as pessoas as responsáveis por determinar e compartilhar seus valores pessoais em ações referentes ao seu grupo social. As organizações podem ser concebidas a partir de pequenos grupos de pessoas (micro sociedades) ajustados e aproximados pelas mesmas particularidades, inseridos em determinado contexto social e atrelados a um mesmo objetivo. São sistemas culturais constituídos por um arcabouço de valores e normas formulados pelos grupos sociais e que, ao mesmo tempo, estabelecem e orientam o comportamento das pessoas ali inseridas, numa troca constante que resulta na formação da cultura da organização (Schein, 2009; Hofstede, Hofstede & Minkov, 2010; Muzzio, 2012).

Por meio das interações e dinâmicas desses grupos sociais, seja na forma de pensar, agir e/ou trabalhar, criam-se vínculos que resultam na construção de regras, valores e práticas inerentes ao grupo, gerando microculturas dentro das organizações, como níveis hierárquicos ou categorias profissionais. Ao analisar a cultura organizacional de uma instituição, portanto, pode-se focar na cultura dominante e em suas microculturas, a fim de identificar o que é comum entre elas, possibilitando um alinhamento da cultura global da organização (Cameron & Quinn, 2011).

A partir dos anos 1980, estudos voltados à cultura organizacional começaram a se intensificar, justificados em alguns casos por modismo. Entretanto, dada a relevância do tema, perduram até hoje incorporados às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, reconhecendo-se que os aspectos culturais constituem qualquer tipo de análise e prática organizacional, impactando na gestão dessas instituições (Freitas, 2007; Muzzio, 2012). Segundo Chu e Wood (2008), no Brasil, autores como Freitas (1991; 1997), Motta, (1996), Barros e Prates (1996), Vergara, Moraes e Palmeira (1997), Motta e Caldas (1997) intensificaram seus estudos em cultura organizacional embasados em aspectos históricos, socioculturais e econômicos do país. Foram identificados componentes utilizados para conceituar traços culturais que fazem parte das organizações brasileiras e que, portanto, definem sua forma de gestão. O chamado 'jeitinho brasileiro' traduz uma postura conformista de lidar com a realidade legal que se apresenta injusta e inaceitável; a 'desigualdade de poder e hierarquia' revela a força de autoridade dos superiores; a 'flexibilidade' traduz-se pela capacidade de adaptação em diferentes situações e a criatividade como a capacidade de inovação; a 'plasticidade' revela-se pela aceitação de modelos estrangeiros em detrimento dos desenvolvidos localmente; o 'personalismo' prioriza interesses pessoais aos interesses coletivos; e o 'formalismo' se caracteriza pelo apego a leis e regras, que em muitos casos distancia o preconizado do realizado.

Para Jericó, Peres e Kurcgant (2008), cultura organizacional é resultado das crenças e valores contidos na atuação dos trabalhadores nos diferentes níveis hierárquicos da organização, que conduzem a trajetória a ser seguida frente às distintas alternativas de ação, determinando a identidade do grupo e do indivíduo. É considerada, portanto, um fenômeno completo e social que reflete a história da organização. É possível afirmar que a cultura organizacional determina diversas dimensões da instituição, no que diz respeito ao comportamento dos gestores e subordinados, ao modelo de gestão adotado, suas estratégias e relações de trabalho e organização. De acordo com Santos (2007), é possível relacionar a cultura organizacional a diversas variáveis, tais como satisfação e motivação, prazer e sofrimento, clima e eficácia organizacional, estresse ocupacional e qualidade de vida no trabalho, dentre outras. Assim, é de fundamental importância conhecer a cultura organizacional, a fim de garantir a sobrevivência e consistência da organização. Particularmente em organizações de saúde, a cultura organizacional se caracteriza de maneira complexa, face à natureza dos serviços prestados, ao conflito das relações de trabalho e aos tipos de produção de assistência que envolvem diferentes categorias profissionais, cada qual construída historicamente a partir de

suas respectivas microculturas. Isso acarreta dificuldades no diagnóstico de situações destes conflitos, requerendo dos hospitais esforços significativos para a sua resolução (Prochnow, Leite, Erdmann & Trevisan, 2007; Santos, 2007; Carvalho, Rocha, Marziale, Gabriel & Bernardes, 2013).

Em hospitais, a cultura organizacional apresenta-se como um conjunto de referências organizadas e compartilhadas, considerando ainda que estes requerem ambientes humanizados ou saudáveis, com a necessidade de alteração nos modos de pensar, agir e comunicar. Visto que a cultura da organização se constitui a partir do processo de comunicação entre os partícipes na busca de aprendizagem em consenso, é necessário que essa comunicação esteja perfeitamente alinhada, sob o risco de suas configurações serem questionadas (Rivera, 2003). Portanto, a cultura organizacional estabelece um padrão de pressupostos compartilhados que foram aprendidos e adaptados por um determinado grupo, garantindo que os novos integrantes engajados na organização tenham acesso a tais conceitos (Schein, 2009). Pode ser entendida como um aglomerado de significados compartilhados pelos integrantes da organização, configurando a identidade coletiva do grupo (Vaitsman, 2000). Tais significados e percepções expressam crenças e representam os valores organizacionais que podem ser considerados como aspectos formadores da sua identidade (a trajetória da instituição, o comportamento dos trabalhadores etc.), podendo exercer influência no ambiente de trabalho e no dia a dia dos processos de funcionamento das organizações (Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002; Tamayo, 2004).

Associados a essas características próprias das instituições de saúde é possível ainda identificar traços essenciais que fazem parte da cultura organizacional. Por exemplo, as relações de poder e hierarquia que servem para confirmar o domínio do saber médico; as questões do personalismo ou individualismo das diversas categorias profissionais da saúde, que podem expressar sua importância em detrimento de um todo; o formalismo presente, traduzido por normas e regras que podem não evidenciar a real necessidade das práticas em saúde. Segundo Santos (2007), é necessário que os gestores compreendam a complexidade das organizações de saúde no que tange aos seus valores, regras, crenças, percepções e pressupostos (que muitas vezes não são facilmente observados ou apreendidos, embora estejam presentes), a fim de que sua força de trabalho possa ser motivada a agir em determinadas direções, de acordo com as diretrizes da organização.

Estudo realizado por Rocha, Marziale, Carvalho, Id e Campos (2014) pretendeu analisar a cultura organizacional de um hospital geral público do interior do estado de São Paulo na perspectiva de trabalhadores de enfermagem. Os resultados obtidos comprovaram a relação entre cultura organizacional e o modelo de gestão e organização do trabalho adotado na referida instituição, ficando evidente que modelos tradicionais de administração e princípios da organização, historicamente incorporados pelos gestores e trabalhadores, fundamentam as práticas de trabalho e definem os valores e práticas. Segundo relatos do estudo, os valores e as práticas vivenciados pelos trabalhadores ligados a hierarquização são o controle, rigidez no trabalho, individualismo e competição entre os mesmos e a desvalorização profissional. Tais resultados, segundo os autores, fortalecem a fragmentação do cuidado, dificultam o desenvolvimento da interdisciplinaridade na atenção à saúde e, consequentemente, afetam a qualidade dos serviços prestados. Outro estudo, conduzido por Vegro, Rocha, Camelo e Garcia (2016), objetivou avaliar os valores e práticas que caracterizam a cultura organizacional de um hospital privado do interior do estado de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Os resultados apontaram que, apesar de oferecer serviços de qualidade aos pacientes e manter ambiente de trabalho adequado, os trabalhadores percebem a existência de controle e rigidez no trabalho e a hierarquização das relações de poder, o que dificulta a participação do trabalhador no processo decisório, prejudica a comunicação e o relacionamento interpessoal, levando à insatisfação, desmotivação e até mesmo ao adoecimento. Esses estudos podem ser considerados bons exemplos para o entendimento da cultura organizacional em hospitais, pois embora tratem de organizações com características distintas, exemplificam a cultura vigente da organização.

Portanto, para realizar o presente estudo fez-se necessário compreender a cultura organizacional das instituições de saúde. Isso permitiu o melhor entendimento do modelo de gestão e da organização do trabalho, além de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, da assistência, do trabalho em equipe, da integralidade do cuidado, da humanização das relações interpessoais e da valorização dos seus trabalhadores e consequentemente de sua saúde.

2.4 Saúde Populacional e Saúde no Trabalho

A compreensão dos modelos cultural e de gestão das organizações de assistência à saúde é elemento importante na deteminação da efetividade dos serviços prestados. Sendo assim, é

necessário que as organizações percebam o significado da saúde dos seus integrantes, usuários e da sociedade, considerando suas características socioculturais, econômicas, ambientais e o respectivo perfil epidemiológico. Saúde é um recurso para a vida e não um objetivo; um conceito positivo que contempla diferentes recursos e suas capacidades físicas e psicológicas. Pode ser representada, operacionalmente, em nível individual ou populacional (Starfield, 2001).

A saúde populacional oferece um modelo conceitual para o estudo do bem-estar e de sua variabilidade entre populações. Delimitar uma população é um passo fundamental para definir seu estado de saúde, determinada segundo região geográfica e estratificada com base na demografia (fatores como sexo, idade, condição socioeconômica, aspectos físicos, comportamentais e mentais) e em características epidemiológicas. Deve-se considerar como as pessoas vivem, onde vivem e as dificuldades que enfrentam. A saúde populacional é, portanto, multidimensional (Fabius, Nash, Skoufalos, Clarke & Horowitz, 2015).

O conceito de saúde populacional teve origem no Canadá e vem sendo debatido desde os anos 90 (Evans, Barer & Marmor, 1994). O termo surgiu com a inquietação em se descobrir por que algumas pessoas são saudáveis e outras não. Essa busca destaca a importância de conhecer os determinantes de saúde (Kindig & Stoddart, 2003). Tais determinantes consistem em uma variedade de interações entre influências proximais e distais na saúde de indivíduos e de populações, incluindo o contexto político, as políticas, a distribuição do poder e de riqueza, os ambientes social e físico, o sistema de saúde e seus serviços e as características genéticas, biológicas e histórico-culturais, segundo Starfield (2001). Para o autor, as ações estão relacionadas não somente com a saúde de indivíduos, mas também com a natureza da distribuição da saúde por toda a população. Portanto, ações em saúde populacional têm o objetivo de manter e melhorar a saúde de toda a população e reduzir a desigualdade entre os grupos (Kindig & Stoddart, 2003).

Para a compreensão adequada da dimensão de saúde populacional, pode-se utilizar o esquema proposto por Dahlgren and Whitehead (1991), denominado “Determinantes da Saúde”. Atendendo à premissa de que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros e desconsiderando as desigualdades de adoecimento referentes à faixa etária e às diferenças de doenças específicas de cada sexo, identificando e sistematizando as informações, ficam evidenciadas as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, sendo, portanto, consideradas injustas e inaceitáveis. Essas relações

apresentam-se mais complexas que a simples relação causal e direta da ocorrência de doenças. Daí a denominação de ‘determinantes sociais da saúde’ e não simplesmente ‘causas sociais da saúde’. Esses determinantes incluem as condições mais gerais: sociais, econômicas, culturais e ambientais (relacionadas com as condições de vida e de trabalho, tais como moradia, saneamento, condições do ambiente de trabalho, acesso aos serviços de saúde e educação), bem como a interface dos círculos sociais e comunitários (Batistela, 2007).

Pellegrini (2011) considera ainda que as intervenções devem estar coordenadas como políticas públicas estruturadas nos diversos setores da sociedade, fundamentadas em conhecimentos e informações técnicas e científicas conduzindo ações nas seguintes vertentes:

- políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade;

- políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo o acesso ao saneamento, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade;

- políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando relações de coletividades;

- políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e aumento da qualidade de vida.

Pesquisas em saúde populacional usam um conjunto de métodos e abordagens que examinam as diferenças entre as populações, a complexidade das interações entre determinantes de saúde, os mecanismos biológicos e a influência dos diferentes determinantes no tempo e em ciclos de vida (Kindig & Stoddart, 2003). As condições de saúde resultam, portanto, da interação de forças sociais e econômicas associadas a questões biológicas e fatores ambientais, considerando ainda o impacto de políticas de saúde e intervenções, além de novos hábitos sociais, culturais, tecnológicos, cuidados médicos e o envelhecimento da população, que levam a uma nova dinâmica epidemiológica, com destaque para doenças crônicas e seus fatores de risco. Desta forma, é possível compreender como os indivíduos e grupos enxergam seu próprio mundo, suas relações sócio-políticas e como podem criar uma sociedade saudável (Kinding & Stoddart, 2003; Coburn *et al*., 2003; Fabius *et al*., 2015).

Para o *World Economic Forum* (WEF, 2017), a saúde centrada no ser humano é uma estratégia que pode melhorar o gerenciamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes no mundo: doenças cardiovasculares, mentais, respiratórias, câncer, obesidade e diabetes, que em seu conjunto deverão representar US$ 47 trilhões de atividade econômica perdida nas próximas décadas. Essa estratégia pode alavancar os preceitos da economia comportamental para impulsionar a prevenção e melhoria no tratamento de DCNTs.

Para Ávila e Bianchi (2015), contrapondo-se à visão da economia tradicional, os fundamentos da economia comportamental esclarecem que as pessoas têm suas opções de consumo e investimento baseadas na experiência pessoal, hábitos e regras práticas simplificadas, aceitam passivamente soluções apenas satisfatórias e tomam decisões rapidamente e de curto prazo, além de serem fortemente influenciadas pela emoção e pelas decisões das pessoas com as quais interagem. Portanto, a economia comportamental propõe maior realismo no entendimento das escolhas individuais e dos processos de mercado, sendo que os economistas dessa linha agregam um conjunto heterogêneo de fatores de natureza psicológica e emocional, conscientes ou inconscientes, que afetam o ser humano em seu cotidiano. Numa primeira etapa, propõem o desenvolvimento de conhecimentos e ferramentas de longo prazo, objetivando mudanças de comportamento das pessoas, podendo conduzi-las a estilos de vida mais saudáveis para a prevenção das doenças crônicas. Em continuidade, consideram oportunidades de cooperação público-privada para a prevenção de doenças em comunidades, locais de trabalho, cidades, estados, potencializando seu raio de ação. Entende-se que tais fundamentos propiciam maior entendimento sobre as demandas individuais relacionadas às mudanças de consumo e consequentemente do estilo de vida, revelando possibilidades na tomada decisão quanto às necessidades próprias para uma vida sustentável. O fato de que um dos estruturadores da Economia Comportamental, Richard Thaler, tenha recebido o prêmio Nobel de Economia em 2017, indica a solidez e a contemporaneidade dessa linha de pensamento.

No contexto intrínseco das organizações em saúde ocupacional, associados aos fundamentos de saúde populacional, Fernandes e Ferreira (2015) apontam para o aumento dos casos de síndrome de burnout, distresse e de distúrbios osteomusculares relacionadas à rotina do trabalho. Esse aumento decorre da intensificação dos processos de trabalho e do uso das novas tecnologias de informação e comunicação, que são decorrentes das profundas e aceleradas transformações das relações de trabalho, além do crescente uso de indicadores

críticos como erros, retrabalho, queda da produtividade e qualidade, aumento do presenteísmos de do absenteísmo, acidentes e doenças de trabalho e finalmente suicídio e queixas recorrentes de clientes e cidadãos usuários. Essas questões têm a investigação de aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho – QVT.

Para Ferreira (2012), Qualidade de Vida no Trabalho – QVT, visto sob a ótica das empresas e trabalhadores pode ser assim definida:

> [...] um preceito de gestão organizacional que se expressa por um conjunto de normas, diretrizes e práticas no âmbito das condições da organização e das relações socioprofissionais de trabalho que visa à promoção do bem-estar individual e coletivo, o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e o exercício da cidadania organizacional nos ambientes de trabalho. [...] na ótica dos trabalhadores, ela se expressa por meio das representações globais (contexto organizacional) e específicas (situações de trabalho) que estes constroem, indicando o predomínio de experiências de bem-estar no trabalho, de reconhecimentos institucional e coletivo, de possibilidade de crescimento profissional e de respeito às características individuais.

Para a análise de dados e informações, Ferreira (2012) fez uso dos conceitos de Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho, que pode ser definida como abordagem fundamentada em conhecimentos interdisciplinares das ciências da saúde e humanas, compatibilizando as características e necessidades dos usuários com as tecnologias e os produtos existentes, buscando humanizar o ambiente social e técnico do trabalho. O modelo teórico proposto apresenta representações dos trabalhadores em duas modalidades de representação afetivas: bem-estar e mal-estar no trabalho, com dinâmicas positivas, que representam ‘saúde’, e negativas (‘doença’), com a presença de zona intermediária, determinando que não existe uma delimitação clara de onde terminam e onde começam os sentimentos investigados de bem-estar no ambiente de trabalho.

Os diversos trabalhos investigados pela pesquisadora, descritos principalmente por Ferreira (2011), indicam uma maioria de ações voltadas fundamentalmente para o aumento da produtividade em detrimento da qualidade de vida e da promoção da saúde dos colaboradores. Prevalecem ações de cunho assistencialista, de certa forma descolados das efetivas necessidades e demandas dos trabalhadores. Finalmente é importante ressaltar que as representações de bem e mal-estar tem origem em cinco fatores: condições de trabalho; Organização do Trabalho; Relações Socioprofissionais de Trabalho, Reconhecimento e Crescimento Profissional e Elo de Trabalho-Vida Social. Entende-se que essas dimensões,

circunscritas apenas à organização (saúde ocupacional) consideram as dimensões necessárias e abrangentes para a investigação dos propósitos de saúde e bem-estar (e mal-estar) de colaboradores nas empresas.

2.5 As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis - DCNTs

As Doenças Crônicas não Transmissíveis constituem um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014**)** relatam que essas doenças são responsáveis por 68% das 38 milhões de mortes ocorridas em 2012 no mundo, aproximadamente 26 milhões de óbitos. O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, denominado 'epidemia das DCNTs', estabelece a necessidade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população para o exercício de suas atividades profissionais em uma economia globalizada (Crimmins & Halberg 2009).

Nos Estados Unidos da América (EUA), as DCNTs vêm causando ameaça à competitividade das empresas com altos custos nos cuidados de saúde. Em 2010 o gasto total com as doenças cardiovasculares, incluindo cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, foi estimado em US$ 444 bilhões. O tratamento dessas doenças já representa cerca de US$ 1 de cada US$ 6 gastos em cuidados de saúde e, à medida que a população envelhece, espera-se que esses custos aumentem substancialmente. Embora doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e condições crônicas relacionadas a essas doenças estejam entre as mais comuns e dispendiosas de todos os problemas de saúde, elas também estão entre as mais evitáveis, estimando-se que 60% a 95% do risco de doença cardíaca são atribuíveis a comportamentos potencialmente modificáveis (Roemer *et al.,* 2013).

Países como Brasil, China, Rússia e Índia perdem anualmente mais de 20 milhões de vidas produtivas para as DCNTs, representando uma ameaça para a saúde e desenvolvimento mundial. A população com menor renda e escolaridade é a mais afetada por ter menor acesso a informações e assistência à saúde, além de estar mais exposta aos fatores de risco, contribuindo ainda mais para desigualdade social (Malta & Silva, 2013). Os efeitos diretos das DCNTs podem levar a incapacidades sociais e laborais, ocasionando sofrimento para as famílias e custos que oneram o sistema de saúde local. Ademais, aumentam significativamente os custos indiretos para a sociedade e governo, que são impactados pela diminuição da produtividade, pelo absenteísmo e pelos efeitos deletérios no cotidiano das pessoas afetadas (WHO, 2014).

Em 2030 é esperado um aumento de 65% no número relativo à perda de vidas produtivas. Tal fato representa ameaça significativa para a vitalidade da economia mundial, altamente inter-relacionada e interdependente, podendo ameaçar a sustentabilidade dos sistemas de seguridade social, já sobrecarregados em diversos países (WEF, 2008). Em 2017, o *World Economic Forum* (WEF, 2017) publicou mapa em que apresenta a carga global de doenças crônicas não transmissíveis e sua evolução ao longo das duas décadas anteriores. Esse período foi marcado pelo rápido crescimento econômico dos países em desenvolvimento e por melhorias na medicina e na saúde pública, que tiveram grande impacto na luta contra as doenças infecciosas. Agora a luta se volta contra os agravos das DCNTs, principalmente aqueles associados ao estilo de vida e envelhecimento.

Ainda segundo o WEF (2017), uma das variáveis apresentadas relativa à economia da saúde refere-se à *Disability - Adjusted Life Years* - DALYs (anos de vida perdidos por incapacidades, isto é, a soma dos anos de vida potenciais perdidos devido à mortalidade prematura e dos anos de vida produtiva perdidos devido à incapacidade). A tabela 1 apresenta a tendência global em relação a essa variável, tendo em vista o período de 1990 a 2015, considerando os maiores decréscimos e acréscimos ocorridos das doenças nesse período.

Tabela 1:
Tendência global de DALYS entre 1990 e 2015

Tendência Global DALYs decorrentes das DCNTs em 25 anos (1990-2015) em %		
Doenças	Maior decréscimo ocorrido	Maior acréscimo ocorrido
Doenças Cardiovasculares	62%	431%
Doenças Mentais	66%	460%
Câncer	67%	466%
Doenças Respiratórias	66%	462%
Diabetes	101%	707%
Total	67%	471%

Fonte: WEF (2017)

A partir da tendência global observa-se que, nos diferentes países pesquisados, o diabetes foi a doença que apresentou o maior percentual de diminuição (-101%) e em seu crescimento (+707%), seguida de câncer, doenças respiratórias, doenças mentais e cardiovasculares, indicando a existência de políticas de controle e tratamento em alguns países e a ausência desses em outros.

Dos países que compõem o BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), na projeção das mudanças em 25 anos nas DALYs para as DCNTs, o Brasil apresentou o maior valor percentual na prevalência total de todas as doenças. Especificamente por DCNTs, o maior aumento nas DALYs em relação ao diabetes ocorreu na África do Sul e no Brasil; na Índia foram as doenças mentais e cardiovasculares as que mais cresceram. No Brasil aumentaram o câncer e as doenças respiratórias, relativamente aos demais países, como mostra a tabela 2.

Tabela 2:
Mudanças nas DALYs nos BRICS* para doenças crônicas não transmissíveis em 25 anos (1990-2015)

DCNT Países	Todas - %	Cardiovasculares	Mentais	Câncer	Respiratórias	Diabetes
África do Sul	48	56	19	54	15	212
Brasil	57	43	51	96	22	147
China	21	32	9	39	-18	71
Índia	49	71	60	48	0	122
Rússia	15	26	15	0	-34	24

Fonte: WEF (2017)
Nota - BRICS: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

Em 2015 em nível global, as doenças cardiovasculares representaram a maior carga de DALYs por 100.000 habitantes decorrentes das DCNTs. As doenças mentais são a segunda maior causa de morbidade ou mortalidade prematura, por 100.000 habitantes, seguidas de câncer, diabetes e doença respiratória crônica, como vemos na tabela 3.

Tabela 3:
Tendências Globais das DALYs por 100.000 habitantes decorrentes das DCNTs 2015.

Carga Global	Tendência Global das DALYs por 100.00 habitantes
Doenças Cardiovasculares	15.036
Doenças Mentais	7.124
Câncer	6.552
Doenças Respiratórias	2.468
Diabetes	2.702
Total	28.120

FONTE: WEF (2017)

A tabela 4 demonstra que em 2015, dos países que compõem os BRICS, a Rússia apresentou o maior valor de DALYs decorrente de todas as DCNTs por 100.00 habitantes, principalmente das doenças cardiovasculares, mentais e câncer. O Brasil, relativamente aos

demais países, apresentou proporcionalmente o menor valor de DALYs das doenças. Os principais fatores de risco para essas doenças no Brasil foram, em ordem decrescente: a inatividade física da população, a alimentação não saudável e alto consumo do tabaco (WEF, 2017).

Tabela 4:
DALYs por 100.000 habitantes dos BRICS em 2015 - Anos de vida perdidos por incapacidade

DCNT Países	Todas	Cardiovasculares	Mentais	Câncer	Respiratórias	Diabetes
África do Sul	13.062	3.446	3.925	2.273	1.414	2.004
Brasil	12.888	3.825	4.558	2.384	1.104	1.017
China	13.847	5.006	3.360	3.536	1.300	645
Índia	13.056	4.610	3.902	1.209	2.376	960
Rússia	25.386	12.278	7.124	4.619	748	617

FONTE: WEF (2017)

2.6 Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil

Desde 2006 o Ministério da Saúde vem realizando pesquisa denominada *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* - Vigitel, considerando o perfil epidemiológico da população e envolvendo todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, com informações relevantes sobre os determinantes das doenças crônicas. A atualização contínua desses indicadores é fundamental para o monitoramento das metas previstas no *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil*, 2011-2022, bem como de seus efeitos (Brasil, 2012; Malta, Dimech, Moura & Silva, 2013), no *Plano Regional* (OPAS, 2014) e no *Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das DCNTs*, da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013).

As DCNTs no Brasil foram responsáveis, em 2011, por mais de 68,3% do total de óbitos relatados, destacando as doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%). Tais doenças mais que triplicaram entre 1930 e 2006. Entretanto, apenas um pequeno conjunto de fatores de risco determina a maioria das mortes por esses distúrbios. Podem ser destacados: tabagismo, consumo alimentar inadequado, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Brasil, 2012).

Dados do Vigitel, ano de referência 2016 publicados em 2017, demonstraram que 4,4% dos indivíduos avaliaram negativamente seu estado de saúde, sendo essa proporção maior em

mulheres (6,0%) do que em homens (2,5%). Em homens, a frequência dessa resposta tendeu a aumentar com a idade, diminuindo com a elevação do nível de escolaridade em ambos os sexos (Brasil, 2017). Na pesquisa foram considerados fatores de risco: hábito de fumar, excesso de peso, consumo de refrigerantes, doces e de alimentos fontes de gordura saturada, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas, além de menção ao diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Entre os fatores de proteção foram incluídos a prática de atividade física, o consumo de frutas, hortaliças e de feijão e a realização de exames para detecção precoce de tipos comuns de câncer em mulheres (Brasil, 2017). Uma síntese dos dados apresentados para as 27 cidades pesquisadas (Capitais dos Estados mais o Distrito Federal) pode ser observada na tabela 5:

Tabela 5:
Síntese dos fatores de risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal em 2016.

Fatores de Risco de DCNTs		Homens %	Mulheres %	Total%
Tabagismo		12,7	8	10,2
Excesso de peso / Obesidade		57,7	50,54	53,8
Consumo Alimentar	**Frutas/Hortaliças**	19,4	28,7	24,4
	Carnes gordurosas	43,1	22,5	32,0
	Hábito de alimentos doces	16,0	19,7	18
	Excesso refrigerantes	19,6	13,9	16,5
	Leite integral	59	51,2	54,8
	Consumo feijão	67,9	55,7	61,3
Atividade Física no tempo livre		46,6	29,9	37,6
Hábito de assistir TV e Internet		24,6	26,7	25,7
Consumo bebidas alcoólicas		27,3	12,1	19,1

Fonte: Brasil, 2017.

A variação entre 2006 e 2016 evidencia que os indicadores relativos ao tabagismo evoluíram de modo favorável, tendo a frequência de fumantes diminuído a uma razão de 0,62% aa. A frequência da prática de atividade física no tempo livre (dado disponível desde 2009) também evoluiu favoravelmente, com aumento médio de 1,17% aa. Em sentido oposto, os indicadores de sobrepeso e obesidade aumentaram a uma razão de 1,21% aa e 0,73% aa, respectivamente. Essa evolução acompanha o aumento dos diagnósticos médicos de

hipertensão e diabetes (em média, 0,28% e 0,35% aa, respectivamente). Abordar os principais fatores de risco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis é essencial para reduzir o impacto das mesmas, já que a promoção da saúde é mais eficaz do que o tratamento da doença, podendo criar um valor econômico relevante (WEF, 2017).

Rabacow e Malik (2015) afirmam que oferecer um ambiente que propicie a escolha de um estilo de vida saudável deve ser prioridade na estrutura das cidades, nos meios de transporte, nas escolas e nas organizações. Se o maior estímulo das organizações para o investimento na saúde de seus trabalhadores está pautado na economia e na produtividade, então revelar o impacto de fatores de risco relacionados ao estilo de vida nesse contexto pode contribuir para a empresa direcionar os seus interesses para a promoção da saúde de seus trabalhadores. Assim, as empresas podem ter resultados positivos em economia e produtividade e seus trabalhadores, em saúde e qualidade de vida. A afirmativa dessas autoras ratifica os princípios relatados da economia comportamental, preconizada por Ávila e Bianchi (2015), bem como dos aspectos preconizados por Ferreira (2012), de Qualidade de Vida no Trabalho.

2.7 A cultura de saúde, as organizações e as pessoas

Para Baicker, Cutler and Song (2010) iniciativas de redução de riscos à saúde em locais de trabalho resultam em aumento de bem-estar e autoestima, redução de estresse, aumento da satisfação com o trabalho, melhoria do estado de saúde e redução com gastos em assistência à saúde. Para a empresa, refletem no aumento da produtividade, redução do absenteísmo, presenteísmo e rotatividade, melhoria da imagem da empresa perante os públicos interno e externo, promoção de maior comprometimento dos funcionários com a organização e consequente redução com gastos com o plano de saúde corporativo. Edington, Pitts and Schultz (2015) esclarecem que organizações que reduzem riscos à saúde e comportamentos insalubres incorrem em menores gastos com doenças e cuidados com a saúde, viabilizando a melhoria dos resultados econômicos da empresa. A ligação entre os programas de promoção de saúde na empresa e os resultados gerais do negócio pode gerar responsabilidade do empregado no trabalho e, consequentemente, um comprometimento deste com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Goetzel *et al.* (2016) concordam com este raciocínio, pois assumem que essas ações resultam em maior comprometimento, melhoria das condições de saúde e melhoria do desempenho da força de trabalho, o que impacta positivamente na organização.

As preocupações e reflexões em relação às condições de saúde em diferentes populações, bem como a prevenção dos fatores de risco e DCNTs estabeleceram, a partir da primeira década do presente século, a proposição de novos conceitos e ações definidos como ‘cultura de saúde’, procurando trazer às organizações a necessidade e relevância de prover saúde e bem-estar à força de trabalho. Considerando essas questões, Quelch and Boudreau (2016) sugerem que empresas americanas devem incluir a adoção de uma cultura de saúde em suas atividades, priorizando a saúde dos funcionários, o que não apenas altera favoravelmente as condições no ambiente de trabalho, mas contribui para mudanças sociais e propiciam benefícios comerciais significativos.

Crimmins and Halberg (2009) denominaram ‘cultura de saúde’ a crença segundo a qual enfatizar a importância da saúde do trabalhador por meio de suporte de gerenciamento e fornecimento de programas motivacionais nas empresas pode promover mudanças de comportamentos, gerar redução dos principais fatores de risco à saúde e, consequentemente, promoção de saúde da população. Loeppke (2008) acrescenta que há aumento da produtividade, o que pode proporcionar vários benefícios para a sociedade.

Cultura de saúde, de acordo com o *Center for Value-Based Health Management* – CVBHM (2009) estabelece que:

> [...] o bem-estar dos empregados e o sucesso da organização estão diretamente relacionados, pois ela alinha liderança, benefícios, políticas, incentivos, programas e apoios ambientais para reduzir os obstáculos à participação ativa da instituição bem como à sustentabilidade das práticas de gestão em saúde baseada em toda a amplitude dos cuidados à saúde. (p.2, tradução da autora)

Os programas de saúde e bem-estar que integram a cultura de saúde de uma organização podem ser definidos como uma combinação de ferramentas de identificação de risco, programas de modificação de comportamento, programas educacionais e mudanças no ambiente de trabalho, devendo estar integrados aos objetivos estratégicos da organização. Devem estar apoiados na participação de seus atores, principalmente por suas lideranças e pelo compromisso financeiro institucional, a fim de garantir sua sustentabilidade e a efetividade no sucesso da sua implementação (AHA, 2014). O *American College of Occupational and Environmental Medicine* trabalha com princípios visando às necessidades de saúde, segurança e medicina do trabalho do século XXI. Esses programas nas empresas podem ser definidos como a integração

global entre segurança e saúde, levando o bem-estar ao local de trabalho, aumentando a satisfação do empregado e a produtividade geral da empresa (Fabius *et al.*, 2013).

Assim sendo, programas de saúde e bem-estar no local de trabalho se referem a um conjunto coordenado e abrangente de estratégias que incluem políticas, programas, benefícios, suportes ambientais e orientações para a comunidade envolvida, projetado para atender às necessidades de saúde e segurança de todos os funcionários e familiares. Alguns exemplos de estratégias e componentes de programas de saúde no local de trabalho incluem: orientações sobre educação em saúde; acesso a instalações para atividades físicas; políticas da empresa que promovam comportamentos saudáveis como ambiente de trabalho livre de tabaco; cobertura financeira para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores; ambiente de trabalho saudável, livre de ameaças à saúde e segurança; e práticas que busquem enfatizar alimentação saudável (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2016).

Limongi-França e Rodrigues (2009) relatam a importância de características essenciais das empresas e da cultura organizacional, a fim de compreender como as questões de saúde são abordadas pelas organizações no que tange aos valores, crenças e ritos. As organizações devem refletir de maneira coerente as práticas relacionadas à saúde e à doença, que necessariamente abrangem diferentes atores e processos: "quanto menor for o comprometimento com a saúde das pessoas, maior a possibilidade dessas questões de saúde-doença serem ignoradas" (Limongi-França & Rodrigues, 2009, p.127). Nesse cenário, cabe lembrar que o comprometimento para a eficácia dos programas de promoção de saúde deve partir da sociedade como um todo.

Pesquisa realizada por Aldana (2001) considerou 73 estudos visando o impacto financeiro de programas de promoção de saúde sobre os custos nos cuidados de saúde e absenteísmo. O autor concluiu que a economia média conseguida para cada dólar investido em programas de saúde resultou na economia de US$ 4.30 nos custos combinados com saúde e absenteísmo. Também ressaltou a existência de correlação entre o aumento dos custos de cuidado em saúde e o aumento de absenteísmo com altos níveis de estresse, excesso de peso e outros fatores de risco.

Stewart, Ricci, Chee, Hahn and Morganstein (2003) realizaram estudo com trabalhadores estadunidenses e concluíram que 81% dos custos decorrentes da redução da

produtividade se originaram pela diminuição do desempenho no trabalho durante a jornada, sendo a depressão responsável por 48% dos casos notificados. Nos Estados Unidos da América, pesquisa realizada na *Dow Chemical* revelou que quase 65% dos entrevistados relataram ter uma ou mais condições crônicas pesquisadas: alergias, artrite, dor muscular ou rigidez e dor nas costas ou pescoço. O absenteísmo relacionado a uma das condições crônicas descritas variou de 0,9 a 5,9 horas em período de quatro semanas. O custo do absenteísmo representou 10,7% do custo total do trabalho da referida empresa (Collins *et al.*, 2005).

Corroborando os dados anteriores, estudo de Cooper and Dewe (2008), realizado entre 2006 e 2007, mostrou que o absenteísmo foi responsável pela perda de 30 milhões de dias de trabalho, sendo que estresse, depressão e ansiedade responderam por US$ 13,8 milhões. A preocupação com a promoção de saúde nas empresas se expande ao incluir seu impacto na produtividade e lucratividade, tornando-se uma oportunidade para a melhoria da saúde das populações dos países em desenvolvimento (Burton & Brandt-Rauf, 2008).

Meta-análise apresentada por Baicker, Cutler and Song (2010), englobando 22 estudos que investigaram programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho, demonstrou que para cada US$ 1.00 investido nos programas há um retorno médio do investimento de US$ 3.27 para custos médicos e US$ 2.73 para absenteísmo, ou seja, a organização deixa de desembolsar US$ 6.00 (soma das despesas de custos médicos e dos custos de absenteísmo) referentes a tratamentos de saúde dos funcionários e dos gastos inerentes aos dias não trabalhados. Os autores descreveram exemplos de potenciais benefícios dos programas de promoção da saúde para os trabalhadores, como o aumento do bem-estar, da autoestima, da satisfação com o trabalho e consequentemente a melhora do estado de saúde com a redução do estresse e dos gastos com assistência à saúde. Edington, Pitts and Schultz (2015) afirmam que organizações que trabalham em prol da redução de riscos para a saúde e de comportamentos insalubres, incorrem em menores gastos com doenças e cuidados para saúde, viabilizando a melhoria de resultados econômicos da empresa. A implementação de programas de saúde na empresa gera responsabilidade do empregado e um comprometimento deste com esses programas.

Estudo realizado por Fabius *et al.* (2013) avaliou o desempenho de ações de um portfólio de empresas de capital aberto que representam os vencedores do prêmio do *American College of Occupation Environmental Health's Corporate Achievement Award* para o a *Standard and Poor's* (S&P) de 1997 a 2012. O critério de avaliação das empresas baseou-se em 17 padrões

agrupados em 4 categorias: Liderança e Gestão, Trabalhadores Saudáveis, Ambientes Saudáveis e Organizações Saudáveis. Os resultados indicaram um crescimento de 78,72% referente ao investimento inicial e concluíram que empresas que criam uma cultura de saúde e segurança agregam valor ao seu patrimônio com maior distribuição de dividendos a seus acionistas. O conceito de cultura de saúde apresenta-se particularmente inovador e desafiador na medida em que, em nenhuma organização americana, a palavra 'saúde' apareceu nas declarações de missão das empresas listadas na publicação *Fortune 100*, referente ao ano de 2013 (exceto naquelas diretamente envolvidas na prestação dos serviços de saúde) (Spero & Ledley, 2015).

Ratificando os estudos anteriores, Goetzel *et al.* (2016) conduziram pesquisa com empresas de capital aberto com o objetivo de estudar a ligação entre empresas que investem em programas de saúde e bem-estar de seus funcionários e seu desempenho no mercado de ações no período de 1999 a 2014. Concluíram que quando as práticas visando à saúde e bem-estar dos funcionários de uma empresa são claramente definidas, articuladas e executadas, a eficácia geral dos programas é elevada e o mercado valoriza a empresa.

Em 2016, a *Harvard Business School* juntamente com a *Harvard T. H. Chan* Escola de Saúde Pública e a *Robert Wood Johnson Foundation* realizaram conferência sobre cultura de saúde, na qual participaram representantes do setor produtivo, do governo e de universidades, que fundamentou a publicação do livro *'Building a Culture of Health - A New Imperative for Business'* (Quelch & Boudreau, 2016). O encontro discutiu o papel das organizações em um contexto ampliado na sociedade, propondo a adoção de uma nova cultura social, ampliando a saúde e bem-estar nos Estados Unidos da América, com base nas seguintes considerações:

1. Promover a saúde, considerando a saúde populacional;

2. Buscar a saúde como valor intrínseco da sociedade;

3. Ofertar à comunidade escolhas de hábitos que proporcionem vida saudável;

4. Valorizar o trabalho conjunto entre setor produtivo, governo, indivíduos e organizações na promoção de estilos de vida saudáveis;

5. Proporcionar à comunidade cuidados de saúde de qualidade;

6. Garantir acesso aos serviços de saúde;

7. Garantir eficiência e equidade na assistência à saúde;

8. Otimizar os gastos em saúde;

9. Considerar diagnóstico da saúde populacional nas tomadas das decisões, públicas ou privadas;

10. Possibilitar a efetiva participação da sociedade (Quelch & Boudreau, 2016).

Para Quelch and Boudreau (2016) o conceito ampliado de cultura de saúde parte do pressuposto de que qualquer atividade, de qualquer empresa, consciente ou inconscientemente, impacta e afeta a saúde pública, positiva ou negativamente. Os reflexos podem ser observados em quatro dimensões, sendo elas:

1. Saúde do consumidor: como as organizações afetam a segurança, a integridade e a saúde dos produtos e serviços que eles oferecem aos seus clientes e consumidores;

2. Saúde do empregado: como as organizações afetam a saúde e o bem-estar não só de funcionários diretos, mas também de trabalhadores em sua cadeia de suprimentos (*Employee Health*), ou ainda pelo fornecimento de seguro de saúde e/ou práticas no local de trabalho e programas de bem-estar;

3. Saúde comunitária: como as organizações afetam a saúde das comunidades em que eles operam e fazem negócios, promovendo a saúde e a segurança;

4.Saúde ambiental: como as políticas ambientais das organizações (ou a falta destas) afetam a saúde individual e da população através do impacto de suas operações no meio ambiente, como por exemplo, pelo uso dos recursos naturais, emissões de carbono e uso de água.

Ainda segundo Quelch and Boudreau (2016), toda empresa pode estabelecer e medir sua 'pegada de saúde'[1], incorporando em sua missão institucional essas quatro dimensões e realizando as ações do cotidiano da organização. Não obstante, a adoção da 'pegada de saúde' pelas empresas envolve desafios em âmbito organizacional. As empresas relataram que, em

[1] A Pegada da saúde refere-se aos efeitos negativos sobre a saúde do homem e as condições da sociedade para assisti-los ou recuperar o equilíbrio [compensá-los], através da eliminação, minimização ou compensação dos mesmos, conforme modelo proposto por Milstein and Hart, (2004).

maior ou menor escala, ocorre o envolvimento em uma ou mais dimensões das quatro acima citadas, mas nenhuma delas abrangeu as quatro simultaneamente. A adoção de uma cultura de saúde exige uma mudança na forma de pensar e na atuação das organizações. Nessa nova visão a saúde não deverá ser tratada como uma ação posterior, em contextos de conformidade regulamentar ou ainda de responsabilidade social corporativa, mas como um princípio de fazer negócios.

No Brasil, a BMF&BOVESPA instituiu, em 2005, o Índice de Sustentabilidade Empresarial – ISE, com o objetivo de criar ambiente compatível com as demandas de desenvolvimento sustentável e estimular a responsabilidade socioambiental das empresas. Anteriormente, em 1999, a Bolsa de Nova York lançou o Índice *Dow Jones* de Sustentabilidade. O ISE foi criado em parceria com o Centro de Estudos em Sustentabilidade da Fundação Getulio Vargas – CES-FGV-EAESP (BMFBOVESPA, 2016). As categorias abordadas pelo ISE tratam fundamentalmente das variáveis relacionadas pelo *Global Report Initiative* - GRI, organização internacional independente de suporte à sustentabilidade para empresas, considerando as seguintes categorias:

1. Economia;
2. Ambiente;
3. Práticas trabalhistas e trabalhos decentes;
4. Direitos Humanos;
5. Sociedade;
6. Responsabilidade do produto (GRI, 2016).

As palavras ‘saúde’ e ‘bem-estar’ constam apenas nos aspectos ligados à saúde e segurança do trabalho (cumprimento obrigatório) e na segurança do cliente, face à responsabilidade do produtor sobre o processo ou o produto ofertado. Não há qualquer menção direta à saúde e ao bem-estar dos colaboradores e familiares, ou ainda à reflexão sobre os impactos das quatro dimensões de cultura de saúde. Ficam mais evidentemente negligenciados os fatores que tratam da saúde e bem-estar dos empregados e da comunidade, sendo que a cartilha apresentada pelo GRI considera os aspectos da saúde de forma genérica.

Goetzel *et al*. (2014) alertam para o fracasso de programas de promoção de saúde e bem-estar voltados aos trabalhadores. Isso se deve, fundamentalmente, ao investimento incorreto,

desenho inadequado do programa, implementação fraca e avaliação equivocada. Os autores relatam ainda que 63% das empresas norte americanas oferecem aos trabalhadores algum tipo de benefício de cuidado à saúde e bem-estar. Entretanto, verificou-se que esses programas não possuem a abrangência adequada e seus resultados não podem ser considerados, visto que suas avaliações carecem de evidências. Segundo Goetzel (2017), a efetividade dos programas voltados à promoção de saúde e bem-estar pressupõe cautela quanto ao planejamento, implementação e avaliação dos mesmos. As ações devem ser realizadas com base em evidências científicas e com disponibilidade adequada de recursos, apoio gerencial e estrutura para monitoramento e avaliação dos programas. É também condição para o sucesso o engajamento dos trabalhadores, que devem ser valorizados e encorajados a participar do processo, entendendo que trabalhadores e empresas precisam sentir que seus propósito e missão devem se alinhar (Goetzel, 2017).

Para a concretização dos propósitos de uma cultura de saúde, primeiramente há que se conceber uma cultura de engajamento na qual haja comprometimento para a realização do melhor trabalho por parte de todos os atores da organização. Os componentes críticos para a sua implementação são:

- Clareza da missão pela empresa;
- Valores e crenças articulados e praticados por todos os seus membros e partes interessadas (lideranças, funcionários, clientes, fornecedores, acionistas, mantenedores);
- Respeito e confiança;
- Ambiente de trabalho seguro;
- Trabalho e compensação significativa e justa;
- Benefícios sociais significativos;
- Comunicação em ambos os sentidos;
- Trabalhadores e equipes de trabalho habilitadas;
- Organização de aprendizagem proativa no desenvolvimento de soluções;
- Crescimento da carreira, considerando desenvolvimento de habilidades e oportunidades reais para evolução;
- Incentivos e reconhecimento;
- Políticas e programas que incentivem comportamentos saudáveis em detrimento de ambientes insalubres que proporcionem estresse, assédio e discriminação.

Avalia-se que as diferenças nas premissas de cultura de saúde sob as óticas de Quelch and Boudreau (2016) e Goetzel (2017) não são contraditórias, mas partem de princípios distintos. Enquanto os primeiros autores propõem uma visão mais ampliada sobre cultura de saúde, considerando que as organizações têm responsabilidade nas quatro dimensões propostas (saúde do consumidor, do empregado, comunitária e ambiental), Goetzel aborda de maneira focada o papel e o comprometimento das empresas com essa prática, elucidando a necessidade do engajamento institucional. A primeira evidencia uma proposta sistêmica e integradora de cultura de saúde, enquanto a segunda aposta no compromisso individual das organizações. As duas propostas não são excludentes, mas partem de princípios distintos de ação no âmbito da cultura de saúde.

Assim, o engajamento das empresas e colaboradores à melhoria das condições de saúde e bem-estar num primeiro momento internamente às organizações, e a uma posterior ampliação nas diferentes dimensões ou categorias propostas por Quelch and Boudreau (2016), apresentam-se como propostas inovadoras e atraentes. Entende-se que organizações que adotam estratégias que dêem suporte às ações de promoção de saúde e bem-estar à força de trabalho como valor próprio da cultura da organização entendem essas ações como investimento, o que poderá conduzir à formação da cultura de saúde, prática essa que contribui à sua sustentabilidade.

Cabe a cada organização, considerando a realidade em que se encontra, construir e implementar o modelo que melhor se coadune à natureza e às características do seu negócio, reputando que ações que promovam saúde às pessoas que ali trabalham, indistintamente, devem estar incorporadas como um valor da organização. Finalmente, conforme sugerido por Fabius *et al*. (2013), é imprescindível realizar mais estudos para compreender melhor o valor da construção de culturas de saúde no local de trabalho. A autora não encontrou bibliografias que avaliem ou considerem de forma robusta no Brasil aspectos econômicos ou financeiros associados a ações de melhoria das condições de saúde e bem-estar dos colaboradores e familiares, aqui incluídos os estudos de QVT, que tratam de modo precípuo os aspectos ligados à produtividade nas organizações, negligenciando os benefícios aos trabalhadores (Ferreira, 2011) e não havendo referências consistentes sobre retornos financeiros às empresas.

2.8 Hospitais e a prática da cultura de saúde

Remetendo às reflexões apresentadas e aliado à responsabilidade que os hospitais têm para com a sociedade, é pertinente entender o que essas organizações empreendem na construção e prática de uma cultura de saúde. Esse questionamento torna-se imperioso na medida em que, para a consecução de sua atividade fim (a prestação de assistência em saúde), torna-se legítimo que sua força de trabalho tenha acesso à assistência à saúde. Segundo o *World Economic Forum* - WEF (2008), algumas organizações de saúde têm desenvolvido uma cultura que estimula a promoção da saúde e bem-estar destinada aos seus trabalhadores, interna e externamente ao ambiente laboral, de tal forma que seus objetivos se coadunem com a estratégia do negócio.

A *Health Research & Educational Trust – HRET,* em parceria com a *Robert Wood Foundation,* vem trabalhando para a construção de uma cultura de saúde em hospitais americanos. Segundo estudos realizados em dez hospitais americanos, a cultura de saúde pode ser caracterizada como aquela em que ficar e permanecer saudável é um valor social fundamental e orientador, sendo uma cultura em que todas as pessoas, independentemente de sua condição étnica, geográfica ou socioeconômica, vivem vidas mais longas e saudáveis. O hospital é também o local em que a promoção da saúde é tão importante quanto o tratamento da doença e os cuidados de saúde de alta qualidade deveriam estar disponíveis para todos, independentemente das circunstâncias (Health Research & Educational Trust, 2014). Lang, Cluff and Payne (2017) avaliaram a implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar por empregadores estadunidenses, concluindo que ações contínuas podem melhorar significativamente a condição de saúde da população atendida, o que foi corroborado por estudos conduzidos por Safeer, Bowen, Maung and Lucik, (2018) nas diferentes unidades do *John Hopkins Medicine*, que, com a aplicação do instrumento do CDC (2014a) em momentos distintos, indicou melhora na saúde dos colaboradores e no ambiente de trabalho com a implementação de ações e a consequente construção de uma cultura de saúde. O *John Hopkins Medicine* é o maior empregador do estado estadunidense de Maryland, contemplando mais de 50.000 funcionários, em órgãos ligados à saúde.

> Hospitais e serviços de saúde são locais críticos e estratégicos em suas comunidades pelo que representam em termos de liderança e missão no tocante à saúde. É fundamental que tais atores liderem esse propósito e sirvam como modelos de propagação de vida saudável às populações. As estratégias e táticas de saúde e bem-

> estar hospitalares são cruciais para proporcionar ao meio ambiente, recursos, programas e incentivos para que os funcionários do hospital atuem como tais modelos. (AHA, 2014, p.7, tradução da autora)

Por definição, os hospitais são estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes, garantindo atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência permanente prestada por médicos (Brasil, 2011). No Brasil é garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988), sendo que a rede de serviços hospitalares possui diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção nos serviços de saúde (Brasil, 2011). O hospital tem como responsabilidade garantir a integralidade da assistência à saúde para com a sociedade, e a atenção hospitalar pode ser compreendida a partir de dois ângulos: dentro do hospital e fora dele, ou seja, na sua articulação com os demais componentes do sistema de saúde, considerando a atenção primária, secundária e terciária (Cecílio & Merhy, 2003). A eficácia dos seus resultados depende da inter-relação do trabalho dos vários profissionais que nele atuam. Pode ser definido como um conjunto complexo de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo de complementação, que compõe o cuidado à saúde. Convergindo com a missão institucional dos hospitais, a saúde dos seus colaboradores deve estar coadunada à sua finalidade, considerando ainda que o conceito ampliado de saúde abrange responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos e busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

Visto que a missão e atividade fim dos hospitais é a assistência à saúde, um dos desafios do seu processo gerencial é conseguir coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais nele realizados, de modo que resulte em um cuidado coordenado – eficaz e eficiente (Merhy & Cecílio 2003). Seu dia a dia é caracterizado pelo atendimento às demandas que decorrem de situações e operações complexas, que vão desde o abastecimento de insumos imprescindíveis ao seu funcionamento até o gerenciamento de pessoas com diferentes formações. Hospitais são, portanto, organizações complexas que prestam serviços vitais à sociedade. Organizações complexas são caracterizadas por sistemas com diferentes componentes que interagem, e o comportamento das partes constituintes não necessariamente interfere no comportamento do sistema como um todo, podendo desenvolver a capacidade de auto-organização, com o surgimento de padrões de comportamento coerente entre as partes (Stacey, 1996). Entretanto, Malta e Mehry (2010),

avaliando a assistência às DCNTs, entendem que, a despeito da disputa entre grupos, dos mecanismos de dominação e das relações assimétricas entre os agentes, o cuidado ao paciente é resultado da somatória de um grande número de pequenos cuidados parciais que se complementam em maior ou menor grau de consciência e negociação na atuação entre os diferentes profissionais. Essas ações podem ser decompostas em inúmeras outras ações distintas, com a necessária articulação dos agentes envolvidos em consonância com o modelo de atenção e de gestão de produção do cuidado.

Para Pascucci e Meyer (2011), a exemplo de outras organizações, as hospitalares podem ser complexas, surpreendentes, ambíguas e paradoxais, e a formação de estratégias se torna desafio para os seus gestores. Os autores consideram ainda que elementos comuns em organizações complexas, como mecanicidade, racionalidade e previsibilidade, se tornam impraticáveis em organizações hospitalares. Assim, são fundamentais na formação de estratégias de hospitais os aspectos culturais, políticos, simbólicos, sociais e também organizacionais, que não podem ser negligenciados, sob o risco de as ações não conseguirem se desenvolver a contento. Estudo realizado por Pascucci e Meyer (2011) apontou que em hospitais a definição de estratégias assumiu caráter adaptativo e de mudança evolutiva. Os autores concluíram também que metodologias de gestão – como técnicas de análise, planejamento e controle, essencialmente, racionais – são quase sempre interpretadas e reinterpretadas ao serem aplicadas nessas organizações.

Dada a complexidade e a singularidade dos hospitais – espaços habitados por diferentes atores, atravessados por múltiplas racionalidades, interesses, coalizões, disputas, controles de poderes/saberes e relações existentes –, Cecílio (1999) discute a autonomia dos trabalhadores em sua gestão a partir das relações de poder. São apontadas inúmeras dificuldades representadas por fatores historicamente presentes na estrutura dos hospitais como empecilhos à mudança das formas de relação de poder entre os colaboradores presentes, com a necessidade de negociação entre os diversos sujeitos e instituições.

Outra questão a ser destacada está centrada na relação médico-paciente. A crescente racionalização científica da medicina moderna, embasada na visão objetiva e quantitativa e na visão dualista mente-corpo, subestima as dimensões antropológicas, psicológicas e sociais das relações saúde-doença e entre médicos e familiares. Como já mencionado, trata-se de relação assimétrica, com a detenção do saber e domínio sobre o corpo e a cura do paciente por parte do

médico. Atualmente não se concebe organização de serviços de prestação de saúde que não considere os valores subjetivos do paciente. Particularmente nessa relação conflituosa surge a necessidade de considerar o cuidado a partir de aspectos e diretrizes humanizadoras (Sucupira, 1982; Balint, 1988; Caprara & Silva, 1999; Caprara & Rodrigues, 2004; Ribeiro & Amaral, 2008). Essa relação fica patente quando se observa que no desenvolvimento do hospital pondera-se também de que maneira a prática do exercício do poder está presente nas relações entre os seus diversos trabalhadores, nas relações entre a linha de comando superior (governo ou alta administração) e os demais trabalhadores e nas relações entre usuários e trabalhadores.

Esta preocupação aparece desde os trabalhos de Foucault (1982), que atenta para a gênese dessa relação no surgimento da clínica médica, entre o século XVIII e a primeira metade do século XIX. O hospital torna-se local de ensino cada vez mais importante e legitimado, insubstituível para os médicos. Assim, o médico passa a ser o detentor do poder nessa instituição, surgindo a denominação de médico de hospital, o que caracterizou a inversão das relações hierárquicas anteriormente existentes, com o saber médico compartilhado no ambiente hospitalar (Lisboa, 2002; Brasil, 1965).

2.9 Os hospitais de excelência

Tanto nas ações de assistência à saúde realizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (de caráter público e universal), quanto nas realizadas pelo sistema suplementar, de cunho privado, os serviços ainda são fortemente centrados em médicos e hospitais, evidenciando a importância da instituição hospital como *lócus* referido e privilegiado para os cuidados de saúde (Faria, Coelho, Werneck & Santos, 2010; Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Essa importância é revelada nas informações apresentadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES que apontou, em dezembro de 2017, a existência no Brasil de 5480 hospitais (gerais + especializados), sendo 704 hospitais filantrópicos e, destes, 33 instalados no município de São Paulo. Esses dados parecem falhos, considerando as alterações das versões do sítio eletrônico do CNES à época da consulta. Na base de dados da nova versão do sítio não consta a discriminação ‘filantrópico’ ou ‘beneficente’, mas apenas ‘sem fins lucrativos. As informações oficiais disponíveis carecem de precisão, relativamente aos termos aplicados aos hospitais: ‘filantrópico’, ‘sem fins lucrativos’ e ‘beneficentes’, sendo que a Lei Federal nº 12.101/2009 refere-se a entidades beneficentes; o portal Programa de Apoio ao

Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS – trata de hospitais filantrópicos e o CNES apresenta as entidades ‘sem fins lucrativos’, que possuem significados distintos.

Do universo desses hospitais brasileiros sem fins lucrativos, seis foram classificados como de Excelência pelo Ministério da Saúde embora não ofertem atendimento regular pelo SUS exceto em alguns procedimentos de transplante. A classificação exigiu dos hospitais o cumprimento de critérios técnicos gerais além adotarem práticas de qualidade reconhecida em diversos campos da gestão hospitalar (Freire, Pitissi, Gonçalves & Schout, 2012). Essa estratégia dos hospitais possibilitou sua isenção da contribuição previdenciária patronal e tributária (COFINS), sendo exigido como contrapartida o fortalecimento institucional do SUS pelo compartilhamento da qualificação técnica com outros hospitais e do aperfeiçoamento do sistema público de saúde, estendendo à sociedade os benefícios gerados por essas instituições em suas diversas expertises (BRASIL 2009; 2014). Os seis hospitais definidos no final de 2009 como de Excelência e objeto desse trabalho caracterizavam-se, segundo o CNES, como entidades sem fins lucrativos. No triênio 2012-2014 cinco dos hospitais – excetuado o Hospital Samaritano, que em 2018 não compôs a listagem dos hospitais de excelência sem fins lucrativos – apresentaram 103 projetos, o que lhes possibilitou a isenção tributária e previdenciária de R$ 985.700.398,00 (Brasil, 2017).

Para credenciamento como hospital de excelência, a Portaria MS 112/2012 estabeleceu a realização de plano de trabalho acordado com cada um dos hospitais. O Artigo 5º dessa Portaria impôs, dentre outras coisas, o desenvolvimento de técnicas de operação e gestão e a obrigatoriedade do desenvolvimento de ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2012). Portanto, os hospitais de excelência têm responsabilidade institucional na disseminação de informações e experiências em ações afetas às diretrizes da política nacional de humanização, pressupondo o cuidado e considerando o desenvolvimento de uma cultura de saúde, promovendo bem-estar para seus funcionários.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada no âmbito desta tese é um estudo exploratório que, segundo Gil (2007), proporciona maior familiaridade com o problema podendo torná-lo mais explícito ou construir hipóteses, podendo-se ainda descobrir ou legitimar ideias e intuições (Limongi-França, 2001). A pesquisa tem caráter exploratório porque a escolha das questões a serem investigadas permite aprofundar a compreensão de relações condicionadas aos sujeitos de pesquisa, na medida em que seu propósito é identificar ações de promoção de saúde e bem-estar e seus resultados, implementadas pelos hospitais de excelência brasileiros. Tem caráter transversal, pois os dados foram obtidos num curto espaço de tempo, previamente especificado, de maneira simultânea, em uma amostra anteriormente definida.

No presente trabalho, são considerados sujeitos de pesquisa aqueles que possuem conhecimento da organização e dos programas de promoção de saúde e bem-estar implementados em hospitais de excelência, sejam eles responsáveis pela concepção e viabilização das ações (gestores de recursos humanos, gestores de benefícios, gestores de planos de saúde, gestores de promoção de saúde e bem-estar) ou pela implementação das mesmas (membros do comitê de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho). O critério de elegibilidade dos sujeitos atendeu o previsto no Instrumento para a coleta de dados, o questionário da Versão Brasileira do CDC *Worksite Health ScoreCard*- HSC - (Brasil, 2016) (Anexo A), adaptado aos padrões culturais brasileiros, validado e traduzido para o português brasileiro por Soárez *et al.* (2016).

Na revisão bibliográfica foram pesquisados artigos científicos publicados nas bases de dados CAPES, EBSCO, SCIELO e PUBMED, tendo como palavras-chave "*culture and health and organizations and hospitals and care"* na língua inglesa e na língua portuguesa "cultura e saúde e organizações e hospitais e cuidado", bem como em sítios eletrônicos.

Para a coleta de dados referente às entrevistas foi utilizado o instrumento roteiro semiestruturado (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora.

3.1 Os Hospitais de Excelência

Foram selecionados os seis hospitais brasileiros definidos como ‘de Excelência’ até 2016 (Lei 12.101/2009). Trata-se dos hospitais Alemão Oswaldo Cruz (SP), Sírio Libanês (SP), Israelita Albert Einstein (SP), Samaritano (SP), Hospital do Coração (SP) e Moinhos de Vento (RS) (Brasil, 2014), identificados como hospitais “A”, “B”, “C”, “D”, “E” e “F”, resguardado o sigilo na identificação das Instituições. Foi prometido a cada hospital participante o acesso aos resultados encontrados.

Justifica-se a escolha desses hospitais pela classificação como filantrópicos de ‘Excelência’ pelo PROADI - SUS, devendo, como contrapartida exigida, apoiar o SUS na promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira pela transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS, como descrito no item 2.8 desse trabalho. Isso deveria se traduzir na adoção de práticas inovadoras na gestão de pessoas, possibilitando atuar na implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar aos funcionários e possuindo a obrigação de desenvolver ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização, além de possuírem expertise no tema.

3.2 Instrumentos

Foram aplicados dois instrumentos, questionário e entrevista, aos seguintes grupos de funcionários de cada hospital: Gestores e Membros dos Comitês de Saúde de cada hospital, de acordo com o preconizado pela metodologia de aplicação do CDC Worksite Health ScoreCard - HSC (Brasil, 2016) (Anexo A).

3.2.1 Instrumento 1: Questionário

Foi utilizado o Questionário da Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard - HSC (Brasil, 2016) (Anexo A), baseado no instrumento original (2014a), em razão da ausência em nosso meio de instrumento capaz de avaliar a abrangência das intervenções de promoção de saúde adotadas bem como o quanto essas intervenções são baseadas em evidências científicas. Esse questionário foi concebido originalmente nos Estados Unidos da América a partir da constatação do crescimento dos gastos em saúde e da necessidade da implementação de

programas de promoção de saúde, visando a redução desses gastos. O questionário baseia-se em evidências e impactos que incluem programas de redução de risco individual ligados a suporte ambiental para comportamentos saudáveis coordenados e integrados a outras atividades de bem-estar. Foi constatado pelos grupos de pesquisadores estadunidenses que esta é a abordagem que tem se mostrado mais eficiente. O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) brasileira reconheceu no CDC Worksite Health ScoreCard - HSC propriedades psicométricas adequadas, bem como a existência de resultados consistentes na sua utilização em organizações americanas de diferentes portes, podendo ser utilizado para esse fim no Brasil (Soárez *et al.*, 2016). Para tanto, a tradução e adaptação cultural do questionário foi realizada por pesquisadores dos departamentos de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Apresenta-se, portanto, um instrumento útil para avaliar e acompanhar o grau de implementação das intervenções de promoção da saúde com base em evidências nas organizações, particularmente na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (Soárez *et al.*, 2016). O sistema de pontuação do *Health ScoreCard* foi desenvolvido para refletir o nível de impacto relativo de estratégias de promoção de saúde comprovadas. Atribui-se um valor de 1 a 3 pontos (quadro 1), para cada item do questionário HSC. Este valor em pontos reflete o nível de impacto que a estratégia tem sobre os resultados ou comportamentos de saúde desejados e o peso da evidência científica que dá suporte a esse impacto. Por exemplo, matérias de conscientização como folhetos (1 ponto) têm efeito menor na saúde do funcionário do que programas de autogerenciamento ou aconselhamento sobre estilo de vida (3 pontos). Cabe salientar que perguntas não respondidas tiveram suas respostas consideradas como “não”, independente da estratégia ser ou não aplicável ao local de trabalho. Sendo assim o valor atribuído foi 0 para as questões não respondidas e para as questões respondidas com ‘não’ (Brasil, 2016).

Quadro 1:
Atribuição de peso por evidência e impacto

EVIDÊNCIA (1-4)	+	IMPACTO (1-3)	=	VALOR AJUSTADO	=	PESOS
1 ponto - Fraco: quando a relação de evidências da pesquisa é fragmentada, não havendo estudos experimentais. **2 pontos - Sugestivo**: quando dois ou mais estudos apontam relação de causa e efeito, não havendo estudos de grupo controle randomizados. **3 pontos - Suficiente**: quando apresentam dois ou mais estudos semi-experimentais, não havendo estudos de grupo controle randomizados. **4 pontos - Forte**: quando a relação de causa e efeito está fundamentada em pelo menos um estudo com grupo controle randomizado.		**1 Ponto - Pequeno** (0 a 1 ponto percentual de melhoria em um ano) **2 Pontos - Suficiente** (1 a 2 pontos percentuais de melhoria em um ano) **3 Pontos - Grande** (2 ou mais pontos percentuais de melhoria em um ano)		Total Pontos = 2 ou 3 Valor = 1 Total Pontos = 4 ou 5 Valor = 2 Total Pontos = 6 ou 7 Valor = 3		**1 - Bom** **2 - Muito bom** **3 - Ótimo**

Fonte: Elaboração própria a partir da Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard, 2016.

Por exemplo:

Para peso **1- BOM**

Evidência Fraca (1) + Impacto Pequeno (1) = 2 PESO 1

Evidência Fraca (1) + Impacto Suficiente (2) = 3 PESO 1

Evidência Sugestiva (2) + Impacto Pequeno (1) = 3 PESO 1

Para peso **2 - MUITO BOM**

Evidência Fraca (1) + Impacto Grande (3) = 4 PESO 2

Evidência Sugestiva (2) + Impacto Suficiente (2) = 4 PESO 2

Evidência Sugestiva (2) + Impacto Grande (3) = 5 PESO 2

Evidência Suficiente (3) + Impacto Pequeno (1) = 4 PESO 2

Evidência Suficiente (3) + Impacto Suficiente (2) = 5 PESO 2

Evidência Forte (4) + Impacto Pequeno (1) = 5 PESO 2

Para peso **3 - ÓTIMO**

Evidência Suficiente (3) + Impacto Grande (3) = 6 PESO 3

Evidência Forte (4) + Impacto Grande (3) = 7 PESO 3

Evidência Forte (4) + Impacto Suficiente (2) = 6 PESO 3

O questionário da Versão Brasileira do CDC *Worksite Health ScoreCard* (BRASIL, 2016) baseia-se em doze domínios, perfazendo 100 questões, totalizando no máximo 209 pontos, conforme a tabela 6.

Tabela 6:
Domínios, número de questões e pontuação máxima por domínio do questionário.

Domínio	Número de questões	Pontuações máximas em cada seção
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
Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral -AVC e Ataque Cardíaco-AC	4	4
Resposta à emergência em caso de Acidente Vascular Cerebral-AVC e Ataque Cardíaco- AC	9	17
Total	100	209

Fonte: Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard, 2016.

Como informações adicionais, fizeram parte do questionário os seguintes quesitos:

Características dos funcionários: cargo, gênero, faixa etária, tempo de empresa em anos, cor ou etnia, situação empregatícia (tempo integral, parcial ou temporário), tipo de trabalho (mensalista/horista), nível educacional (ensino médio incompleto, ensino médio completo, escola técnica/superior incompleto, superior completo, pós-graduação).

Organização: tipo de organização (com ou sem fins lucrativos, outro), tipo de hospital (geral, especializado), porte do hospital (pequeno - até 50 leitos; médio - de 51 a 150 leitos; grande - acima de 151 leitos), presença de plano de saúde e presença de elementos dos programas de promoção de saúde oferecidos pela organização hospitalar (educação em saúde, serviços relacionados aos funcionários, ambiente social e físico de apoio à melhoria da saúde, integração da promoção da saúde na cultura da organização e rastreamento de funcionários com tratamento e acompanhamento adequados).

Após o primeiro teste nos Estados Unidos, o instrumento foi ajustado e sua pontuação original, que era de 215, passou a 209 pontos em 100 questões. A questão 29 do domínio

Nutrição não foi associada a nenhuma pontuação (CDC, 2014a). O CDC (2014a) considerou que o porte das empresas tem significado nos resultados e que à medida que as empresas aumentam seu porte, melhores são os resultados. As 93 empresas americanas que serviram de teste foram ajustadas considerando o número de colaboradores (CDC, 2014a). O ajuste propiciado no teste piloto pelas empresas americanas, passando dos 215 pontos para 209, e a pontuação geral das empresas, segundo o porte, aparecem na tabela 7.

Tabela 7:
Pontuação absoluta apresentada pelas 93 organizações americanas respondentes ao questionário HSC (CDC, 2014a), de acordo com o porte, em valores equacionados e adaptados proporcionalmente de 215 para 209 pontos.

Domínio/Porte	Total possível	Geral	Micro	Pequena	Média	Grande
Suporte organizacional	33	22,32	19,41	19,41	22,32	25,24
Controle do tabagismo	19	9,09	7,43	6,61	9,09	10,74
Nutrição	21	10,00	8,00	8,00	11,00	12,00
Atividade Física	24	14,61	9,39	10,43	16,70	17,74
Controle de peso	12	9,82	5,45	7,64	9,82	10,91
Gerenciamento de estresse	14	10,00	9,00	8,00	11,00	11,00
Depressão	18	8,53	5,68	8,53	6,63	8,53
Pressão alta	17	10,00	8,00	10,00	10,00	12,00
Colesterol alto	15	7,94	6,18	7,06	7,06	9,71
Diabetes	15	9,00	7,00	8,00	9,00	11,00
Sinais e sintomas de AVC ou AC	4	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Reposta à emergência em caso de AVC ou AC	17	11,00	7,00	12,00	11,00	11,00
Total	209	124,31	94,54	107,68	125,62	141,87

Fonte: HSC (CDC, 2014a) adaptado pela autora.

Posteriormente, o instrumento passou a considerar mais três domínios que não fizeram parte do instrumento da Versão Brasileira do CDC *Worksite Health ScoreCard* - HSC - (Brasil, 2016) e tampouco estão presentes na elaboração do presente trabalho: saúde e segurança ocupacional, (com dez questões), prevenção de doenças através de vacinação (com seis questões) e recursos da comunidade (com três questões que não possuem pontuação) (CDC, 2014a).

3.2.2 Instrumento 2: Entrevistas

A pesquisadora elaborou para a coleta de dados um roteiro semiestruturado embasado em revisão bibliográfica e entrevistas que foram realizadas entre junho e julho de 2016 com profissionais que atuam na área de promoção de saúde e bem-estar de hospitais e da Agência Nacional de Saúde – ANS, de maneira a subsidiar e validar o roteiro. Os profissionais de

organizações hospitalares entrevistados para subsidiar o roteiro da entrevista não tinham qualquer relação com os hospitais pesquisados (Apêndice A).

3.2.3 Coleta de dados

Entre os meses de agosto e setembro de 2016 foram contatados, via telefone, os profissionais responsáveis pelas áreas de Qualidade de Vida e Saúde (Hospital Alemão Oswaldo Cruz), Recursos Humanos (Hospital Albert Einstein), Recursos Humanos (Hospital do Coração), Área Assistencial (Hospital Moinhos de Vento), Serviço Social e Benefícios (Hospital Samaritano) e Epidemiologia Hospitalar (Hospital Sírio Libanês). Em setembro e outubro de 2016 os hospitais localizados nas cidades de São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS) foram visitados pela pesquisadora, para a apresentação da pesquisa, e foram deixadas cópias do projeto inicial para que quaisquer dúvidas pudessem ser elucidadas. De maneira a garantir sigilo dos hospitais pesquisados, os mesmos foram identificados por letras, arbitrariamente: A, B, C, D, E e F.

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos, e de acordo com Resolução 466 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (DOU de 13/06/2013), o projeto foi submetido, em 23 de novembro de 2016, à Plataforma Brasil, que é a base nacional e unificada de registros de pesquisa envolvendo seres humanos para todo sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP – e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. A Fundação Getulio Vargas, instituição de ensino na qual o presente trabalho foi elaborado, não possuía vínculo com o CONEP até a data da realização da pesquisa e, sendo assim, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz prontificou-se a assumir a condição de instituição proponente, conforme exigência do protocolo de pesquisa da Plataforma Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP do hospital proponente em 27 de dezembro de 2016, ficando o parecer disponível na plataforma Brasil para apreciação dos demais hospitais convidados a participar, a fim de que seus respectivos CEPs também pudessem emitir parecer sobre a possibilidade da realização da pesquisa em suas sedes. Dos seis hospitais contatados e convidados a participar da pesquisa foram obtidos os seguintes pareceres:

Quadro 2:
Instituições convidadas para a realização, submissão e aceite da pesquisa, conforme Plataforma Brasil.

Instituições convidadas	Datas Submissão e Parecer	Parecer
Hospital A	23/11/2016 e 27/12/2016	Aprovado
Hospital B	27/12/2016 e 10/02/2017	Aprovado
Hospital C	27/12/2016 e 16/02/2017	Aprovado
Hospital D	27/12/2016 e 18/04/2017	Não Aprovado - Não Cabe Recurso
Hospital E	27/12/2016 e 29/12/2016	Retirado
Hospital F	27/12/2016 e 28/12/2016	Retirado

Fonte: Plataforma Brasil (2017).

Por 'Não aprovado – Não cabe recurso', entende-se que o Comitê de Ética em Pesquisa do hospital D discutiu o projeto e o reprovou, enquanto os hospitais E e F sequer chegaram a discuti-lo, retirando o projeto da Plataforma Brasil. Essas instituições não justificaram seus pareceres na Plataforma. Os Comitês de Ética em Pesquisa de cada uma destas instituições foram contatados pela pesquisadora presencialmente e por telefone a fim de verificar qual era o impedimento para a participação na pesquisa. Também foi solicitada a possibilidade de revisão do parecer inicial. A pesquisadora não obteve resposta de nenhuma delas.

O período previsto para a coleta de dados foi de outubro de 2016 a março de 2017, tendo sido prorrogado em virtude da necessidade da obtenção do aceite e disponibilidade dos hospitais participantes, como mostra o quadro 2. Deste modo, a coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2017 nos três hospitais que aprovaram a pesquisa, conforme o quadro 3:

Quadro 3:
Instituições que aceitaram participar da pesquisa e períodos de aplicação dos questionários e entrevistas

Instituições que aceitaram participar da pesquisa	Períodos de aplicação dos questionários e entrevistas
Hospital A	de 27/01/2017 a 20/03/2017
Hospital B	de 05/04/2017 a 25/04/2017
Hospital C	de 21/06/2017 a 03/07/2017

O quadro 4, a seguir, apresenta as características dos hospitais A, B e C, participantes da pesquisa.

Quadro 4:
Características dos hospitais pesquisados

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Natureza / Classificação	Hospital geral sem fins lucrativos	Hospital geral sem fins lucrativos	Hospital geral sem fins lucrativos
Atividade Hospitalar e Ambulatorial	Ambulatorial básica, Média e Alta complexidade	Alta e Média complexidade	Média e Alta complexidade
Colaboradores Cadastrados	645	1761	6326
Leitos	262	237	469
Leitos UTI	24	66	102
Observação	Não atende SUS, exceto transplante	Não atende SUS, exceto transplante	Não atende SUS, exceto transplante

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (2017).

Observa-se que o hospital C apresenta o maior porte, com o maior número de colaboradores. Apenas o hospital A apresenta atividade hospitalar ambulatorial básica, e é comum aos três hospitais o atendimento pelo SUS para a realização de transplantes, o único serviço de caráter público.

3.2.4 Aplicação dos questionários e entrevistas:

A aplicação dos questionários e das entrevistas aos respondentes (gestores e membros do comitê de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho dos três hospitais) desenrolou-se de acordo com a estrutura organizacional de cada instituição e da atribuição de cada um dos participantes da pesquisa. Foram considerados gestores os respondentes que ocupavam cargos de direção e, por conseguinte, tinham poder de decisão sobre as políticas de promoção de saúde e bem-estar; foram considerados membros dos comitês os respondentes responsáveis pela aplicação das políticas e proposição de alteração das mesmas.

Para a aplicação dos questionários e das entrevistas foi elaborado um cronograma, agendando dias e horários, de acordo com a disponibilidade de cada respondente, via telefone, pessoalmente e/ou por *e-mail*, para que não houvesse prejuízo na coleta das informações e tampouco na rotina de trabalho. O tempo estimado para responder o questionário foi de 30 minutos e para a entrevista o tempo máximo foi de 40 minutos. Em ambos os casos a coleta de dados foi realizada e acompanhada pela pesquisadora. Como forma de assegurar a privacidade dos respondentes da pesquisa e a confiabilidade das respostas foi garantida a manutenção da

confidencialidade e do sigilo dos respondentes e dos hospitais participantes, não havendo identificação de qualquer natureza. Os questionários e as entrevistas foram realizados nos próprios hospitais, em sala fechada, contando com a privacidade necessária e adequada.

Aos participantes da pesquisa foram apresentadas as instruções para o preenchimento do questionário e a dinâmica das entrevistas, sendo aplicados de forma livre e consensual. Na impossibilidade de reuni-los em grupo para a aplicação do questionário e de modo a não comprometer suas atividades profissionais nem a pesquisa, o mesmo foi aplicado em outro horário, acertado em comum acordo com os participantes. As entrevistas foram realizadas individualmente e anotadas pela pesquisadora no momento de sua execução. Não houve qualquer tipo de constrangimento ou problema por parte dos respondentes durante todas as fases da coleta de dados.

No hospital A participaram 4 funcionários gestores e 6 funcionários membros do comitê, totalizando 10 respondentes dos questionários e 9 das entrevistas (um dos respondentes indicados, pertencente ao comitê, esteve impossibilitado de participar da entrevista devido a compromissos profissionais). No hospital B responderam 3 funcionários gestores e 7 membros do comitê, totalizando 10 respondentes dos questionários e 9 respondentes das entrevistas (um dos respondentes indicados, pertencente ao comitê, esteve impossibilitado de participar da entrevista devido a licença médica). No hospital C participaram como respondentes 3 gestores e 6 membros do comitê, totalizando 9 respondentes dos questionários e entrevistas, de acordo com o quadro 5.

Quadro 5:
Hospitais pesquisados, por grupos de respondentes com respectivos cargos ocupados e datas de aplicação dos questionários e entrevistas.

Hospitais Pesquisados	Gestores - Cargos	Datas de aplicação		Membros dos Comitês - Cargos	Datas de aplicação	
		questionário	entrevista		questionário	entrevista
Hospital A	Coordenador de Saúde Ocupacional	10/02/17	10/02/17	Médico	27/01/17	NR
				Psicóloga	06/02/17	10/02/17
				Nutricionista	10/02/17	10/02/17
				Coordenadora de Segurança do Trabalho	06/02/17	06/02/17
	Gerente de Recursos Humanos	21/02/17	21/02/17	Enfermeira do Trabalho	06/02/17	06/02/17
	Supervisora de Desenvolvimento Humano	27/01/17	10/02/17	Assistente Social	20/03/17	20/03/17

	Coordenadora de Qualidade de vida	06/02/17	06/02/17			
Hospital B	Coordenador Médico de Medicina do Trabalho	05/04/17	24/04/17	Coordenadora do Comitê de Promoção de Saúde – Cuidando do Coração	05/04/17	13/04/17
				Enfermeira	05/04/17	13/04/17
	Gerente de Recursos Humanos	05/04/17	19/04/17	Consultora em Recursos Humanos	05/04/17	13/04/17
				Gerente de Nutrição	25/04/17	25/04/17
				Consultora em Gestão de Pessoas	24/04/17	24/04/17
	Superintendente dos Ambulatórios	19/04/17	19/04/17	Consultora em Gestão de Pessoas	05/04/17	24/04/17
				Gerente de Psicologia	05/04/17	NR
Hospital C	Gerente Médica de Saúde e Segurança do Colaborador	21/06/17	27/06/17	Analista de Ergonomia	21/06/17	27/06/17
				Coordenadora do PCMSO*	21/06/17	30/06/17
				Coordenador a de Epidemiologia e SAME**	21/06/17	21/06/17
	Superintendente de Saúde Corporativa	3/07/17	3/07/17	Coordenador de Segurança do Trabalho	21/06/17	30/06/17
				Coordenadora Médica de Família	21/06/17	30/06/17
	Coordenadora de qualidade de Vida	21/06/17	21/06/17	Coordenadora Médica de Regulação	21/06/17	27/06/17

Nota:
* - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
** - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
NR – Não Respondeu

Nos três hospitais os procedimentos seguiram rigorosamente o protocolo estabelecido entre as partes; além disso, foi preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos respondentes, visto que cada instituição solicitou que o termo fosse adaptado ao seu padrão (Anexo B). No processo de obtenção da assinatura do TCLE, foram esclarecidas pela pesquisadora aos respondentes da pesquisa as considerações éticas, em linguagem clara e acessível.

3.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi escolhida a triangulação, definida como uma combinação de métodos de estudo de um mesmo fenômeno (Denzin, 1978). De acordo com Lewis e Grimes (2005) a triangulação metodológica pode ser um meio de realizar estudos multiparadigmáticos, os quais podem contribuir para uma melhor apreensão das complexidades organizacionais. Vergara (2006) afirma que a triangulação é uma estratégia que contribui com a validade de uma pesquisa, sendo uma alternativa para a obtenção de novos conhecimentos, por meio de distintos pontos de vista. A análise proposta nessa pesquisa foi realizada a partir da triangulação entre os dados obtidos por meio dos questionários (baseado na Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard - Anexo A) preenchidos presencialmente pelos gestores e membros dos comitês de promoção de saúde, das entrevistas realizadas pela pesquisadora por meio do roteiro semiestruturado (Apêndice A) e pela fundamentação teórica obtida na revisão bibliográfica.

3.4 Análise estatística

Os dados foram obtidos por meio da aplicação dos questionários respondidos pelos gestores e pelos membros do comitê, visto que a contagem dos pontos definiu o *ranking* de cada hospital. Foi realizada análise estatística dos dados pontuados. As características gerais dos 29 participantes dos hospitais A, B e C, participantes da pesquisa, foram descritas por meio de distribuição de frequência simples. A variável 'tempo de trabalho na empresa em anos' foi apresentada como mediana e intervalo interquartil. Em continuidade foi analisado o percentual de resposta 'sim' e 'não' nos 12 domínios (suporte organizacional, controle do tabagismo, nutrição, atividade física, controle de peso, gerenciamento do estresse, depressão, pressão alta, colesterol alto, diabetes, sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco e resposta à emergência em caso de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco) para os dois grupos respondentes.

Com o objetivo de comparar as médias dos escores nos três hospitais segundo cada domínio de interesse, utilizou-se o teste de *Kruskal Wallis* e *Dunn* para o teste de comparações múltiplas processados em software Stata 13.0, adotando-se como critério de significância estatística $p < 0{,}05$. Esse é um teste não paramétrico utilizado para comparar três ou mais populações, usado para testar a hipótese nula de que todas as populações possuem funções de

distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

Utilizou-se o teste ‘t de *student’*, para verificar se houve diferença estatística significativa (p <0,05) entre as médias das pontuações dos gestores e membros dos comitês de cada hospital para cada domínio respondido, a variância dos resultados e o desvio padrão no que se refere aos doze domínios, em software E*xcel 2016*, pacote Office da Microsoft.

Para verificar se houve correlação entre as respostas dos gestores e membros do comitê para cada hospital, considerando-se o tempo de casa e a pontuação total obtida pelo CDC (Brasil, 2016), utilizou-se o cálculo de correlação de Pearson ‘*p*’ que mede o grau de correlação entre duas variáveis intervalares. O coeficiente assume valores entre -1 e 1, em que 1 significa uma correlação perfeita positiva entre duas variáveis (se uma variável aumenta, a outra também aumenta) e -1 significa uma correlação negativa perfeita entre duas variáveis (se uma variável aumenta a outra diminui). Para tal utilizou-se o software *Excel 2016*, pacote Office da Microsoft.

Considerou-se também a avaliação da frequência das respostas ‘sim’ do questionário respondida pelos gestores e membros dos comitês dos hospitais, conforme o peso das questões e o seu domínio. Justifica-se tal análise considerando que este instrumento foi baseado em doze domínios com questões cujas pontuações foram ajustadas, estabelecidas na relação evidências e fatores de impacto, contendo pesos de variação de 1 a 3 para as questões, sendo que o peso 1 possui evidência e impacto menor que peso 3. Essa distinção é necessária e pode indicar, nos hospitais pesquisados, como se deram as respostas, considerando-se o peso das questões e a frequência das respostas dos gestores e dos membros dos comitês, segundo o peso estipulado para as perguntas (o peso 1 significa bom; peso 2 significa muito bom e peso 3 significa ótimo). O valor dos pontos reflete o nível de impacto (mudanças provocadas observáveis no período de um ano, considerando a metodologia do CDC) e a força da evidência científica que as ações têm sobre os resultados ou o comportamento de saúde, conforme proposto pelos pesquisadores.

Essa avaliação pode indicar a percepção de gestores e membros do comitê sobre as características e a efetividade dos programas implementados nos hospitais, sugerindo que a frequência das respostas segundo o peso das questões pode apontar a evidência e o impacto das ações dos programas de saúde e bem-estar. Quanto maior for a frequência das respostas de

maior peso, maior a evidência e impacto dos programas, e, portanto, maior a sua efetividade. Essa avaliação pode também apontar a consistência dos métodos de comunicação entre os respondentes a partir da comparação entre as respostas dos gestores e membros do comitê.

3.5 Análise de conteúdo

Os dados foram obtidos por meio da realização de entrevistas respondidas pelos gestores e membros do comitê, sendo realizada análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011, p.47), é um "conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". Tal método se apresenta como uma ferramenta para o entendimento e percepção de significados manifestados pelos sujeitos de pesquisa conforme sua realidade, o que ao pesquisador propicia a compreensão do discurso dos indivíduos entrevistados e a interpretação de seus significados. Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais.

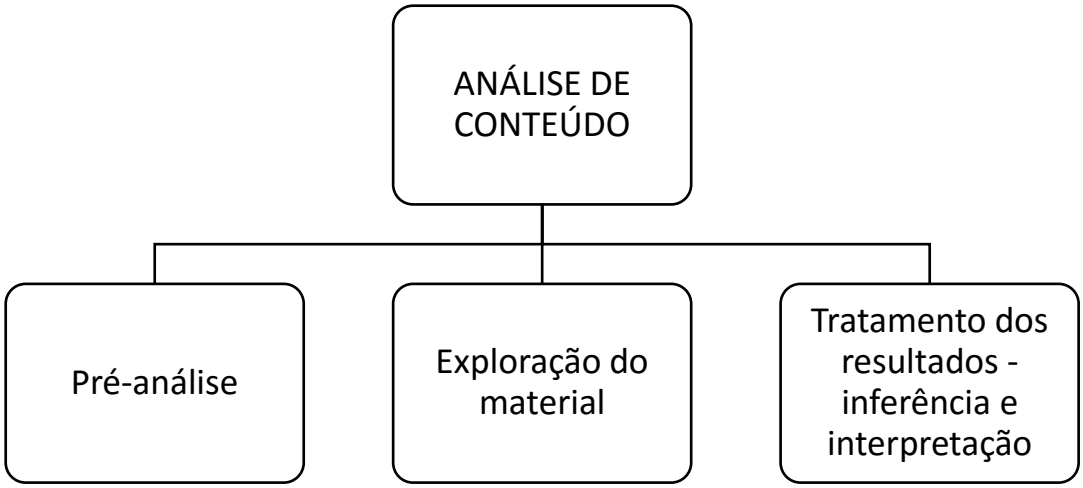

Figura 1: **Três fases da análise de conteúdo**
Fonte: Adaptado de Bardin (2011).

1) Pré-análise: A primeira fase caracterizou-se pela organização dos temas constituídos por enunciados ou trechos dos textos das entrevistas, os quais obedeceram às regras propostas por Bardin (2011):

- Exaustividade: a comunicação foi esgotada em sua totalidade, sendo que a última pergunta do roteiro semiestruturado considerou o item ‘sugestões’, caso houvesse algo que não tivesse sido declarado anteriormente;
- Representatividade: a amostra considerada representou o universo dos gestores e membros dos comitês dos três hospitais selecionados de acordo com os critérios explicitados (exceto no caso de dois membros dos comitês, conforme observado e justificado no quadro 6);
- Homogeneidade: os dados obtidos referiram-se ao mesmo tema, conduzido pelo roteiro semiestruturado (Apêndice A), por meio de técnicas iguais. A autora foi responsável por coletar todos os dados das entrevistas e explicitou a cada sujeito de pesquisa o propósito do trabalho, apresentando preâmbulo sobre o tema:

> **Preâmbulo**:
>
> Programas de saúde e bem-estar no local de trabalho referem-se a um conjunto coordenado e abrangente de estratégias que incluem programas, políticas, benefícios, suportes ambientais e orientações para a comunidade envolvida, projetado para atender as necessidades de saúde e segurança de todos os funcionários e familiares. Alguns exemplos de estratégias e componentes de programas de saúde no local de trabalho incluem: orientações sobre educação em saúde; acesso às instalações para atividades físicas; políticas da empresa que promovam comportamentos saudáveis, como o trabalho livre de tabaco; cobertura de seguro saúde para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores; ambiente de trabalho saudável, livre de ameaças à saúde e segurança; práticas que busquem enfatizar alimentação saudável. (*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2016, tradução da autora).

- Pertinência: o roteiro semiestruturado (Apêndice A) foi elaborado pela autora e adaptado ao conteúdo e objetivo da pesquisa;
- Exclusividade: os dados obtidos foram classificados dentro da sua respectiva categoria, com a devida exclusividade. Sendo assim, cada elemento só pode existir em uma única categoria.

2) Exploração do material: na segunda fase foram escolhidas as unidades de codificação, que continham os temas com o mesmo significado e que remetiam ao mesmo conceito, por isso as unidades foram reunidas na mesma categoria.

3) Tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação: a terceira fase baseou-se nos resultados brutos, procurando torná-los significativos e válidos.

Os dados das entrevistas foram anotados pela pesquisadora e agrupados por meio do *software NVIVO11Pro.*, apropriado para pesquisas qualitativas e métodos mistos. Destina-se à

realização de pesquisas de informações em texto e/ou multimídia para níveis de análise em pequenos ou grandes volumes de dados. O *software* organiza e analisa dados não-numéricos ou não estruturados, classifica e organiza informações, examina relacionamentos nos dados e combina análises vinculantes e sua modelagem, permitindo testar teorias, identificar tendências e examinar as informações (QSRINTERNATION, 2018).

De acordo com o método de análise de conteúdo, o estudo definiu categorias e subcategorias a partir das questões propostas no roteiro semiestruturado (Apêndice A) e das entrevistas realizadas nos hospitais A, B e C junto aos gestores e membros dos comitês, respectivamente. Após a análise sistemática dos dados foi possível identificar o entendimento que gestores e membros dos comitês dos três hospitais tiveram sobre as categorias e subcategorias descritas, conforme o quadro 6.

Quadro 6:
Categorias de análise

Categorias	Subcategorias	Descritivo
1. Ações de Promoção de Saúde e bem-estar	1.a - Colaboradores	Ações de promoção de saúde e bem-estar, destinadas aos colaboradores e implementadas pelos hospitais A, B e C, relatadas pelos seus respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
	1.b - Familiares	Ações de promoção de saúde e bem-estar, destinadas aos familiares dos colaboradores e implementadas pelos hospitais A, B e C, relatadas pelos seus respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa
	1.c - Percepção dos entrevistados	Importância da implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas pelos hospitais A, B e C percebida pelos seus respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
2. Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar	2.a - Colaboradores / Familiares	Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares e implementadas pelos hospitais A, B e C, relatados pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
	2.b - Hospital	Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas pelos hospitais A, B e C, relatados pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.

3. Métrica dos resultados	3.a - Existência	Formas de medição dos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas pelos hospitais A, B e C, relatadas pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
	3.b - Inexistência	
4. Divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde implementadas	4.a - Sim	Divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde implementadas pelos hospitais A, B e C, relatada pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
	4.b - Não	
5. Impacto das ações de promoção de saúde implementadas	5.a - Métricas	Métricas referentes aos impactos das ações de promoção de saúde implementadas pelos hospitais A, B e C, relatadas pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
	5.b - Formas de publicação	Formas de publicação dos impactos das ações de promoção de saúde implementadas pelos hospitais A, B e C, relatadas pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.
6. Sugestões	Considerações finais sobre a implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar nos hospitais A, B e C, tecidas pelos respectivos gestores e membros dos comitês, entrevistados desta pesquisa.	

3.5.1 Triangulação de fontes de dados

O software NVivo permitiu ainda a categorização de respostas obtidas nas entrevistas efetuadas com os membros do comitê e gestores dos três hospitais, estabelecendo códigos com a quantidade de referências comuns para trechos ou palavras entendidas como chave ou indicativas das entrevistas. Foram definidos temas (nós) específicos considerando as perguntas das entrevistas, tendo sido confrontadas com os conteúdos explicitados na revisão teórica desse trabalho, que estão associados ao conteúdo do questionário CDC (Brasil, 2016). Assim, elaborou-se matriz com o cruzamento desses temas. As referências obtidas com a utilização do programa são apresentadas na seção 4.3 deste trabalho (Associação das fontes de dados: revisão teórica, questionário e entrevistas) e estão agrupadas da seguinte forma: 1) Cuidados e Humanização; 2) Cultura Organizacional; 3) Hospitais e Cultura de Saúde; 4) Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT's.

Na sequência, considerando o peso das respostas ao questionário HSC (Brasil, 2016), que avaliou o impacto e a evidência dos dados obtidos na sua aplicação, foi possível associar o conteúdo das entrevistas com os temas da revisão teórica e os respectivos pesos das questões

referentes ao questionário CDC. Por exemplo, ações relatadas nas entrevistas associadas ao peso 1 dizem respeito à informação dos programas, folhetos, pôsteres, enquanto ações relatadas associadas ao peso 3 configuram-se como ações que fazem parte de programas já consolidados, portanto, mais efetivos. Perguntas de peso 2 apresentam impacto e evidências intermediárias, indicando programas sem eficácia comprovada ou ainda em construção. Isso permitiu visualizar as respostas comuns entre os grupos respondentes e compará-las, avaliando-as segundo os pesos das perguntas, o que possibilitou indicar a maior ou menor visão e percepção dos entrevistados acerca da efetividade das ações efetuadas pelo hospital.

Essa avaliação possibilitou a triangulação das três fontes de dados, indicando a orientação das respostas de gestores e membros do comitê quanto às ações, seus resultados e os temas, comparando a atuação dos grupos entrevistados.

4 RESULTADOS

Dos seis hospitais inicialmente convidados para participar da pesquisa, três declinaram do convite. Os três hospitais que aceitaram participar da pesquisa (Hospital Osvaldo Cruz, proponente da pesquisa junto ao CONEP, Hospital do Coração e Hospital Sírio Libanês) possuem estruturas próprias e independentes para a realização de ações de saúde e bem-estar. As áreas em que as ações de saúde e bem-estar são concebidas e realizadas possuem as seguintes denominações: Qualidade de Vida e Saúde (Hospital Alemão Oswaldo Cruz), Epidemiologia Hospitalar (Hospital Sírio Libanês), e Recursos Humanos (Hospital do Coração). Nos hospitais que não se dispuseram a participar da pesquisa, os nomes das áreas são: Serviço Social e Benefícios (Hospital Samaritano), Recursos Humanos (Hospital Albert Einstein) e Área Assistencial (Hospital Moinhos de Vento). Os gestores desses três hospitais são apresentados como ‘Coordenadores’, ‘Gerentes’, ‘Supervisores’ e ‘Superintendente’, nomenclaturas próprias de funções de direção. A designação das funções remete, nos três hospitais, à atuação em saúde ocupacional e gestão de recursos humanos. Para preservar a identidade dos hospitais participantes da pesquisa, eles foram nomeados aleatoriamente como hospitais A, B e C.

Nos hospitais A e C os gestores têm função especificada voltada à qualidade de vida. Nos cargos e funções dos membros dos comitês, nos três hospitais observa-se associação à atuação em saúde ocupacional. No hospital A as funções de médico, psicólogo, nutricionista e assistente social não possuíam título que as qualificassem; no hospital B as nomenclaturas foram voltadas à designação como ‘Consultores’ e à devida qualificação; no hospital C as funções referem-se principalmente à saúde ocupacional. Entretanto, constatou-se que Médico de família e Médico de regulação possuem suas atividades profissionais direcionadas à saúde e bem-estar dos trabalhadores e, ocasionalmente, dos familiares. Essa diversidade de denominações pode indicar que não há estabelecido um padrão específico de nomenclatura, o que sugere que ações dessa natureza ainda são pioneiras, sendo adaptadas pelos diferentes hospitais para suas realidades ou inspirações de momento.

4.1 Resultados do questionário nos três hospitais

4.1.1 Resultados dos questionários

Essa seção apresenta os resultados dos questionários CDC (Brasil, 2016) aplicados aos

gestores e membros dos comitês dos três hospitais. Inicialmente foram analisados os três hospitais em seu conjunto e, em seguida, foi feita a descrição dos resultados de cada hospital em seus aspectos mais relevantes. Considerou-se que as respostas dos gestores e membros dos comitês de cada hospital podem indicar a percepção dos grupos relativamente à efetividade das ações empreendidas e, dessa forma, apontar a maior ou menor consistência das ações de construção da 'Cultura de Saúde' de cada instituição. Os 29 respondentes estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 8:
Respondentes por categoria e hospital

Hospital Função	Total Hospital	n° participantes
Hospital A - Gestor	10	4
Hospital A - Comitê		6
Hospital B - Gestor	10	3
Hospital B - Comitê		7
Hospital C - Gestor	9	3
Hospital C - Comitê		6
Total	29	29

As características gerais dos respondentes estão apresentadas nas figuras 2, 3, 4 e 5:

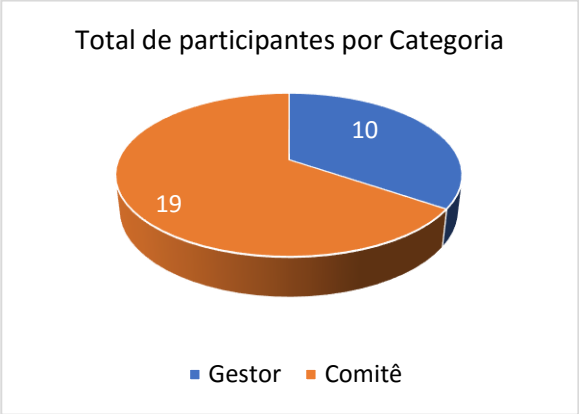

Figura 2: **Distribuição total dos participantes**

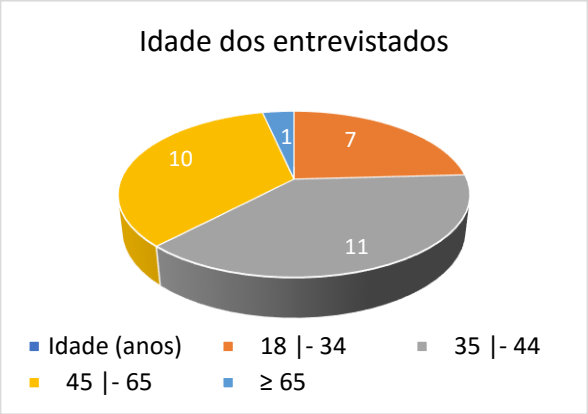

Figura 3: **Idade dos entrevistados**

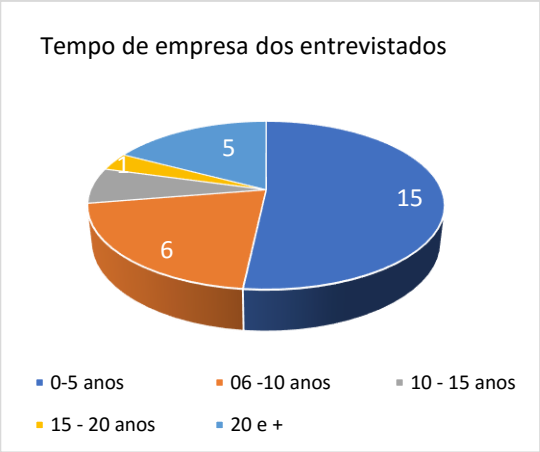

Figura 4: **Tempo de empresa dos entrevistados**

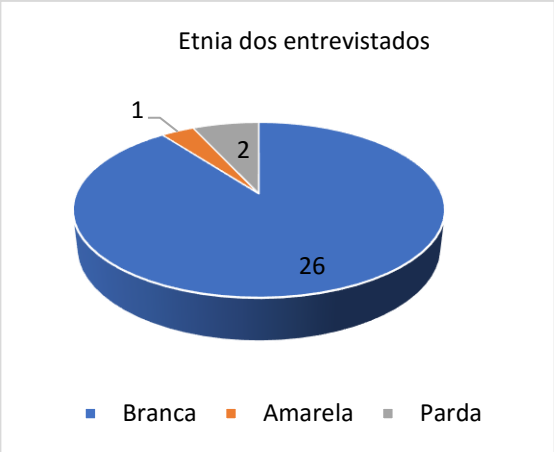

Figura 5: **Etnia dos entrevistados**

Dos entrevistados, aproximadamente 65% eram membros dos comitês, com bastante tempo de empresa (21 deles com mais de 15 anos). A indicação de membros do comitê como a maioria dos respondentes pelos hospitais denota o seu interesse pela pesquisa, indicando que não houve preocupação *a priori* com possíveis avaliações negativas pelos participantes. Esse comprometimento das organizações pode estar refletido na idade média dos entrevistados, que em sua maioria possuíam 35 a 44 anos, e em menor número 45-65 anos, que associados ao tempo de casa, sugere maturidade no exercício do trabalho.

A tabela 9 apresenta os valores de '*p*', obtidos no teste t de *student* referentes aos doze domínios dos hospitais A, B e C, considerando a significância das respostas obtidas pelos gestores e os membros dos comitês.

Tabela 9:
Valores de significância observados nos doze domínios de cada hospital, de acordo com o teste t de student

Sequência	Domínios	Hospital A P(T<=t) bi-caudal	Hospital B P(T<=t) bi-caudal	Hospital C P(T<=t) bi-caudal
1	Suporte organizacional	0,938594506	0,943542512	0,084999731
2	Controle do tabagismo	0,435753152	0,783271176	0,697286964
3	Nutrição	0,114490592	0,10355171	0,679986946
4	Atividade física	0,839377034	0,488855584	0,770885534
5	Controle do peso	0,558566126	0,478870828	0,882060612
6	Gerenciamento do estresse	0,421730442	0,654159083	0,301570127
7	Depressão	0,430801366	0,760471732	0,430968672
8	Pressão alta	0,628588761	0,819160559	0,114316301
9	Colesterol alto	0,686666086	0,798739817	0,171979556

10	Diabetes	0,926305207	0,975283305	0,099741942
11	Sinais e sintomas de AVC ou AC	0,486160538	0,460654731	0,466059335
12	Resposta à emergência em caso de AVC ou AC	0,336942152	0,672604138	0,427223881
	Variância	0,248753562	0,245190999	0,280670738
	Desvio Padrão	0,061878334	0,060118626	0,078776063

De acordo com o teste *t de student* não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos gestores e dos membros do comitê, considerando o conjunto dos doze domínios para cada hospital. O valor de *p* em nenhum domínio apresentou valor abaixo de 0,05. O hospital B apresentou a menor variação entre as repostas dos dois grupos indicando maior homogeneidade das respostas, seguido do hospital A e o C.

A figura 6 apresenta a pontuação proporcional dos três hospitais frente ao total de pontos em cada um dos doze domínios:

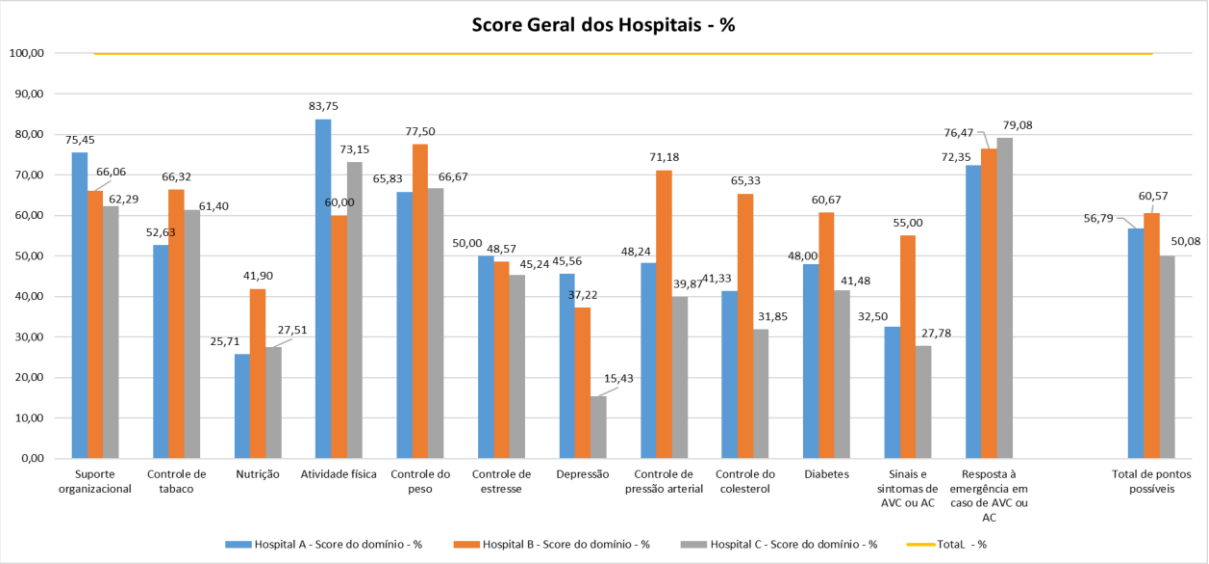

Figura 6: **Pontuação percentual obtida por cada hospital, por domínio e total de acordo com CDC** (Brasil, 2016)

A tabela 10 apresenta o total da pontuação obtida pelos hospitais em cada domínio, bem como o desvio padrão e a significância estatística dos resultados obtidos por domínio entre os três hospitais. Não se considerou distinção entre os respondentes membros dos comitês e gestores.

Tabela 10:
Resultados obtidos por cada hospital, considerando as pontuações e respectivos percentuais referentes a cada domínio, segundo a pontuação máxima do CDC (Brasil, 2006)

Domínio	% do total	Pontos possíveis	Todos	Média (± DP) - Hospital A		Média (± DP) Hospital B		Média (± DP) Hospital C		*P**
			N=29	%	n=10	%	n=10	%	n=9	
Suporte organizacional	68,12%	33	22,28 (5,78)	75,45	24,90 (4,20)	66,06	21,80 (4,31)	61,27	20,55 (8,01)	0,173
Controle do tabagismo	60,05%	19	11,41 (4,88)	52,63	10,00 (4,00)	66,32	12,60 (4,92)	61,37	11,66 (5,80)	0,368
Nutrição	31,81%	21	6,68 (3,65)	25,71	5,40 (1,89)	41,90	8,80 (4,87)	27,48	5,77 (2,72)	0,21
Atividade física	72,25%	24	17,34 (5,69)	83,75	20,10 (5,30)	60,00	14,40 (6,32)	73,13	17,55 (4,03)	**0,018**[a]
Controle do peso	70,08%	12	8,41 (4,05)	65,83	7,90 (5,21)	82,50	9,30 (2,86)	66,67	8,00 (4,03)	0,605
Gerenciamento do estresse	48,00%	14	6,72 (3,17)	50,00	7,00 (2,49)	48,57	6,80 (4,07)	45,21	6,33 (3,04)	0,82
Depressão	33,33%	18	6,00 (4,76)	22,22	8,20 (4,21)	37,22	6,7 (5,92)	15,39	2,77 (1,30)	0,077
Pressão alta	53,53%	17	9,10 (4,56)	48,24	8,20 (4,66)	71,18	12,10 (4,20)	39,82	6,77 (3,92)	**0,039**[b]
Colesterol alto	46,67%	15	7,00 (4,87)	41,33	6,20 (4,18)	65,33	9,80 (5,75)	31,80	4,77 (3,19)	0,083
Diabetes	50,33%	15	7,55 (5,26)	48,00	7,20 (4,98)	60,67	9,10 (6,19)	41,47	6,22 (4,57)	0,395
Sinais e sintomas de AVC ou AC	38,75%	4	1,55 (1,57)	32,50	1,3 (1,41)	55,00	2,20 (1,81)	27,75	1,11 (1,36)	0,289
Resposta à emergência em caso de AVC ou AC	75,82%	17	12,89 (4,43)	72,35	12,30 (4,52)	76,47	13,00 (4,05)	79,06	13,44 (5,15)	0,817
Total de pontos possível		209			118,7		126,6		104,67	

A figura 6 e a tabela 10 indicam que o hospital B obteve a maior pontuação entre os hospitais pesquisados (126,6 pontos – 60,57% do total possível), bem como a maior pontuação em sete dos doze domínios do questionário*: Controle de tabaco, Nutrição, Controle de peso, Pressão alta, Controle de colesterol, Diabetes* e *Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral – AVC ou Ataque Cardíaco – AC*. Em seguida, o hospital A obteve 118,7 pontos, equivalentes a 56,79% do total possível, com maior pontuação nos seguintes domínios: *Suporte organizacional, Atividade física* e *Pressão alta*. O hospital C apresentou 104,67 pontos, equivalentes a 50,08%, com melhor pontuação no domínio *Resposta à emergência em caso de AVC ou AC*. As menores pontuações alcançadas pelos hospitais por domínio referiram-se à *Nutrição, Depressão, Sinais e sintomas de AVC ou AC* e *Colesterol alto*, nessa ordem. Isso significa que os respondentes do hospital B fizeram uma avaliação geral mais positiva deste hospital no que diz respeito às ações elencadas no questionário do CDC (Brasil, 2016), seguida pela avaliação feita pelos respondentes do hospital A para as ações neste hospital e, por último, pelos respondentes do hospital C para as ações neste hospital. Observa-se ainda na tabela 10 diferença estatística significativa entre os hospitais A (20,10) e B (14,40) no domínio *Atividade física* (p = 0,018), bem como diferença estatística significativa entre os hospitais B (12,10) e C (6,77) no domínio *Pressão alta* (p=0,039), de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* (p <0,05) e teste de *Dunn* para comparações múltiplas. Isso indica que o hospital A possui programa mais

efetivo para atividade física se comparado aos outros hospitais. O hospital B possui programa de controle de hipertensão. Embora existam diferenças estatísticas significativas entre esses dois domínios para os hospitais citados, deve-se considerar que os programas constantes no questionário CDC (Brasil, 2016) estão relacionados entre si. Dos doze domínios propostos no questionário, apenas dois apresentaram diferença estatística, apenas entre dois hospitais (A e B para *Atividade física* e B e C para Pressão alta); assim sendo, a leitura deve ser a inversa, ou seja, em dez domínios não ocorreu diferença estatística entre as análises efetuadas para os hospitais. Isso significa que as ações avaliadas pelos respondentes se apresentam semelhantes, condicionadas às especificidades de cada organização e de cada grupo respondente. Essas especificidades poderão ser melhor compreendidas na síntese da apreciação de cada hospital feita pelos grupos que participaram da entrevista.

As figuras 7 e 8 apresentam o percentual de respostas dos gestores e membros dos comitês nos diferentes domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016).

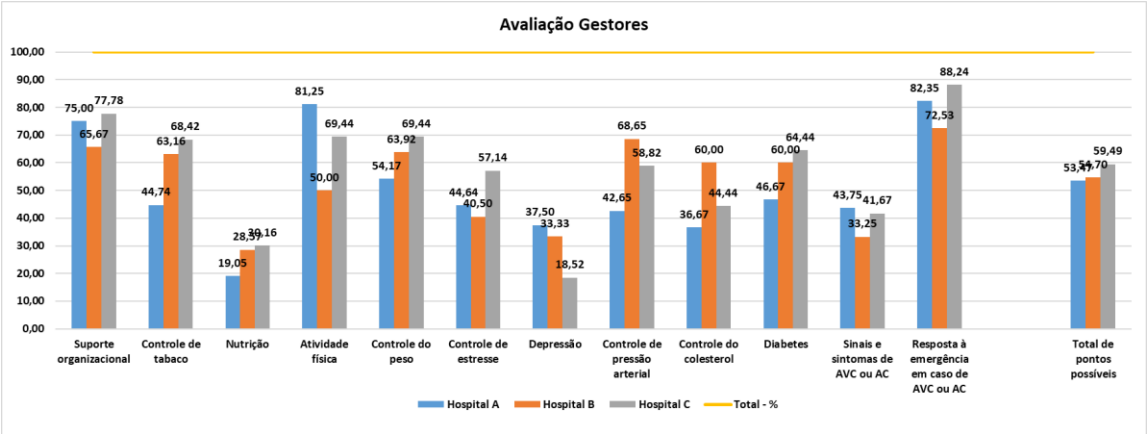

Figura 7: **Percentual das respostas dos gestores dos hospitais A, B e C, por domínio, de acordo com CDC (Brasil, 2016)**

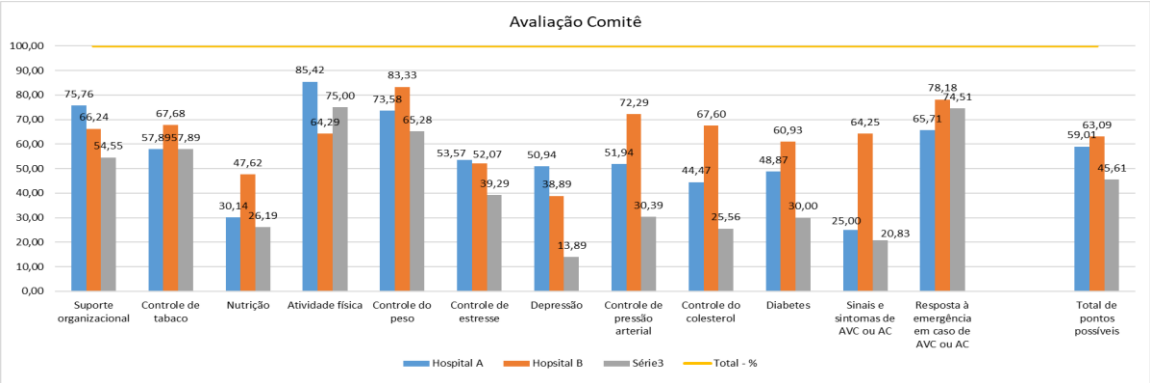

Figura 8: **Percentual das respostas dos membros dos comitês dos hospitais A, B e C, por domínio, de acordo com CDC (Brasil, 2016)**

A figura 7 indica maior pontuação na avaliação feita pelos gestores do hospital A para este hospital em três domínios: *Atividade Física* (81,25%), *Sinais e Sintomas de AVC ou AC* (43,75%) e *Depressão* (37,50%); no hospital B, a avaliação feita pelos gestores indicou o maior percentual da pontuação média deste hospital em dois domínios: *Pressão alta* (68,65%) e *Colesterol alto* (60%); e no hospital C a avaliação feita pelos gestores apontou maior percentual da pontuação média deste hospital em sete domínios: *Resposta à emergência em caso de AVC ou AC* (88,24%), *Suporte Organizacional* (76,76%), *Controle de peso* (69,42%), *Controle do tabagismo* (68,42%), *Diabetes* (64,47%), *Gerenciamento de estresse* (57,14%) e *Nutrição* (30,14%). O total de pontos expressos na avaliação dos hospitais feita pelos gestores, considerando o total de pontos possíveis segundo o CDC (Brasil, 2016), em ordem decrescente foi: hospital C (59,33%), seguido do hospital B (54,70%) e do hospital A (53,47%), A figura 8 demonstra que a avaliação feita pelos membros dos comitês do hospital A para este hospital apresentou o maior percentual da pontuação média comparado aos demais hospitais em quatro domínios: *Atividade Física* (85,42%), *Suporte Organizacional* (75,76%), *Gerenciamento de estresse* (53,57%) e *Depressão* (50,94%). As respostas dos membros do comitê do hospital B demonstraram maior percentual na avaliação deste hospital em oito domínios: *Controle de peso* (83,33%), *Resposta à emergência em caso de AVC ou AC* (78,18%), *Pressão alta* (72,29%), *Controle de tabagismo* (67,68%), *Colesterol alto* (67,60%), *Sinais e sintomas de AVC ou AC* (64,25%), *Diabetes* (60,93%) e *Nutrição* (47,62%). Quanto ao hospital C, a avaliação feita pelos dos membros do comitê deste hospital não indicaram percentual maior em relação aos demais hospitais em nenhum dos domínios elencados. O total de pontos apresentado na avaliação feita pelos membros do comitê para os hospitais pesquisados, considerando o total de pontos possíveis segundo o CDC (Brasil, 2016), em ordem decrescente, foram: hospital B (63,09%), seguido do hospital A (59,01%) e hospital C (45,45%). Mesmo considerando a ausência de diferença estatística significativa entre as avaliações dos três hospitais segundo a avaliação dos respondentes, pode-se observar a existência de diferenças, traduzidas nas pontuações totais e nos domínios. Isso indica a existência de especificidades e singularidades em cada um dos hospitais. A síntese da avaliação está contida no quadro 7, considerando os maiores percentuais de respostas fornecidas pelos seis grupos de respondentes no ranqueamento dos hospitais.

Quadro 7:
Resumo dos domínios que alcançaram os maiores percentuais entre os hospitais, por gestores e membros dos comitês

Domínio	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê
Suporte organizacional						
Controle de tabagismo						
Nutrição						
Atividade Física						
Controle de peso						
Gerenciamento de estresse						
Depressão						
Pressão alta						
Colesterol Alto						
Diabetes						
Sinais e sintomas de AVC ou AC						
Reposta à emergência em caso de AVC ou AC						

No hospital A, a avaliação feita pelos gestores para este hospital apresentou maior percentual em três domínios e a avaliação feita pelos membros do comitê apresentou maior percentual em quatro domínios, havendo semelhança nas respostas dadas pelos gestores e membros do comitê nos domínios *Atividade Física* e *Depressão*. No hospital B, a avaliação feita pelos gestores para este hospital apresentou os maiores percentuais em dois domínios e a avaliação feita pelos membros do comitê, em oito domínios, havendo coincidência nas respostas relacionadas aos domínios *Controle de Pressão Arterial* e *Controle de Colesterol*. Já no hospital C, a avaliação feita pelos gestores para este hospital apresentou os maiores percentuais em sete dos doze domínios, enquanto a avaliação feita pelos membros do comitê não apresentou percentuais maiores em nenhum domínio, o que indica uma divergência na percepção desses dois grupos de respondentes acerca das ações empreendidas pelo hospital no que diz respeito aos domínios constituintes do CDC (Brasil, 2016).

A melhor avaliação do hospital pelos membros do comitê do que pelos gestores do hospital B pode indicar que os gestores desse hospital não possuem o mesmo conhecimento das ações comparado aos membros do comitê, e que esses últimos apresentam maior engajamento nas ações de saúde e bem-estar, indicando que o hospital B propicia aos funcionários membros do comitê autonomia adequada para o exercício das atividades. Em sentido oposto, o hospital C apresentou a menor pontuação geral e as maiores diferenças nas respostas entre os dois grupos de respondentes, indicando que nesse hospital os membros do comitê não reconhecem as ações de saúde e bem-estar que os gestores apontaram, o que mostra certo descompasso no

entendimento das ações empreendidas pelo hospital, possivelmente por conta da comunicação deficiente por parte da organização (os gestores entendem uma coisa, os membros do comitê outra). O hospital A apresentou situação intermediária em seu ajuizamento, com homogeneidade nas respostas dos dois grupos de respondentes e expressiva pontuação nos domínios *Suporte organizacional* e *Atividade física*, indicando conhecimento e consistência das ações relacionadas a esses domínios nesse hospital. A pontuação no domínio *Suporte organizacional* indica conhecimento das políticas, possibilidades e ações empreendidas pelo hospital A, e, contrariamente ao hospital B, a semelhança nas respostas dos dois grupos de respondentes indica que nesse hospital o suporte de esclarecimento e de comunicação é mais efetivo. A aplicação do questionário CDC (Brasil 2016) indicou que o hospital B apresentou a melhor pontuação geral, com ênfase na avaliação feita pelos membros do comitê; no hospital A, que apresentou a pontuação intermediária, observa-se que ambos os grupos demonstraram conhecimento semelhante da organização e de seus programas. O hospital C apresentou a menor pontuação dos três avaliados, com destaque à avaliação feita pelos gestores, com pontuação mais alta do que aquela feita pelos membros do comitê.

Os resultados apontam que, no entendimento dos grupos respondentes, ocorrem ações concretas e efetivas de saúde e bem-estar aos funcionários, entretanto os grupos de cada hospital apresentaram entendimentos específicos e próprios acerca das ações, das condições de trabalho e das potencialidades e as limitações que os hospitais oferecem.

4.1.2 Análise das respostas do questionário CDC (Brasil, 2016) conforme o peso das questões

A partir das considerações dos dois grupos respondentes, analisou-se a *performance* dos hospitais em ações de promoção de saúde e bem-estar pela frequência das respostas ‘sim’ às questões de peso 3, visto que essas caracterizam as maiores evidências do impacto dessas ações em dado domínio (CDC, 2014b). Como descrito na metodologia do trabalho, questões de peso 1 conferem o juízo ‘bom’, as de peso 2 ‘muito bom’ e as de peso 3 ‘ótimo’. Assim, respostas ‘sim’ às questões de peso 3 indicam forte evidência de um impacto grande ou suficiente em relação às ações empreendidas. As questões de peso 2 e 1 indicam impactos e evidências menores. A proposição da aplicação do CDC em organizações possibilita comparar a *performance* entre empresas ou ainda constatar a evolução das ações de saúde e bem-estar numa mesma organização por meio da aplicação periódica do questionário. A maior quantidade de

respostas ‘sim’ a uma questão indica a adoção e o reconhecimento de ações vinculadas à Cultura de Saúde. Se a maior quantidade de respostas ocorrer em questões de peso 3 (ótimo), isso significa que as ações possuem os maiores impactos e evidências, configurando-se como mais efetivas na promoção de saúde das pessoas para as quais essas ações estão voltadas. Os estudos apresentados por Safeer *et al.* (2018) e Lang *et al.* (2017) demonstraram a ocorrência de alterações nas ações de saúde e bem-estar a partir da aplicação do CDC em dois momentos distintos nas empresas. Deve-se atentar que a pontuação obtida no CDC (Brasil, 2016) não deve ser interpretada de modo absoluto, devendo sempre contemplar o porte, a natureza das organizações e os impactos gerados no exercício de sua atividade. Os resultados inconsistentes podem e devem indicar estratégias a serem implementadas para que as organizações melhorem sua *performance* no desenvolvimento de ações voltadas aos programas de saúde e bem-estar. Respostas ‘não’ indicam a ausência de ações. Respostas muito díspares fornecidas pelos respondentes a uma mesma questão indicam entendimentos distintos sobre as ações de promoção de Cultura de Saúde.

Tabela 11:
Percentual da frequência de respostas ‘sim’ dos gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C, segundo o peso das questões

Pesos	nº questões	Hospital A			Hospital B			Hospital C		
		Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1 (Bom)	30	47,54 %	49,12 %	47,20 %	52,73 %	62,71 %	59,48 %	44,49 %	42,95 %	42,47 %
2 (Muito bom)	30	47,36 %	53,83 %	49,13 %	52,73 %	59,15 %	57,93 %	48,99 %	39,47 %	42,94 %
3 (Ótimo)	40	49,70 %	54,92 %	51,84 %	52,31 %	68,41 %	59,04 %	50,65 %	41,88 %	43,62 %

A tabela 11 aponta que das 100 questões do questionário CDC (Brasil, 2016), 40 possuem peso 3 e 30 possuem pesos 2 e 1. Isso indica que o questionário privilegia ações efetivas, de maior impacto e evidência, possibilitando constatar a evolução de ações em momentos distintos e nos domínios específicos. Refletindo a pontuação absoluta do CDC (Brasil, 2016), o hospital B apresentou maior frequência de respostas ‘sim’, atribuídas principalmente pelos membros do comitê, seguido do hospital A, que também apresentou maior frequência de respostas ‘sim’ por parte dos membros do comitê, e o hospital C, esse com uma frequência maior de respostas ‘sim’ por parte dos gestores. Analisando individualmente cada hospital, verificou-se que gestores e membros do comitê apresentaram frequência similar de respostas para as questões. Isso indica que os respondentes entendem que os hospitais possuem

ações consolidadas e efetivas (peso 3 – ótimo), mas também apontam para a possibilidade do seu aprimoramento em diferentes estratégias.

A tabela 12 apresenta a frequência de respostas ‘sim’ nos doze domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016) para as questões de pesos 1, 2 e 3, nos hospitais A, B e C.

Tabela 12:
Percentual da frequência das respostas dos respondentes dos hospitais A, B e C, segundo o peso das respostas nos doze domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016)

		Hospital A			**Hospital B**			**Hospital c**		
Suporte Organizacional										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	% geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	5	75,00%	66,67%	70,00%	80,00%	60,00%	66,00%	86,67%	76,67%	80,00%
2	11	75,00%	75,76%	75,45%	60,61%	68,83%	66,36%	78,79%	53,03%	61,62%
3	2	75,00%	83,33%	80,00%	50,00%	71,43%	65,00%	66,67%	41,67%	61,11%
Controle do tabagismo										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	4	62,50%	45,83%	55,00%	75,00%	67,86%	67,50%	83,33%	66,67%	65,00%
2	3	50,00%	44,44%	46,67%	66,67%	71,43%	70,00%	66,67%	88,89%	73,33%
3	3	33,33%	61,11%	50,00%	22,22%	66,67%	53,33%	33,33%	22,22%	23,33%
Nutrição										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	6	33,33%	44,44%	23,33%	33,33%	57,14%	50,00%	33,33%	25,00%	27,78%
2	3	33,33%	61,11%	50,00%	66,67%	52,38%	56,67%	55,56%	44,44%	48,15%
3	3	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	38,10%	26,67%	11,11%	16,67%	14,81%
Atividade física										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	75,00%	100,00%	90,00%	66,67%	71,43%	70,00%	33,33%	55,56%	55,56%
2	1	75,00%	100,00%	80,00%	66,67%	71,43%	70,00%	66,67%	66,67%	66,67%
3	7	82,14%	83,33%	82,28%	47,62%	63,27%	58,57%	71,43%	74,60%	74,60%
Controle de peso										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	50,00%	66,67%	60,00%	66,67%	57,14%	60,00%	0,00%	33,33%	22,22%
2	1	75,00%	83,33%	80,00%	100,00%	85,71%	90,00%	66,67%	50,00%	55,56%
3	3	50,00%	72,22%	63,33%	55,56%	80,95%	73,33%	77,78%	72,22%	74,07%
Gerenciamento de estresse										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	2	50,00%	75,00%	65,00%	83,33%	64,29%	70,00%	100,00%	100,00 %	100,00 %
3	4	43,75%	50,00%	47,50%	33,33%	46,43%	42,50%	50,00%	29,17%	36,11%
Depressão										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
2	3	25,00%	27,78%	26,67%	0,00%	23,81%	23,81%	22,22%	0,00%	7,41%
3	4	43,75%	62,50%	55,00%	50,00%	46,43%	47,50%	16,67%	20,83%	19,44%
Pressão alta										

Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	33,33%	30,00%	33,33%	71,43%	60,00%	33,33%	33,33%	33,33%
2	2	25,00%	25,00%	25,00%	33,33%	42,86%	40,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3	4	50,00%	62,50%	57,50%	83,33%	82,14%	82,50%	75,00%	37,50%	50,00%
Colesterol Alto										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	33,33%	30,00%	33,33%	71,43%	60,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2	1	0,00%	16,67%	10,00%	33,33%	42,86%	40,00%	33,33%	16,67%	22,22%
3	4	25,00%	50,00%	40,00%	66,67%	71,43%	70,00%	50,00%	29,17%	36,11%
Diabetes										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	16,67%	20,00%	33,33%	57,14%	50,00%	0,00%	16,67%	11,11%
2	1	0,00%	33,33%	20,00%	33,33%	42,86%	40,00%	33,33%	16,67%	22,22%
3	4	56,25%	54,17%	55,00%	66,67%	64,29%	65,00%	75,00%	33,33%	47,22%
Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	4	43,75%	25,00%	32,50%	41,67%	64,29	57,50%	41,67%	20,83%	27,78%
Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	3	58,33%	33,33%	43,33%	33,33%	47,62%	43,33%	77,78%	44,44%	55,56%
2	4	87,50%	70,83%	77,50%	66,67%	89,29%	82,50%	66,67%	58,33%	61,11%
3	2	87,50%	75,00%	80,00%	100,00%	78,57%	85,00%	100,00%	83,33%	88,89%

Em continuidade serão apresentadas as respostas dos três hospitais considerando o peso das perguntas (tabela 12), a pontuação geral (tabela 10) e as respostas entre os gestores e membros do comitê, para cada um dos doze domínios (Tabela 33[2], Apêndice C). Essa leitura, além de classificar as ações mais efetivas identificadas nos domínios, ou seja, as que possuem maior impacto e evidência, também permite identificar as respostas dos grupos respondentes, segundo o entendimento das ações e sua efetividade, o que pode identificar como os respondentes avaliam as ações dos hospitais.

Suporte Organizacional

Nesse domínio as questões enfatizam políticas e ações internas da organização para a construção de Cultura de Saúde, sendo que o CDC (Brasil, 2016) apresenta maior número de questões de peso 2, evidenciando existência de estratégias e formas de consolidar as políticas da organização. Os três hospitais possuem líder de promoção de saúde que conduz ações dentro

[2] Frequências da pontuação dos doze domínios por tipo de hospital obtidos do questionário da versão brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard (Brasil, 2016).

da estrutura existente. Associando as respostas aos respectivos pesos, observou-se que o hospital A apresentou a maior frequência para as questões de peso 3, seguido do hospital B e do C. As questões de peso 2 também apresentaram resultados semelhantes às de peso 3: o hospital A apresentou maior frequência 'sim', seguido dos hospitais B e C, nessa ordem. Isso denota que as políticas do hospital A apresentam-se claras para os dois grupos de respondentes, mais que nos outros dois hospitais, e que o fluxo de informações e respostas advindas dessa organização apresentam-se mais efetivas.

Controle de Tabagismo

O hábito de fumar é exercido por 10,2% da população brasileira, com diminuição a uma razão de 0,62% ao ano (Vigitel, 2017). No Brasil e no estado de São Paulo já existem normas que proíbem o consumo de tabaco em ambientes fechados (Lei Federal 12.546/2011 e Lei Estadual 13.541/09). Os três hospitais pesquisados apresentaram resultados semelhantes no quesito *Controle de tabagismo*, 60% dos 19 pontos possíveis, conforme a tabela 10. Observa-se a existência de política pública que coíbe fortemente o consumo de tabaco, o que, de certo modo, substitui política interna, conforme consta nas questões 19 a 21 da Tabela 33 (Apêndice C), além da distribuição de medicação pelo SUS, portanto gratuito. Os três hospitais não ofereceram incentivos aos fumantes e potenciais ex-fumantes, mas consideraram a oferta da medicação apropriada. Em sua maioria, não ocorreu o encaminhamento aos programas públicos para cessar o hábito, o que pode representar desconhecimento ou desinteresse dos respondentes ou dos hospitais quanto a este tipo de política pública

Nutrição

Uma alimentação adequada constitui elemento importante na promoção de saúde e na prevenção e controle dos fatores de risco das DCNTs. As informações apresentadas pelo Vigitel (Brasil, 2017) demonstraram que o número de adultos com excesso de peso vem aumentando à ordem de 1,21% ao ano, e o de obesos 0,73% ao ano, ressaltando a necessidade de ações relativas à agenda da nutrição. Os três hospitais apresentaram baixa pontuação na média referente ao domínio *Nutrição* - 31,81% (6,68 pontos) dos 21 possíveis, conforme demonstra a tabela 10. O desempenho dos três hospitais foi semelhante nesse aspecto. As tabelas 12 e 33 também demonstram que o número de respostas 'sim' e 'não' entre os três hospitais pesquisados apresentaram-se semelhantes. Para esse tópico, a questão 29 não possui pontuação, de acordo

com o instrumento do CDC (Brasil, 2016). As maiores frequências de respostas ‘sim’ foram apresentadas pelo hospital B nas questões de pesos 1, 2 e 3. Os gestores e membros do comitê do hospital A e os gestores do hospital B não responderam ‘sim’ para as questões de peso 3. No hospital C houve 11,11% das respostas ‘sim’ para gestores e 16,67% para membros do comitê. Os resultados apontam para a ausência de políticas estruturadas e efetivas relativas ao domínio *Nutrição* nos três hospitais. Ações referentes à nutrição estão fortemente associadas a outros fatores na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, as quais também compõem outros domínios do questionário CDC (Brasil, 2016), e as respostas apresentadas pelos três hospitais para esses outros domínios foram substancialmente mais positivas.

Atividade física

As informações constantes do Vigitel (Brasil, 2017) apontaram que a frequência de atividade física praticada pela população adulta no tempo livre vem aumentando a uma razão de 1,17% ao ano, desde 2009. Nos três hospitais pesquisados, a prática de exercício físico é estimulada. Das 9 questões desse domínio, 7 têm peso 3 (21 pontos), indicando a importância de ações que estimulem a prática de atividade física, conforme pode ser observado na tabela 12. A tabela 4 aponta diferença estatística significativa entre as ações dos hospitais A e B, sendo que o hospital A demonstrou a melhor performance nesse domínio. As três instituições promovem ações de incentivo à prática das atividades físicas, o que pode ser constatado na frequência de respostas ‘sim’ às questões de peso 3.

Controle de Peso

Os três hospitais apresentaram média de 70,08% em ações positivas para o *Controle de peso*, com destaque para o hospital B, que obteve uma pontuação de 82,50% de um total de 12 pontos possíveis, conforme demonstra a tabela 12. As três questões de peso 3 somam um total de 9 pontos possíveis, o que indica a importância dessas ações. Os três hospitais possuem políticas estruturadas políticas estruturadas para esse domínio, sendo que estas apresentam-se mais efetivas no hospital C, seguido do B e do A. Visto que ações de controle de peso estão diretamente associadas às de nutrição, observa-se contradição entre ações praticadas pelos três hospitais.

Gerenciamento do Estresse

As pontuações obtidas pelos hospitais nesse domínio são semelhantes e baixas em sua média, com 6,72 pontos de 14 possíveis (48%), como consta na tabela 12. Nota-se que não existem questões de peso 2 nesse domínio, com predomínio de questões de peso 3, demonstrando que ações de gerenciamento de estresse têm impacto significativo para a construção da Cultura de Saúde, sob a ótica do CDC (Brasil, 2016). As respostas nos três hospitais se apresentaram de modo distinto: a questão 57 para o hospital B e as questões 59 e 60 para o hospital A foram respondidas de maneira contraditória entre os dois grupos, visto que as respostas foram 50% 'sim' e 50% 'não', indicando um desconhecimento dos respondentes sobre as ações, conforme consta na Tabela 33 (Apêndice C). Os dados apontam que nos três hospitais é necessária a realização de ações mais efetivas.

Depressão

Nesse domínio a pontuação obtida pelos hospitais foi, a exemplo do domínio anterior, baixa e com resultados semelhantes. Os três hospitais obtiveram um média de 6 pontos dos 18 possíveis conforme apresentado na tabela 10. A Tabela 33 (Apêndice C) ilustra a postura afirmativa dos três hospitais em proporcionar aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo acerca de seu estilo de vida, embora em nenhum dos hospitais tenha sido declarada outra ação mais efetiva vinculada a esse domínio. Transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por quase 190.000 afastamentos do trabalho em 2016, representando um percentual de quase 9% do total de 2.142.000 afastamentos (INSS, 2017). Deve ainda ser esclarecido que alguns medicamentos para depressão constam da distribuição pelo SUS, portanto a pergunta 68 (que trata da aquisição de medicação para depressão por meio do plano de saúde e que obteve predominância do 'não') pode ter ocorrido entendimento inadequado em sua resposta, desconsiderando a possibilidade de oferta do medicamento, visto que é distribuído gratuitamente no sistema público, conforme apresentam as tabelas 12 e 33. Cabe evidenciar que nas respostas à pergunta 67 (que trata do treinamento dos gestores em lidar com depressão em local de trabalho) houve o predomínio do 'não', demonstrando um despreparo das instituições em lidar com esse problema. Nesse domínio não constam questões com peso 1, o que indica uma preocupação para que ocorram ações mais efetivas. O hospital A, dentre os três pesquisados, foi o que apresentou melhor performance e equilíbrio nas respostas entre os dois grupos de respondentes, seguido dos hospitais B e C. No hospital B os

gestores, ao contrário dos membros do comitê, não atribuíram pontuação nas respostas às questões que tratam do acesso a ferramentas *online* ou em papel para rastreamento de depressão; informações *online* ou em papel sobre depressão; e treinamento sobre depressão no local de trabalho. Isso denota desconhecimento por parte dos gestores sobre as ações desse domínio ou mesmo a ausência dessa ação por parte do hospital. No hospital C, o mesmo aconteceu nas respostas apresentadas pelos membros do comitê, podendo indicar que as ações existem, mas não estão devidamente implementadas. Considerando a baixa pontuação apresentada pelos três hospitais e a existência de política pública para essa doença, as respostas apresentadas podem estar sofrendo limitações, com prejuízo à aplicabilidade do instrumento.

Pressão Alta

A tabela 12 demonstra que no domínio *Pressão alta* o hospital B apresentou pontuação superior aos demais, com 12,10 (71,18%) pontos possíveis de 17, sendo que o hospital C apresentou 9,10 pontos e o hospital A 8,20 pontos. A tabela 10 demonstra ainda diferença estatística significativa entre os hospitais B e C. Duas ressalvas devem ser consideradas em relação à Tabela 33 (Apêndice C): na questão 74, de peso 2, a disponibilização de aparelhos para monitoramento de pressão arterial é inerente à atividade própria dos hospitais, e na questão 75, de peso 2, a aquisição de medicação para o controle de pressão arterial é garantida pelo SUS gratuitamente. Nesse domínio a maioria dos entrevistados referiu ações concretas de tratamento, monitoramento e encaminhamento no caso de fatores de risco relacionados ao estilo de vida. Nenhum dos respondentes relatou ações educativas e de informações sobre esse problema nos hospitais pesquisados. A frequência geral das respostas ‘sim’ para o hospital B foi superior à dos demais hospitais, respostas estas fornecidas tanto pelos gestores quanto pelos membros do comitê desse hospital, sugerindo que as ações de controle da hipertensão estão melhor desenvolvidas nesse hospital. Faz-se no entanto, a ressalva de que, como no domínio anterior, existem políticas públicas de controle da hipertensão, o que pode determinar a ocorrência de dupla interpretação nas respostas, inferindo que os respondentes podem ter entendido desnecessária essa ação por parte do hospital, a exemplo das respostas do domínio *Depressão*.

Colesterol alto

Dos 15 pontos possíveis nesse domínio de acordo com CDC (Brasil, 2016), 12 pontos se referem a quatro questões de peso 3, ressaltando a importância dessas ações. O hospital B obteve melhor *performance*, atingindo 65,33% dos 15 pontos possíveis, contra 31,80% e 41,83%, dos hospitais C e A, respectivamente, conforme apresentado na tabela 10. A pontuação obtida pelo hospital B deve-se, particularmente, à publicidade dada aos colaboradores sobre esse fator de risco, como pode ser observado na Tabela 33 (Apêndice C). Os três hospitais apresentam ações efetivas de monitoramento e controle do colesterol, bem como de aconselhamento do estilo de vida. Cabe lembrar que na questão 81, de peso 2, a aquisição de medicamentos para controle de hipercolesterolemia é garantida pelo SUS gratuitamente. A tabela 12 demonstra que a maior frequência das respostas 'sim' em todas as questões ocorreu no hospital B, apontando uma melhor estruturação das ações de controle de colesterol, sendo que nos hospitais A e C as ações carecem de melhoria.

Diabetes

De acordo com o WEF (2017), o diabetes foi a doença crônica não transmissível que apresentou o maior crescimento, como tendência global, entre 1990 e 2015, no que se refere aos anos de vida perdidos por mortalidade prematura somados aos anos perdidos pela população que vive com incapacidades decorrentes dessa doença. No Brasil, o diabetes é responsável por 5,3% de todos os óbitos ocorridos no ano de 2011 e evolui a uma razão de 0,38% ao ano (Brasil, 2012, 2017). A tabela 12 demonstra que dos 15 pontos possíveis nesse domínio, 12 se referem às questões de peso 3, o que mostra a importância da implementação de ações estruturadas. A frequência de respostas 'sim' para as questões de peso 1 a 3 ocorreu em maior número no hospital B, que apresentou melhor desempenho em relação aos demais. As ações de monitoramento e controle, entretanto, são bastante semelhantes entre os três hospitais. Os hospitais apresentaram pontuação média de 7,55 (50,33%) pontos para um total de 15, conforme consta na tabela 10. A questão 87 refere-se à facilitação da aquisição de medicamentos e produtos para controle do diabetes por planos de saúde das organizações. Por serem medicamentos distribuídos gratuitamente pelo SUS, essa questão pode apontar propensão a dupla interpretação nas respostas, visto que os respondentes podem entender supérflua a ação por parte do hospital em razão da existência da política pública.

Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco

A tabela 10 demonstra que o hospital B obteve melhor *performance* graças à comunicação mais efetiva desse domínio. O questionário tratou da disseminação de informações sobre essas doenças, sendo que as ações preventivas, de monitoramento e corretivas constam no domínio *Respostas à emergência em casos de Acidente Vascular Cerebral - AVC e Ataque Cardíaco – AC*. Portanto, esse domínio caracteriza-se pela ausência de questões de peso 2 ou 3, sendo constituído por quatro perguntas com respostas de peso 1. A tabela 12 apresenta a frequência das respostas 'sim' fornecidas pelos membros dos comitês e gestores dos hospitais pesquisados, sendo que hospital B apresentou a melhor *performance* e o hospital C a pior. Embora a pesquisa tenha sido feita em hospitais, deve-se considerar que o entendimento da importância da divulgação de ações referentes a sinais de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco não pode não ser comum entre colaboradores que não estão em áreas técnicas, evidenciando a importância de ações nesse sentido.

Resposta à emergência em caso de AVC ou AC

A pontuação dos três hospitais nesse domínio foi muito semelhante, com uma média de 75,82% nas respostas, conforme apresenta a tabela 10. Os dois grupos de respondentes dos três hospitais declararam a existência da estrutura e treinamento adequado para a solução desse tipo de emergência (Tabela 33 - Apêndice C). A tabela 12 aponta que a frequência de respostas 'sim' foi expressiva, principalmente nas questões de peso 2 e 3. Os resultados mostram que essas ações se apresentam estruturadas para os três hospitais, com a possibilidades de aprimoramento dos programas. Pode-se considerar necessária a melhoria da comunicação (peso 1) e das ações preventivas (peso 2).

4.1.3 Síntese do entendimento das ações empreendidas, sob a ótica dos gestores e membros do comitê de cada hospital

Com o intuito de tornar mais concisas e objetivas as descrições e análises contidas nessa seção, a seguir é apresentada a síntese da comparação das respostas entre os dois grupos de respondentes de cada hospital. Essa análise pode indicar, para além da avaliação que os grupos, distintamente, fazem do hospital, a uniformidade das respostas dos dois grupos, apontando um

maior ou menor entendimento das ações por parte dos grupos respondentes em relação ao que o hospital oferece, além do entendimento da eficácia das ações que os hospitais exercem.

As tabelas e figuras que subsidiaram essa seção estão contidas no Apêndice B.

Hospital A

O teste de correlação obteve um *p* de Pearson moderado positivo de 0,513074, indicando correlação entre o maior tempo de trabalho dos respondentes e a maior pontuação alcançada, ou seja, quanto maior o tempo de casa, mais alta é a pontuação atribuída pelo respondente. Isso aponta que nesse hospital é importante a experiência obtida no trabalho ao longo do tempo, que se traduz no conhecimento dos programas de saúde e bem-estar e, portanto, em uma avaliação positiva do hospital. O teste de correlação não apontou distinção relacionada ao gênero dos respondentes. Não ocorreu diferença estatística significativa entre as respostas apresentadas pelos dois grupos respondentes (tabela 9). Embora próximas, a média total de pontos atribuída pelos membros do comitê (59,01%) ao hospital A foi superior àquela apresentada pelos gestores (53,47%), sendo que os primeiros avaliaram melhor o hospital em dez dos doze domínios (ver figura 10). Isso indica que no hospital A, para os membros do comitê, as ações de promoção de saúde apresentaram-se um pouco mais consolidadas do que para os gestores.

O domínio *Atividade Física* apresentou o maior percentual em relação aos demais, seguido de *Suporte organizacional*, *Resposta à emergência em caso de AVC ou AC* e *Controle de peso*, nessa ordem. *Suporte organizacional* proporciona embasamento à implementação das ações de promoção de saúde, atingindo pontuação de 75,45%. *Nutrição* apresentou o menor percentual dos doze domínios apreciados, indicando que as ações implementadas eram insuficientes comparadas aos demais domínios no hospital A. As ações de promoção de saúde que cabem ao domínio *Nutrição* estão associadas ao *Controle de peso* e *Atividade física*, que apresentaram pontuações mais altas. As ações voltadas a *Nutrição* apresentaram também o maior afastamento dos grupos respondentes, indicando que nesse hospital essas ações apresentam-se dissociadas. O hospital A apresentou as melhores pontuações nos domínios *Suporte organizacional*, *Atividade física*, *Depressão* e *Gerenciamento de estresse*, demonstrando que as ações de promoção de saúde inerentes a esses domínios se apresentam favoráveis. Deve também ser considerado que as respostas dos dois grupos de respondentes, gestores e membros do comitê, não apresentaram grandes variações, o que demonstra coesão

na compreensão das ações empreendidas pelo hospital. Os resultados obtidos para o hospital A indicam que o entendimento das ações de saúde e bem-estar entre gestores e membros do comitê apresenta-se de forma semelhante, embora a frequência de respostas e a pontuação por parte dos membros do comitê na maior parte dos domínios tenha sido maior que as do outro grupo. Pode-se observar que as ações que tratam diretamente da prevenção e controle das DCNTs, embora tivessem sido citadas, apresentaram-se desalinhadas, sem a indicação da existência de uma linha condutora que norteasse essas ações com maior eficácia. As respostas dos dois grupos evidenciaram também que as ações no hospital podem ser melhoradas; alguns programas são mais efetivos, entretanto outros carecem de aperfeiçoamento. A pontuação obtida pelo hospital A no domínio *Suporte organizacional* indica que os grupos têm conhecimento das ações e de suas potencialidades, que o hospital proporciona informações adequadas sobre as ações de saúde e bem-estar e garante aos colaboradores que atuam diretamente nessa área autonomia para o exercício das funções específicas.

Hospital B

O teste de correlação apresentou um *p* de Pearson de -0,43176, configurando-se uma correlação fraca negativa, indicando que quanto maior o tempo de casa do funcionário no hospital menor a pontuação atribuída pelos respondentes. Isso denota envolvimento consistente dos membros do comitê nos programas de saúde e bem-estar, considerando que os respondentes Comitê 1 e Comitê 2 atribuíram a maior pontuação ao hospital obtiveram a maior pontuação dentre os entrevistados e são os colaboradores com menor tempo de emprego no hospital B. A avaliação média total realizada pelos membros do comitê (63,09%) foi superior à dos gestores (54,70%); os membros do comitê avaliaram o hospital em suas ações em todos os domínios e apontaram que nesse hospital as ações e estratégias de promoção de saúde apresentam-se mais fortemente presentes do que para os gestores, resultado da autonomia que o hospital proporciona aos trabalhadores para o exercício e implantação das ações de saúde e bem-estar. A tabela 10 e a figura 6 demonstram que o hospital B foi avaliado em um total de 126,6 pontos, correspondendo a 60,57% dos pontos possíveis de 209.

O domínio *Controle de peso* apresentou a maior pontuação, seguido de *Resposta à emergência em caso de AVC ou AC* e *Pressão alta*, nessa ordem, sendo que nos dois primeiros as considerações dos membros do comitê foram superiores às dos gestores. O domínio *Depressão* apresentou o menor percentual em relação aos demais, podendo-se afirmar que as

pontuações alcançadas refletem insuficiência na implementação das ações. Na sequência, outro domínio que apresentou percentual baixo foi o de *Nutrição* (41,90%). Isso pode denotar que ações referentes a esse domínio se apresentam desconexas com aquelas implementadas no *Controle de peso* (77,50%), considerando que esse último alcançou a maior pontuação de todos os domínios e ambas devem necessariamente estar relacionadas. Na tabela 12 nota-se que as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e das DCNTs apresentaram-se de modo desconexo, não ocorrendo uma conduta sistêmica que abranja os fatores de risco, como pode ser entendido pela leitura dos domínios *Nutrição, Controle de Peso, Gerenciamento de estresse* e *Depressão*, que apresentaram resultados muito díspares. Os dados apresentados indicam o entusiasmo e envolvimento dos membros do comitê na realização das ações, com o consentimento e apoio do hospital.

Hospital C

A tabela 10 demonstra, que dos hospitais pesquisados, o hospital C foi o que apresentou as menores pontuações (média = 106,47), o menor desvio padrão (5,27), e as menores médias e medianas referentes ao tempo de trabalho dos sujeitos pesquisados no hospital, conforme apresentado na tabela 2. O cálculo da correlação de *Pearson* entre tempo de serviço na empresa e pontuação no CDC apresentou valor de 0,071911, indicando correlação ínfima positiva, ou seja, não ocorre diferença estatística entre o tempo de empresa e a pontuação média atribuída pelos gestores e membros do comitê.

Na apreciação do hospital C pelos entrevistados, a média total de pontos na avalição feita pelos gestores (59,49%) foi superior àquela feita pelos membros do comitê (45,61%), sendo que os gestores avaliaram melhor o hospital na maioria dos domínios, principalmente em *Resposta a emergência em caso de AVC ou AC, Suporte organizacional* e *Controle do peso*. Isso sugere que no hospital C, para os gestores, as ações de promoção em saúde apresentaram-se mais efetivas do que para os membros do comitê, indicando que o hospital não proporciona a adequada comunicação. As análises contidas nas seções subsequentes demonstraram que esse hospital provê o suporte organizacional adequado para a realização de ações que contribuam para a construção da Cultura de Saúde, o que corrobora a indicação de que ocorre desalinhamento na comunicação entre os atores envolvidos. O domínio *Depressão* apresentou a menor avaliação dos três hospitais, indicando a necessidade de sua revisão, refletindo igualmente a sua insuficiência em razão da sua importância, visto que segundo o WEF (2017),

no Brasil, as doenças mentais representaram a maior carga de DALYs. Em seguida aparecem os domínios *Nutrição, Sinais e Sintomas de AVC ou AC, Colesterol alto, Pressão alta, Diabetes, Gerenciamento de Estresse, Controle do tabagismo* e *Suporte Organizacional*. Para *Nutrição,* que apresentou a segunda pontuação mais baixa, torna-se necessário que ações concernentes a esse domínio sejam revistas ou implementadas, considerando ainda que os domínios *Atividade física* e *Controle de peso* obtiveram pontuações maiores e são ações que devem estar coadunadas entre si. Diferentemente dos hospitais A e B, o hospital C apresentou maiores pontuações e frequências de respostas 'sim' pelos gestores, conforme a o quadro 7 e a tabela 11. Como nos hospitais A e B, ações afetas aos domínios *Nutrição* e *Depressão* apresentaram-se as mais inconsistentes. Esses dados indicam a ocorrência de programas consistentes e efetivos referentes à prevenção e controle das DCNTs (controle de peso, controle do tabaco e atividade física, p/ex.), entretanto sem uma coordenação ordenada e lógica de modo a contemplar os fatores de risco.

4.1.4 Considerações sobre os resultados da aplicação dos questionários e da análise da estatística descritiva

As avaliações dos hospitais realizadas pelos respondentes indicam que as ações empreendidas se apresentam bastante semelhantes, apesar das particularidades de cada organização. Essas particularidades se apresentam inicialmente a partir da designação e da nomenclatura adotadas para denominar cargos e funções com vistas à implementação das ações de saúde e bem-estar. Os títulos definidos para cada uma das funções exprimem forte vínculo com as atividades voltadas ao exercício da saúde ocupacional. O hospital B apresentou a melhor pontuação geral evidenciando participação mais efetiva dos membros do comitê nas ações de saúde e bem-estar abordadas pelo CDC (Brasil, 2016). O hospital A apresentou resultados consistentes nas questões de suporte organizacional, indicando conhecimento das ações e oportunidades de melhoria e efetivação das mesmas, bem como respostas semelhantes em vários domínios, indicando a existência da melhor estrutura para o desempenho das ações e a construção da Cultura de Saúde dentre os três hospitais analisados. O hospital C, que apresentou a menor pontuação geral, indicou na frequência de respostas 'sim', que existem diferentes visões sobre as ações de saúde e bem-estar descritas pelo CDC (2016) além do alcance dessas ações entre os dois grupos respondentes, na avaliação desse hospital.

Os dados do Vigitel (Brasil, 2017) consideraram fatores de risco: hábito de fumar, excesso de peso, consumo de refrigerantes, doces e de alimentos fontes de gordura saturada, inatividade física e consumo de bebidas alcoólicas, além de menção ao diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Entre os fatores de proteção foram incluídos a prática de atividade física, o consumo de frutas, hortaliças e de feijão. É necessário priorizar ações de promoção de saúde nos domínios apontados, privilegiando o domínio *Nutrição*, visto que está diretamente relacionado aos fatores de risco para as DCNTs. As ações ligadas ao controle dos fatores de risco e das DCNTs apresentaram-se desalinhadas e desconectadas entre si nas respostas apresentadas pelos grupos para os três hospitais, ficando evidente que as ações empreendidas não consideram o conjunto de ações simultâneas e integradas no controle das DCNTs e seus respectivos fatores de risco.

Dos doze domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016), particularmente *Controle do Tabagismo*, *Depressão*, *Pressão alta*, *Colesterol alto* e *Diabetes* são considerados fatores de risco/doença e fazem parte de políticas setoriais do SUS, com ações de assistência médica e distribuição de medicamentos. Observa-se que as perguntas de maior peso nesses domínios foram aquelas em que os hospitais ou os planos de saúde proporcionariam assistência ou fornecimento subsidiado de medicações. Assim, no caso de distribuição de medicamentos ou subsídio para compra, ações constantes no questionário, o fato de serem ofertados gratuitamente, pode ter causado *bias* nas respostas apresentadas, acarretando prejuízos às análises e aos resultados do trabalho. Visto que as perguntas relacionadas a esses domínios somam 84 pontos, entende-se que o questionário CDC deve ser revisto ou redimensionado, passando a considerar em seus enunciados a existência de políticas públicas, de forma a ser efetivamente adaptado à realidade do país. Conforme a WHO (2013) e o Vigitel (2017), são considerados fatores de risco a ingestão abusiva de álcool. Esse tema não consta no questionário CDC (Brasil, 2016) e entende-se que seja adequada a sua inclusão no questionário. A Revisão do *Worksite Health ScoreCard* – HSC americano que incluiu novos domínios não abordou esse tema (CDC, 2014a).

4.2 Resultados das entrevistas

Em continuidade serão apresentados os resultados das análises das entrevistas aplicadas aos gestores e membros dos comitês dos três hospitais. Utilizou-se o método de análise de conteúdo sendo definidas categorias e subcategorias baseadas no conteúdo das

entrevistas. Após a análise preliminar, em que os dados foram ordenados e sistematizados, foi possível identificar a percepção e os dados obtidos nas entrevistas sobre as categorias e subcategorias. Para a análise e apresentação dos dados foi utilizado o programa *NVIVO*, sendo que em cada categoria e subcategoria foram codificados os trechos de todas as entrevistas. Nas tabelas apresentadas nessa seção, a coluna 'Referências' diz respeito ao número de trechos que foram capturados do texto da entrevista de cada sujeito e a coluna 'Cobertura' indica o percentual que a somatória das referências representa no texto da entrevista, ou seja, o quanto percentualmente o trecho selecionado da entrevista representa frente ao total da entrevista. No Apêndice D constam os trechos selecionados das entrevistadas capturadas com o auxílio do programa.

Procurar | Pesquisar em | Nós | Localizar agora | Apagar | Busca avançada

Nós

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
1. Ações de Promoção de Saúde	6	78	14/02/2018 19:40	DB	16/02/2018 19:45	DB
Ações de Promoção de Saúde aos Colaboradores	6	31	16/02/2018 09:36	DB	16/02/2018 19:20	DB
Ações de Promoção de Saúde aos Familiares	6	20	16/02/2018 09:36	DB	16/02/2018 19:20	DB
Percepção das Ações de Promoção à Saúde	6	27	14/02/2018 19:41	DB	16/02/2018 19:21	DB
2. Resultados das ações	0	0	14/02/2018 19:42	DB	16/02/2018 20:51	DB
Colaboradores_Familiares	6	15	16/02/2018 19:53	DB	17/02/2018 10:38	DB
Hospital	6	11	16/02/2018 19:53	DB	17/02/2018 10:38	DB
3. Métrica dos Resultados	0	0	16/02/2018 20:53	DB	17/02/2018 10:39	DB
Existência	6	20	16/02/2018 20:53	DB	17/02/2018 10:39	DB
Inexistência	2	3	16/02/2018 20:53	DB	18/02/2018 12:41	DB
4. Divulgação dos Resultados	0	0	14/02/2018 19:42	DB	16/02/2018 20:54	DB
Não	6	13	16/02/2018 20:54	DB	18/02/2018 13:27	DB
Sim	6	15	16/02/2018 20:53	DB	18/02/2018 13:27	DB
5. Impactos das ações	6	30	14/02/2018 19:42	DB	17/02/2018 09:11	DB
Formas de publicação	5	8	16/02/2018 20:58	DB	21/02/2018 19:12	DB
Métricas	6	26	16/02/2018 19:51	DB	21/02/2018 19:12	DB
6. Sugestões	6	29	14/02/2018 19:43	DB	21/02/2018 19:11	DB

Figura 9: **Descritivo das categorias e subcategorias do estudo**
Fonte: NVivo

A figura 9 apresenta as categorias e subcategorias instituídas, nas quais foi realizado o cruzamento das falas contidas nas entrevistas de cada participante, proporcionando o estabelecimento do número de referências e cobertura dos dados, indicando seu significado.

Categoria 1: Ações de Promoção de Saúde

Nesta categoria foram elencadas as ações de Promoção de Saúde e Bem-estar implementadas relatadas pelos gestores e membros dos comitês entrevistados dos Hospitais A, B e C.

Tabela 13:

Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	17	50,17%
H A Gestor	10	36,59%
H B Comitê	16	46,06%
H B Gestor	11	24,73%
H C Comitê	16	37,19%
H C Gestor	8	48,79%

A tabela 13 indica que os hospitais A e B apresentaram maiores referências a essa categoria, com o hospital A indicando maior abrangência no discurso dos entrevistados. O hospital C foi o que apresentou menores referências e cobertura das entrevistas. Nos três hospitais os membros do comitê apresentaram o maior número de referências indicando que nesse grupo as ações de promoção à saúde são bastante sólidas. No hospital C, embora o número de referências apontadas nas entrevistas tenha sido menor no grupo dos gestores, estes apresentaram maior cobertura, ou seja, o discurso dos gestores foi mais curto, porém mais consistente, demonstrando conhecimento das ações efetuadas pela instituição.

Subcategoria 1a: Ações de promoção à saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores

Nesta subcategoria elencaram-se as ações de promoção de saúde e bem-estar relatadas pelos entrevistados e implementadas pelos hospitais A, B e C, destinadas aos colaboradores. Por tratar-se de uma subcategoria, foram encontradas poucas referências às ações de promoção de saúde e uma menor participação proporcional (cobertura) nas entrevistas.

Tabela 14:
Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos colaboradores

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê_	7	33,63%
H A Gestor	3	16,30%
H B Comitê	7	29,27%
H B Gestor	5	5,92%
H C Comitê	6	24,94%
H C Gestor	3	39,55%

Os três hospitais apresentaram número de referências e de cobertura semelhantes entre si, podendo-se apontar que no hospital B foram obtidas maior número de referências; entretanto ele apresentou a menor cobertura frente ao total das entrevistas para os três hospitais. Nesse quesito, o hospital C apresentou a maior cobertura frente ao total das entrevistas realizadas. No hospital A os programas de bem-estar, promoção de saúde e qualidade de vida tiveram sua implantação iniciada em 2009. Do relato dos membros do comitê foi possível observar que esse grupo identificou e discriminou maior quantidade e abrangência das ações destinadas aos colaboradores, indicando conhecimento e sua participação. No hospital B as mobilizações por promoção de saúde para os colaboradores tiveram início em 2012. Os resultados foram semelhantes aos do hospital A, com maior cobertura percentual e referências pelos membros do comitê, se comparadas aos gestores, sugerindo que esse grupo conseguiu identificar e discriminar maior abrangência das ações destinadas aos colaboradores. As respostas dos grupos para os hospitais A e B apresentam coerência conforme observado na tabela 13, categoria 'Ações'. No hospital C o programa das ações de promoção de saúde foi criado em 2013, e como na categoria 'Ações de Promoção de Saúde', houve maior cobertura percentual por parte dos gestores nas ações destinadas aos trabalhadores, podendo-se inferir que esse grupo conseguiu identificar e discriminar maior abrangência das ações aos colaboradores, significando coerência entre essa subcategoria e a categoria 'Ações'.

... "*busca entender o conceito ampliado de saúde, o que permite avaliar outros temas. A consulta médica visa o bem-estar do colaborador, que contemplam questões motivacionais para o aumento da qualidade de vida. A nutrição e psicologia são setores responsáveis pelo Programa Coaching. Toda equipe recebeu formação em coaching...[...]...Posso citar alguns itens que são trabalhados, sendo que todas essas atividades contam para o Programa Variável de Remuneração: alimentação saudável; perda de peso; consumo excessivo de álcool; parar de fumar; estresse; sono; atividade física*". (entrevistado comitê 3-Hospital A, 2017).

... *"para funcionários temos o programa de internalização, no qual os pacientes colaboradores são internados em nosso hospital, onde há uma ação mais direta sobre os custos e cuidados. Isso fez com que o plano de saúde passasse de pré para pós pagamento... [...]...programa de gestante – Gestar: Pré-natal e benefícios... [...]...programa de crônicos, são selecionam os colaboradores com doenças crônicas em que se monitoram por exemplo, cardiopatas, hipertensos, pacientes com dislipidemias, diabetes, ICC, obesidade, asma, por meio de banco de dados e o inserem nos programas de acompanhamento por meio de contatos*

mensais executados por enfermeiros pelo Sistema Prochaska ... [...]...programa coluna ativa, que visa atitude postural por meio de reeducação postural clínica – RPG... [...]...programa psicossocial com atendimento sigiloso em que num primeiro momento há um atendimento interno, e depois colaborador é referenciado à rede do SUS... [...]...programa de medicina ocupacional no qual os colaboradores fazem um atendimento prévio nesse setor"... (entrevistado comitê 1-Hospital B, 2017).

... "*programa (*aqui apresenta o nome do programa do hospital) *que na sua concepção é um amplo guarda-chuva, vai desde assistência à atenção primária até a alta complexidade, passando por iniciativas que visam a qualidade de vida ... [...]... os colaboradores portadores de patologias de alto custo como oncologia, ortopedia, buco-maxilo são trazidos para dentro do hospital e passam por um segundo parecer do nosso médico* especialista *[...]... Corrida e caminhada, Redução de peso e educação alimentar, Estúdio funcional (atividades físicas), Convênio com Academias para unidades externas, Ginástica laboral, Núcleo de cuidados integrados (p/ex. Reike), Programa antitabagismo, Núcleo de álcool e drogas, Hipertensão e diabetes, dentro da atenção primária, Núcleo de saúde mental (stress, depressão, burnout) ... [...]... o próximo passo é trabalhar as questões voltadas ao presenteísmo e produtividade relacionando às variáveis multipresenciais e multifatoriais... [...]... todas as ações referentes ao programa (*aqui apresenta o nome do programa do hospital)*, foram implementadas de maneira gradativa, com total apoio da gestão superior de maneira topdwn, com efeito cascata aos seus subordinados"...* (entrevistado gestor 2-Hospital C, 2017).

Subcategoria 1b: Ações de promoção à saúde e bem-estar destinadas aos familiares

Nessa subcategoria estão elencadas as ações de promoção de saúde e bem-estar comitês implementadas pelos hospitais A, B e C destinadas aos familiares, segundo o relato dos entrevistados gestores e membros dos comitês de cada hospital. A exemplo da subcategoria anterior, não foram feitas muitas referências às ações pelos entrevistados, como pode-se observar na tabela 15.

Tabela 15:
Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos familiares

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	5	10,19%
H A Gestor	3	3,77%
H B Comitê	3	13,25%

H B Gestor	3	9,05%
H C Comitê	4	18,85%
H C Gestores	2	29,73%

Os três hospitais apresentaram número de referências semelhantes. No entanto, pode-se observar que o discurso dos entrevistados do hospital C apresentou maior cobertura, indicando solidez das afirmações no que tange a ações de promoção de saúde extensivas aos familiares. No hospital A, os membros do comitê identificaram e discriminaram maior abrangência das ações destinadas aos familiares se comparado ao grupo dos gestores. Semelhante comportamento foi apresentado pelos entrevistados do hospital B, em que as referências apontadas pelos membros do comitê sobressaíram em relação àquelas apontadas pelos gestores, com menos referências anotadas e maior amplitude na cobertura total da entrevista. Essa descrição indica que os membros do comitê desses dois hospitais apresentam em suas respostas ações voltadas aos familiares em maior número e cobertura do que no grupo dos gestores, resultado semelhante ao da categoria 'Ações' e da subcategoria 1a, anteriormente citadas. No hospital C foi possível observar que o grupo dos gestores identificou e discriminou com maior propriedade a abrangência das ações destinadas aos familiares, embora o número de referências apontadas pelos membros do comitê tenha sido maior, o que indica semelhanças no discurso dos entrevistados.

... "nos Workshops de nutrição o colaborador se inscreve e pode trazer um familiar que acontece de duas a três vezes ao ano, com temas, por exemplo, como cozinhar com menos sal. Nesse caso o familiar pode acompanhar o colaborador nas palestras e nas aulas práticas ...[...]... improvisa-se um ambiente no trabalho para realização desta atividade de preparo e degustação liderados pelo nutricionista e chefe de cozinha... [...]... no que diz respeito a atendimento nutricional só é possível atender colaborador, mas se procura ajudar quando se trata de familiares" (entrevistado comitê 4-Hospital A, 2017).

... "programa da gestante chamado Gestar que atende esposas dos colaboradores, em que o acompanhamento acontece por meio do relatório do obstetra" ... [...]...programa de doenças crônicas para familiares onde o atendimento é oferecido pelo plano de saúde, por telefone, sendo que o hospital tem intenções de implantar esse programa de forma presencial" (entrevistado comitê 2-Hospital B, 2017).

... "*as ações do Programa* (aqui apresenta o nome do programa do hospital) *baseiam-se em vincular os núcleos familiares ao médico de família... [...]...existe uma equipe especializada no suporte ambulatorial interno, também extensivo à família e nas especialidades nas áreas de psiquiatria, pediatria e outros profissionais como psicólogo, nutricionista, enfermeiras de família que também acompanham as gestantes... [...]... todos os casos mais complexos de especialidades de cardiologia, neurocirurgia que não tem no ambulatório são tratados pelos médicos especialistas do próprio hospital, pois no programa não se prevê essas duas especialidades e o repasse desse custo é feito pelo hospital à esses médicos especialistas" ...* (entrevistado gestor 1-Hospital C, 2017).

Subcategoria 1c: Percepção das ações de promoção à saúde

Nesta subcategoria procurou-se identificar a importância da implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar percebidas pelos entrevistados gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C.

Tabela 16:
Referências e cobertura dos três hospitais na percepção das ações de promoção de saúde

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	5	11,84%
H A Gestor	4	18,06%
H B Comitê	6	15,56%
H B Gestor	3	9,76%
H C Comitê	6	12,25%
H C Gestor	3	9,24%

Os três hospitais apresentaram um total de 9 referências sobre a percepção das ações em saúde, entretanto no hospital A a cobertura apresentou maior consistência. Ainda nesse hospital, gestores apresentaram maior cobertura do que os membros do comitê, permitindo inferir que esse grupo de entrevistados percebeu de modo mais abrangente a importância das ações de promoção de saúde e bem-estar, embora os membros do comitê tenham apresentado maior número de referências. Os membros do comitê do hospital B apresentaram a maior cobertura e referências dentre os grupos, indicando percepção mais consistente sobre a importância das ações. Os membros do comitê do hospital C apresentaram cobertura maior e com mais referências, permitindo inferir que esse grupo demonstrou maior percepção sobre a importância das ações de promoção de saúde e bem-estar. Nos três hospitais é relevante observar que nos resultados dessa subcategoria, e contrariamente às anteriores, o conteúdo das respostas dos membros do comitê foi mais consistente que dos gestores.

... "*acredito serem muito importantes, pois traz satisfação aos colaboradores... [...]... trabalho na área há 23 anos e percebo bem a diferença quando se prioriza esse tipo de ação... [...]... quando entrei aqui só havia medicina do trabalho e hoje a área se transformou nesse* (aqui apresenta o nome do comitê do hospital), *sendo que toda equipe multiprofissional trabalha em conjunto identificando os problemas ... [...]...trabalho com a parte burocrática do RH...esse é outro mundo...afastamento por licença doença... [...]...acredito que o absenteísmo é um indicador muito importante, pois faço parte do grupo de Hospitais G-8, onde desde 2014 existe a preocupação com o absenteísmo... [...]... meu trabalho principal é identificar os centros de custo que apresentam os maiores índices de absenteísmo. ... [...]... a questão do presenteísmo em algumas áreas é possível identificar... [...]... há um reconhecimento por parte do colaborador com essas ações por parte do hospital que se mostra extremamente presente... [...]... Ponto forte para o processo de seleção no Hospital é o* (aqui apresenta o nome do comitê do hospital)*"* ... (entrevistado gestor 3-Hospital A, 2017).

... "*ao meu ver, há muitas diferenças... [...]... promoção de saúde no hospital tem algumas ações, mas não há a adesão necessária por parte dos colaboradores... [...]... antes fazia parte da Medicina Ocupacional, e agora como estamos num momento de transição é necessário realinhar essas ações... [...]... bem-estar deve ter caráter preventivo em que se procura trabalhar com qualidade de vida (corpo, mente e espírito) e a medicina com caráter de promoção à saúde... [...]... ao meu ver, é necessário ter uma visão mais integrada e compartilhada dessas ações"* ... (entrevistado comitê 6-Hospital B, 2017).

... "*acho positiva a implementação de ações voltadas à promoção de saúde e vejo que funciona. A ideia inicial da implementação dessas ações veio da área de plano de saúde, tendo com percepção inicial que a implementação de promoção de saúde visava otimizar recursos e não diminuir o gasto... [...]... tudo isso com o intuito de melhorar o serviço e coibir o aumento do gasto e a mudança de paradigma do binômio saúde-doença*" ... (entrevistado comitê 7-Hospital C, 2017).

Categoria 2: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar

Nesta categoria estão descritos os resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas, relatadas pelos gestores e membros dos comitês entrevistados, dos

Hospitais A, B e C. Divide-se em duas subcategorias, uma afeta aos colaboradores/familiares e a outra aos hospitais.

Subcategoria 2a: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares

Tabela 17:
Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados de ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	3	1,85%
H A Gestor	1	2,12%
H B Comitê	5	4,62%
H B Gestor	1	2,07%
H C Comitê	4	6,71%
H C Gestor	1	0,37%

Nos três hospitais as referências dos membros do comitê às ações de promoção de saúde e bem-estar foram mais numerosas que as dos gestores, sendo que nos hospitais B e C as entrevistas dos membros do comitê também apresentaram maior cobertura. Considerando o baixo número de referências e da cobertura proporcional do texto de todas as entrevistas, os resultados apontam a necessidade de implantação de metodologia para análise dos resultados por parte dos três hospitais, além da necessidade de homogeneização de informações entre os grupos respondentes.

... *"para mim o principal ganho é a integração dos colaboradores, as questões voltadas à humanização, comprometimento e engajamento, em que há preocupação com o bem-estar e saúde dos mesmos...[...]...colaboradores se sentem cuidados"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital B, 2017).

... "*percebo que essas ações têm ajudado os colaboradores a cuidarem da sua saúde, facilitando o acesso, fazendo com que os mesmos se sintam mais valorizados dentro da instituição, porém alguns colaboradores como os da hospedagem-limpeza, vejo que não conseguem se sensibilizar com o programa, pois percebo menor adesão dos mesmos nessas ações. É preciso trabalhar melhor a cultura para que os mesmos se sintam parte integrante do grupo"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital C, 2017).

Subcategoria 2b: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar para os hospitais A, B e C.

Tabela 18:
Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos hospitais A, B e C

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	2	0,79%
H A Gestor	1	1,80%
H B Comitê	1	0,41%
H B Gestor	1	3,30%
H C Comitê	4	8,72%
H C Gestor	2	8,80%

O hospital C apresentou o maior número de referências e a maior cobertura proporcional das entrevistas em relação aos dois grupos de entrevistados nos três hospitais, indicando que o conteúdo das respostas foi muito próximo entre gestores e membros do comitê, além do entendimento semelhante em relação ao que essas ações propiciam ao hospital. Nos hospitais A e B os gestores apresentaram maiores coberturas, o que pode ser considerado esperado em razão da natureza de suas atribuições, dotados de mando; entendeu-se, entretanto, que os resultados ficaram aquém dos possíveis. Isso ainda indica a necessidade de adoção de metodologia para análise de resultados além do alinhamento das informações.

... “existem indicadores do programa (nome do programa), por meio deles observa-se redução na quantidade de consultas à especialistas na rede de convênio, diminuição no número de cirurgias com especialistas dos convênios, e indicadores da medicina do trabalho, os quais o Dr. (nome do responsável), que é o superintendente de Saúde da Instituição está à frente desta mudança. Percebe-se maior rigor na obtenção dos dados e ênfase nos registros dos mesmos...[...]...há também uma melhora no controle do PCMSO”. ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... “do ponto de vista assistencial, nosso objetivo é medir os indicadores clínicos, avaliando os impactos dos sinistros na carteira do programa...[...]... tivemos uma diminuição no tempo médio de internação, diminuição das internações dos casos das DCNTs -, diminuição de internação nos casos de bebês prematuros, diminuição do tempo médio de internação de prematuros e diminuição de absenteísmo” ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017).

... “por conta das ações do (aqui apresenta o nome do comitê do hospital) avaliadas de

2011 a 2014, os planos de saúde ficaram quatro anos sem reajuste. Em 2015 foi feita mudança na forma de administração do plano de saúde, ficando na modalidade pós pagamento" ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

... "*foco do absenteísmo são os Atestados Médicos, e também se realiza mapeamento sobre engajamento em que se procura avaliar questões voltadas à liderança, gestão de desempenho, comunicação e suporte da instituição...[...]...os índices de absenteísmo e afastamento diminuíram"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

Categoria 3: Métrica dos resultados

Procurou-se analisar as formas de medição dos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar já implementadas e relatadas pelos entrevistados, gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C.

Subcategoria 3a: Existência de métrica de resultados

Tabela 19:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos resultados

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	5	6,62%
H A Gestor	5	19,80%
H B Comitê	4	8,32%
H B Gestor	1	13,27%
H C Comitê	3	4,24%
H C Gestor	2	4,92%

O hospital A apresentou maiores referências e cobertura no que diz respeito à existência de métricas dos resultados, seguido do hospital B e do C. Verifica-se ainda que nos três hospitais as respostas dos gestores apresentaram maiores coberturas, indicando maior consistência se comparadas às dos membros dos comitês de cada hospital, embora tenha ocorrido mais referências por parte desse último grupo. Nos hospitais A e B pode-se inferir a necessidade de alinhamento das informações, visto que os resultados obtidos são semelhantes àqueles obtidos nas subcategorias 2a (apenas para o hospital A) e 2b. No hospital C os resultados foram os mais próximos dos grupos comparados e vai ao encontro dos resultados obtidos na subcategoria 2, na qual houve concordância entre os dois grupos de entrevistados.

... "os resultados são mensuráveis por meio de indicadores: como o colaborador enxerga seu estilo de vida por meio da plataforma, com tópicos que incluem nutrição, álcool, tabagismo, doença mental...[...]....a partir de outubro de 2016 o retorno dos resultados individuais passou a ser "mobile", sendo que esse aplicativo fornece dicas sobre os resultados para cada colaborador...[...]....esse questionário referente ao aplicativo foi traduzido e adaptado do 'Shala', e aqui passou a se chamar (nome do aplicativo) ...[...]....questionário é aplicado desde 2010 e gera um índice do estilo de vida saudável, por exemplo 70% de estilo de vida saudável...[...]....geram resultados finais que proporcionam um acompanhamento individual de cada colaborador, sendo que o preenchimento efetivo desses questionários é acompanhado nas consultas periódicas...[...]....questionário tem como objetivo medir a disposição que o colaborador tem para mudança de comportamento. É importante frisar que o (nome do centro) gerencia o custo do programa por meio dos indicadores, bem como acompanhamento dos serviços prestados pelos planos de saúde" ... (entrevistado gestor 4- Hospital A, 2017).

... "pesquisa de satisfação e engajamento é realizada a cada dois anos pela área interna de consultoria de gestão de pessoas e reflete no turn over e absenteísmo que é nosso ponto crítico...[...]...nessa pesquisa de satisfação são avaliados aspectos quantitativos e qualitativos. ...[...]... questões sobre rotatividade e absenteísmo são monitoradas mensalmente...[...]...entrevistas de desligamento realizadas por mim para os colaboradores que pedem demissão também é uma forma de monitoramento...[...]...para a demissão também são analisados protocolos por meio de dados financeiros do plano de saúde" ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

... "existem indicadores de frequência das ações. Em algumas das ações são entregues instrumentos para avaliação. Há também o trabalho da ouvidoria, pesquisa de engajamento que foi criado, por exemplo, em tempos de crise...[...]... 'face-to-face' também é levado em conta nessa avaliação" ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017).

Subcategoria 3b: Inexistência de métrica de resultados

Tabela 20:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de métrica dos resultados

Nome	Referências	Cobertura
H B Comitê	2	0,50%
H B Gestor	1	0,92%

Apenas o hospital B apontou a inexistência de métricas para aferição dos resultados.

... "*minha percepção é que ainda não são medidos ou monitorados"* ... (entrevistado comitê1- Hospital B, 2017).

... "*ainda não são monitorados"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital B, 2017).

... "*quanto aos resultados não tenho métricas nem indicadores"* ... (entrevistado gestor 3- Hospital B, 2017).

Categoria 4: Divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde implementadas

Nesta categoria procurou-se analisar a divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde implementadas relatadas pelos entrevistados gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C, respectivamente.

Subcategoria 4a: Existência de divulgação

Tabela 21:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à existência de divulgação dos resultados

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	3	2,56%
H A Gestor	3	3,38%
H B Comitê	1	0,89%
H B Gestor	2	4,53%
H C Comitê	4	5,38%
H C Gestor	2	2,19%

Nos hospitais A e B os gestores apresentaram maior referência e cobertura para as respostas sobre a existência de divulgação, enquanto no hospital C os resultados indicaram o oposto, ou seja, os membros do Comitê com maior número de referências e cobertura. Os resultados apontam ainda o baixo número de referências, e, por conseguinte, de cobertura acerca da divulgação dos resultados, indicando a necessidade de estruturação de meios para divulgação dos resultados por parte dos três hospitais.

... "*são publicados e comunicados pela revista* (nome da revista) *que tem publicação bimestral...[...] na semana bem-estar em que todos os funcionários são convidados são apresentados alguns resultados"* ... (entrevistado gestor 1-Hospital A, 2017).

... "*por meio de pesquisa de clima organizacional em que questões voltadas ao absenteísmo são publicadas em cada área no quadro de gestão de pessoas a vista de todos os colaboradores...[...]dados de assistência médica são divulgados e discutidos no Comitê de Saúde formado por equipe multiprofissional"* ... (entrevistado gestor 2-Hospital B, 2017).

... "são publicados aos colaboradores, em que houve uma divulgação em evento realizado no congresso de Qualidade de Vida...[...] dados são de total ciência dos diretores...[...]dados também são divulgados pela intranet, por meio de carta informativa" ... (entrevistado comitê 2-Hospital C, 2017).

... "são divulgados para os colaboradores, mas não de forma sensacionalista e sem exploração da imagem dos colaboradores...[...]...divulgação do programa se dá pela Intranet do Hospital" ... (entrevistado comitê 4-Hospital C, 2017).

Subcategoria 4b: Inexistência de divulgação

Tabela 22:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de divulgação dos resultados

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	3	0,82%
H A Gestor	1	1,43%
H B Comitê	5	1,24%
H B Gestor	2	0,39%
H C Comitê	1	0,13%
H C Gestor	1	0,18%

Os três hospitais apresentaram poucas referências e baixa cobertura acerca da inexistência da divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde nas entrevistas concedidas. Comparando-se as respostas dessa subcategoria e da anterior (Existência de divulgação), observou-se contradição nas respostas dos entrevistados do hospital A, enquanto nos hospitais B e C as mesmas apresentaram-se mais alinhadas. Tal fato reitera a necessidade de estruturação de meios de divulgação dos resultados.

... *"ainda não são publicados...[...]...querem publicar essas ações junto aos gestores para que divulguem aos colaboradores por meio de relatórios e também disponibilizar na intranet".* (entrevistado gestor 4-Hospital A, 2017).

Categoria 5: Impacto das ações de promoção de saúde implementadas

Essa categoria procurou descrever e analisar os impactos das ações de promoção de saúde implementadas, conforme relatado pelos entrevistados gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C.

Tabela 23:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere ao impacto das ações de saúde implementadas

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	5	5,32%
H A Gestor	4	7,62%
H B Comitê	6	8,50%
H B Gestor	5	12,86%
H C Comitê	7	9,04%
H C Gestor	3	6,87%

Os três hospitais apresentaram discurso semelhante em relação às referências e coberturas no que se refere ao impacto das ações implementadas, sendo que o hospital B apresentou o maior número de referências e de cobertura no discurso dos entrevistados. Nos hospitais A e B verifica-se que os gestores apresentaram um percentual de cobertura um pouco superior em relação aos membros do comitê, podendo sugerir que os mesmos têm maior entendimento se comparado ao outro grupo de entrevistados. No hospital C ocorreu o oposto, os membros do comitê apresentaram mais referências e uma maior cobertura percentual dos trechos das entrevistas relativamente ao seu total. No geral os hospitais B e C apresentaram melhor *performance* nessa categoria, indicando que nesses hospitais os entrevistados possuem maior clareza dos impactos das ações de saúde e bem-estar.

..."*para o colaborador...[...]...ambiente de trabalho melhor; diminuição do absenteísmo...[...]...cria-se uma corrente do bem-estar...[...]...há um sentido de inserção do colaborador na organização como parte do todo, sendo que todos os níveis participam do programa"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

... "*para o funcionário a importância do cuidado à sua saúde, tendo como desdobramento a saúde dos seus familiares...[...]...para o hospital melhoria do clima*

organizacional, engajamento, coletividade feliz, cujos resultados são percebidos na ponta...[...]...a imagem da organização para a sociedade e retenção dos colaboradores" ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

... "*maior engajamento, maior percepção do cuidado com a saúde, diminuição de busca ao pronto-socorro da rede, otimização de recursos...[...]... fazemos a comparação do desempenho do programa em relação ao desempenho do atendimento na rede...[...]...o tempo de internação do primeiro é menor em relação ao segundo...[...]...há também evidências na diminuição do número de atestados, afastamentos e absenteísmo"* ... (entrevistado comitê 7- Hospital C, 2017).

Subcategoria 5a: Métricas dos impactos

Considerando os impactos, analisa-se a seguir as métricas utilizadas, conforme descritas pelos entrevistados.

Tabela 24:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos impactos das ações de saúde implementadas

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	8	10,67%
H A Gestor	5	9,37%
H B Comitê	5	5,03%
H B Gestor	3	8,19%
H C Comitê	4	7,23%
H C Gestor	1	3,74%

No hospital A, que apresentou maior número de referências e maior cobertura nas respostas dadas pelos entrevistados sobre métrica dos impactos, os percentuais de cobertura ficaram bem próximos entre os dois grupos de entrevistados, com maiores referências pelos membros do comitê. O hospital C apresentou número de referências e coberturas percentual menores que o hospital A, e no hospital B os gestores apresentaram uma cobertura percentual maior. Considera-se, entretanto, que nenhuma das entrevistas apresentou algum tipo ou proposta de métrica, demonstrando a necessidade de sua adoção.

... *"no caso de algumas respostas negativas quanto ao atendimento do (nome do centro), são realizadas reuniões internas a fim de buscar melhoria, como por exemplo, uma consulta que demorou a ser atendida, faz-se o rastreamento do processo a fim de identificar o*

problema, buscando a melhoria do processo" ... (entrevistado comitê 7- Hospital A, 2017).

... *"dados financeiros e de saúde pelos diretores e gerentes responsáveis por cada área"* ... (entrevistado gestor 2- hospital B, 2017).

Subcategoria 5b: Formas de publicação dos impactos

Tabela 25:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à forma de publicação dos resultados das ações de saúde implementadas

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	1	0,15%
H A Gestor	1	0,44%
H B Comitê	4	2,34%
H C Comitê	1	0,09%
H C Gestor	1	0,64%

Os resultados apresentados apontaram poucas referências e cobertura sobre formas de publicação de resultados, com indicação ínfima dos respondentes dos hospitais A e C e nenhuma dos gestores do hospital B. Apenas os membros do comitê do hospital B mencionaram formas de publicação dos resultados. Divulgação e discussão de resultados de quaisquer temas são constituintes fundamentais para o aprimoramento de ações e estratégias e sua ausência acarreta prejuízos ao desenvolvimento da gestão; assim, é importante que os hospitais criem formas de divulgação, visando melhorar sua eficiência e eficácia.

... "*a pesquisa é publicada a cada dois anos, sendo que os resultados são divulgados como planejamento estratégico e respectivos planos de ação, por meio de e-mails, banners e painéis"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital B, 2017).

Categoria 6: Sugestões

Constam aqui as considerações finais dos entrevistados sobre a implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar.

Tabela 26:
Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere a sugestões das ações de saúde implementadas

Nome	Referências	Cobertura
H A Comitê	5	10,39%
H A Gestor	4	5,04%
H B Comitê	7	7,07%
H B Gestor	4	11,20%
H C Comitê	6	9,02%
H C Gestor	3	1,94%

No hospital A os relatos de dois membros do comitê referentes às questões de nutrição corroboraram as análises obtidas da aplicação do questionário do CDC (Brasil, 2016), já que esse domínio apresentou uma pontuação baixa. Os gestores abordaram a questão da comunicação afirmando que tais ações devem ser estendidas para os familiares dos colaboradores. Os dois grupos entrevistados do hospital B ressaltaram a necessidade de integração das ações, de monitoramento do processo e avaliação dos resultados e de estruturação das ações baseadas nos determinantes de saúde. No hospital C, a integração das ações e a comunicação foram pontos a se destacar por parte dos membros do comitê, e por parte dos gestores ressaltou-se a necessidade de pesquisas na área dada a escassez de dados.

... *"minha opinião é que seriam necessárias algumas ações como readequar cardápios dos pontos de venda, nos eventos e no refeitório do hospital...[...]...melhorar o cardápio do refeitório...[...]...implantar horta na laje do hospital- igual ao Shopping Eldorado...[...]...plano delivery de alimentação saudável"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital A, 2017).

... *"é necessário reforçar a interface da nutrição junto aos colaboradores no refeitório...[...]...o serviço de nutrição é uma autogestão e muitas preparações poderiam ser melhoradas no sentido de se primar por uma alimentação saudável*" ... (entrevistado comitê 7- Hospital A, 2017).

... *"como um todo, acredito que melhorar a questão da comunicação é muito importante, sendo que esta está relacionada diretamente com o Marketing...[...]...há necessidade de divulgar as ações"* ... (entrevistado gestor 4- Hospital A, 2017).

... *"necessário integrar as ações e promover saúde plena aos colaboradores ...[...]...montar comitês entre as áreas descritas do organograma para que as ações possam ser implementadas*" ... (entrevistado comitê 1- Hospital B, 2017).

... *"ter um programa estruturado baseado em co-morbidades e risco definido pela população de colaboradores e familiares"* ... (entrevistado gestor 3- Hospital B, 2017).

... *"maior integração da atuação da medicina do trabalho com as práticas integrativas de promoção de saúde*" ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... *"o que poderia melhorar é o sistema de comunicação"* ... (entrevistado comitê 4-

Hospital C, 2017).

... *"necessidade de mais pesquisas na área, pois no Brasil há inexistência de dados e informações*" ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017

4.2.1 Considerações sobre as entrevistas realizadas

Considerando a totalidade das categorias e subcategorias dos respondentes, os três hospitais apresentaram referências e coberturas distintas nos itens apresentados nessa seção 4.2, não sendo possível inferir que algum dos hospitais pesquisados tenha apresentado melhor avaliação na ótica dos entrevistados.

As ações de promoção de saúde e bem-estar (Tabela 13) e aquelas voltadas aos colaboradores (Tabela 14) apresentaram maiores referências e consistências no discurso dos entrevistados dos hospitais A e B, principalmente para os membros do comitê, e se apresentaram em menor número e intensidade quando voltadas aos familiares, indicando envolvimento consistente nas ações. Na subcategoria 'percepção das ações' surgiram maiores e mais consistentes referências nas respostas dos membros dos comitês nos três hospitais, indicando que no hospital C, embora as ações sejam mais relatadas pelos gestores, os membros do comitê perceberam as ações com maior efetividade. Em 'resultados das ações', os hospitais B e C apresentaram maior consistência no discurso dos entrevistados. Os membros do comitê dos três hospitais relataram maiores referências aos colaboradores e familiares, enquanto que os gestores perceberam maiores referências ao hospital, o que é esperado, considerando as funções precípuas dos dois grupos.

Relativamente às métricas dos resultados obtidos, o hospital A apresentou o maior número de referências e cobertura das entrevistas, indicando a existência de formas de medição dos resultados das ações. Os gestores dos três hospitais apresentaram mais referências e cobertura que o outro grupo, o que poderia ser esperado em razão da atribuição dos gestores e da possibilidade de uma visão não fragmentada dos resultados das ações; entretanto os resultados apontaram a ausência de medições e monitoramento dos resultados de forma regular, impossibilitando a leitura adequada das ações nos três hospitais. Resultado semelhante ocorreu nas formas de divulgação dos resultados; entende-se que esse mecanismo é fundamental para

verificar o retorno das ações por parte dos colaboradores e familiares, estabelecendo alternativas para o aprimoramento dos programas.

Nos resultados apresentados para a categoria ‘sugestões’, observa-se equilíbrio entre as referências e cobertura dos três hospitais. Nos hospitais A e C os membros do comitê apresentaram maior número e intensidade de sugestões, e de modo oposto, o hospital B. Esse resultado contrasta com as avaliações anteriores, em que a atuação dos membros do comitê do hospital B foi mais intensa (seção 4.1 – Resultados de questionário nos três hospitais), indicando que embora a atuação dos membros do hospital B seja efetiva, estes percebem menos possibilidades de melhoria das ações do que os gestores, se comparados aos apresentados para o hospital C. Esses resultados contrastam, visto que as avaliações anteriores apresentaram maior engajamento e conhecimento das ações por parte dos gestores (seção 4.1– Resultados de questionário nos três hospitais).

4.3 Associação das fontes de dados: revisão teórica, questionário e entrevistas

Para a realização dessa análise, foram utilizadas as três fontes de dados constantes desse trabalho: i) as informações contidas na Revisão da literatura, embasando as análises; ii) os resultados da aplicação do questionário entre os gestores e membros do comitê dos três hospitais, principalmente os resultados obtidos na estatística descritiva, apresentados na seção 4.1, e iii) os dados contidos nas entrevistas aplicadas aos gestores e membros dos comitês dos três hospitais. Foram categorizados os temas da revisão da literatura em: 1) Cuidados e Humanização; 2) Cultura Organizacional; 3) Hospitais e Cultura de Saúde; 4) Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT’s. Para os dados da aplicação dos questionários CDC (Brasil, 2016) foram utilizados os resultados obtidos das frequências das respostas referentes aos pesos 1, 2 e 3, relativas às evidências e impactos das ações contidas no questionário. Os itens apresentados na revisão da literatura e aqui discriminados nos quatro grandes eixos ou temas estão contidos nas questões do CDC (Brasil, 2016), de modo mais ou menos evidente. ‘Cuidados e humanização’, tema exclusivo das organizações de assistência à saúde, permeia toda a ação e a prática do exercício profissional dos entrevistados, devendo ser considerado o que proporciona a atuação concreta nas ações de construção da Cultura de Saúde; ‘Cultura organizacional’ está contida na primeira questão, referente ao suporte organizacional proporcionado pelos hospitais, e embasa a possibilidade de uma ação efetiva na construção da cultura de saúde; ‘Hospitais e Cultura de Saúde’ remete à associação das ações empreendidas

pelos hospitais e entendidas enquanto ações conjuntas destinadas a bem-estar dos colaboradores e familiares; e finalmente o tema ‘DCNTs’, que permeia todas as ações de assistência contidas no questionário. Para obtenção dos dados coletados nas entrevistas utilizaram-se os temas (chamados de ‘nós’ pelo *software*) e o cruzamento de menções comuns aos temas obtidos com o uso do programa *NVivo* e apresentadas no item 4.2 – Resultados das entrevistas. Entende-se que essa análise indica a orientação das ações de saúde e bem-estar de cada um dos hospitais sob a ótica de cada um dos grupos respondentes; em seguida, é apresentada a análise conjunta dos três hospitais.

A Figura 10 apresenta as categorias estabelecidas para análise dessa seção.

Nós

Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por
1. Ações de Promoção de Saúde	6	78	14/02/2018 19:40	DB	16/02/2018 19:45	DB
Ações de Promoção de Saúde aos Colaboradores	6	31	16/02/2018 09:36	DB	16/02/2018 19:20	DB
Ações de Promoção de Saúde aos Familiares	6	20	16/02/2018 09:36	DB	16/02/2018 19:20	DB
Percepção das Ações de Promoção à Saúde	6	27	14/02/2018 19:41	DB	16/02/2018 19:21	DB
2. Resultados das ações	0	0	14/02/2018 19:42	DB	16/02/2018 20:51	DB
Colaboradores_Familiares	6	15	16/02/2018 19:53	DB	17/02/2018 10:38	DB
Hospital	6	11	16/02/2018 19:53	DB	17/02/2018 10:38	DB
3. Métrica dos Resultados	0	0	16/02/2018 20:53	DB	17/02/2018 10:39	DB
Existência	6	20	16/02/2018 20:53	DB	17/02/2018 10:39	DB
Inexistência	3	4	16/02/2018 20:53	DB	17/02/2018 10:40	DB
4. Divulgação dos Resultados	0	0	14/02/2018 19:42	DB	16/02/2018 20:54	DB
Não	6	13	16/02/2018 20:54	DB	17/03/2018 17:14	DB
Sim	6	15	16/02/2018 20:53	DB	17/03/2018 17:14	DB
5. Impactos das ações	6	30	14/02/2018 19:42	DB	17/02/2018 09:11	DB
Formas de Publicação	5	8	16/02/2018 19:51	DB	17/03/2018 17:22	DB
Métricas	6	26	16/02/2018 19:51	DB	17/03/2018 17:22	DB
6. Sugestões	6	29	14/02/2018 19:43	DB	17/03/2018 17:23	DB
Categorias da revisão	0	0	17/02/2018 15:34	FFT	17/02/2018 15:35	FFT
10.Cuidados&Humanização	6	124	17/02/2018 15:31	FFT	17/02/2018 18:38	FFT
11Cultura organizacional	6	173	17/02/2018 15:31	FFT	17/02/2018 18:37	FFT
8. Hospitais e Cultura de Saúde	6	108	17/02/2018 15:32	FFT	17/02/2018 18:38	FFT
9.A DCNTS_pop	6	44	17/02/2018 15:57	FFT	17/02/2018 18:38	FFT
Pesos	0	0	17/02/2018 15:52	FFT	17/02/2018 18:39	FFT
Peso 1	6	39	17/02/2018 15:52	FFT	17/02/2018 18:39	FFT
Peso 2	6	53	17/02/2018 15:52	FFT	17/02/2018 18:39	FFT
Peso 3	6	53	17/02/2018 15:52	FFT	17/02/2018 18:39	FFT

Figura 10: **Descritivo das categorias de Fonte de dados**
Fonte: NVivo

4.3.1 Hospital A

No hospital A as respostas associadas descritas nas ações e resultados das ações, juntamente com os temas foram similares, compõem a tabela 27.

Tabela 27:
Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital A

	Ações								Resultado das ações			
Categorias Temas Pesos	Ações de Promoção de Saúde		Ações de Promoção de Saúde aos Colaboradores		Ações de Promoção de Saúde aos Familiares		Percepção das Ações de Promoção à Saúde		Colaboradores e Familiares		Hospital	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados & Humanização	15	75	10	44	2	23	4	27	0	8	0	6
Cultura organizacional	19	95	12	54	2	24	6	37	0	10	0	9
Hospitais e Cultura de Saúde	12	64	6	33	1	14	5	28	0	8	0	0
DCNTs	9	29	6	21	2	12	2	5	0	2	0	2
Peso 1	2	9	1	4	1	3	0	3	0	1	0	0
Peso 2	21	40	17	30	4	10	2	8	0	0	0	0
Peso 3	11	41	8	30	1	14	3	11	0	1	0	3

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo*

A tabela 27 demonstra que o número de respostas associadas dos gestores do hospital A nas colunas referentes às ações e seus resultados foram maiores, em comparação aos membros do comitê nas categorias ‘Cultura Organizacional’, ‘Cuidados e Humanização’, ‘Hospitais e Cultura de Saúde’ e nas ‘DCNTs’. Chamam a atenção as respostas referentes à ‘Cultura Organizacional’ em todos os critérios, com grande associação das respostas relatadas, principalmente associadas às ‘Ações de promoção à saúde’. Questões ligadas aos ‘Cuidados e Humanização’ mostraram grande associação de referências, bem como a ‘Construção de uma Cultura de Saúde’. As ‘DCNTs’ expuseram a menor pontuação dessa categoria, considerando-se ainda que por tratar-se de um hospital, a descrição dessas doenças deve compor o repertório dos respondentes, e, portanto, não constava nos termos contidos nas entrevistas. Ambos os grupos de respondentes apresentaram maiores associações na categoria de ações, comparativamente aos resultados das ações obtidos para os funcionários e o hospital.

Os membros do comitê, inversamente, mencionaram em todos os cruzamentos o menor número de respostas associadas, se comparados aos gestores. Ressalta a ausência de associações nas respostas para ‘Resultados das ações’, tanto para colaboradores e familiares como para o hospital, em que não ocorreu nenhuma associação de temas. A exemplo dos gestores, os membros do comitê do hospital A também apresentaram maiores referências nos aspectos de ‘Cultura Organizacional’, seguidos de ‘Cuidado e Humanização’ e ‘Hospitais e Cultura de Saúde’. Referências às DCNTs pouco apareceram nas associações com os membros do comitê.

A tabela 28 apresenta as referências comuns entre os gestores e membros do comitê entre os temas e os pesos das questões.

Tabela 28:
Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital A

Temas	Pesos					
	Peso 1		Peso 2		Peso 3	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados & Humanização	0	7	6	21	4	37
Cultura organizacional	0	16	9	31	4	40
Hospitais e Cultura de Saúde	0	9	5	21	4	29
DCNTs	0	3	5	9	3	9

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo.*

A tabela 28 demonstra que, relativamente ao peso das respostas associadas às ações, os gestores também relataram mais referências que os membros do comitê em todas as categorias de ação e seus resultados. Similarmente à tabela 26, observa-se maiores referências à ‘Cultura Organizacional’, com 40 indicadores para as questões de peso 3, 37 para ‘Cuidados e Humanização’, 29 para ‘Hospitais e Cultura de Saúde’ e apenas 9 referências às ‘DCNTs’. Nas questões de peso 2, os membros gestores novamente apresentaram mais associações para ‘Cultura Organizacional’, entretanto ‘Cuidados e Humanização’ e ‘Hospitais e Cultura de Saúde’ apresentaram 21 associações. ‘DCNTs’ apresentaram apenas 9 referências. As questões de peso 1 apresentaram resultados dos gestores semelhantes às de peso 2. No que se refere aos membros do comitê, chama a atenção a diferença do número de referências encontradas, comparativamente aos gestores, em todas as questões associadas aos pesos. Nas associações às questões de peso 1, não se observou nenhuma associação das respostas dos membros do comitê.

Esses resultados indicam que a fala dos gestores se encontra fortemente vinculada a valores da instituição, tendo em vista as referências de ‘Cuidado e Humanização’, ‘Ações aos colaboradores’ e ‘Ações aos familiares’; os gestores também demonstraram fortes associações às ações (gerais, aos colaboradores e aos familiares), no estabelecimento de práticas efetivas, considerando as pontuações referentes aos pesos. As referências às DCNTs pouco surgiram em ambos os grupos, indicando que as ações, mesmo que associadas a essas doenças, não compõem objetivamente o repertório dos grupos respondentes. Dos três hospitais analisados, a manifestação dos dois grupos apresentou as maiores associações à ‘Cultura de saúde’, sugerindo que no hospital A estão presentes os elementos necessários para aprofundamento de

ações, corroborado pelo fato de que nas respostas apresentadas por ambos os grupos no CDC (Brasil, 2016), o domínio ‘Cultura Organizacional’ obteve as maiores pontuações. Entretanto, os resultados apresentados para todos os temas associados a ‘Resultados das ações’ atingiram baixa pontuação, indicando lacunas de medição, e como consequência também a ausência de divulgação das ações e seus resultados, comum aos três hospitais.

Os resultados apresentados nas tabelas 27 e 28 indicam que o discurso dos gestores é mais consistente que o dos membros do comitê, um pouco diverso dos resultados apresentados na seção 4.1.1, referente à aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), em que a avaliação do hospital pelos membros do comitê foi mais positiva que a dos gestores. Nas indicações contidas na análise de conteúdo (Seção 4.2), tabelas 13 a 16, as referências por parte dos membros do comitê foram maiores que as do outro grupo. Esses resultados indicam e reiteram equilíbrio no discurso e percepção dos dois grupos que avaliaram o hospital A, bem como da presença efetiva das ações de construção de cultura de saúde.

4.3.2 Hospital B

A tabela 29 apresenta as referências comuns associadas entre ações e seus resultados e os temas, para gestores e membros do comitê do hospital B.

Tabela 29:
Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital B

	Ações								Resultados das ações			
Categorias Temas Pesos	Ações de Promoção de Saúde		Ações de Promoção de Saúde aos Colaboradores		Ações de Promoção de Saúde aos Familiares		Percepção das Ações de Promoção à Saúde		Colaboradores e Familiares		Hospital	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados e Humanização	20	8	10	4	7	2	9	2	4	1	0	1
Cultura organizacional	25	10	15	4	7	2	9	4	4	1	0	2
Hospitais e Cultura de Saúde	20	4	11	1	5	1	9	2	4	0	0	0
DCNTS	13	1	11	0	7	1	1	0	2	0	1	0
Peso 1	1	2	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
Peso 2	7	2	4	1	1	0	3	1	0	0	0	0
Peso 3	6	2	4	1	3	0	2	1	0	0	0	0

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo*.

A tabela 29 demonstra que o número de respostas associadas dos membros do comitê foi maior que as dos gestores para todas as categorias (contidos nas linhas da tabela), considerando o contido em ‘Ações’ e ‘Resultados das ações’. No tema ‘Cultura organizacional’, as referências dos membros do comitê são bem superiores aos demais temas. Em seguida o tema ‘Cuidados e Humanização’ apresentou maior associação considerando as ‘Ações de promoção à saúde’, e na sequência as ações voltadas aos colaboradores. Para os membros do comitê, a categoria ‘Percepção das ações’ apresentou mais referências que ‘Ações voltadas aos familiares’. Pode-se também destacar o número de referências voltadas à ‘Resultados das ações’ com ‘Cultura de saúde’, apenas por parte dos membros do comitê aos familiares. O tema DCNTs, como nos demais hospitais, apresentou a menor quantidade de referências com apenas uma em ‘Resultados para as ações’ para o hospital e duas para os colaboradores e a família. Chama a atenção a ausência de referências no cruzamento entre os ‘Resultados para os hospitais’ para os temas ‘Cuidados e humanização’, ‘Cultura organizacional ‘e ‘Hospitais e Cultura de saúde’.

Embora as associações contidas nas respostas dos gestores sejam menores que as dos membros do comitê, ambas apresentaram características semelhantes no cruzamento com os temas (linhas) e as categorias (colunas). As associações com a ‘Cultura da organização’ foram as maiores. ‘Cuidados e Humanização’ e ‘Hospitais e Cultura de Saúde’ apresentaram performance semelhante. As DCNTs foram pouco citadas. No que tange a ‘Resultados das ações para o hospital’, as associações apresentadas pelos gestores foram superiores se comparados às apresentadas pelos membros do comitê, em que não se observa nenhuma associação.

Nas associações das respostas contemplando os pesos e as categorias ‘Ações’ e ‘Resultados’, pode-se observar que os membros do comitê apresentaram mais associações que os gestores para as quatro categorias: ‘Ações de promoção à saúde’, ‘Ações de promoção à saúde aos colaboradores’, ‘Ações de promoção à saúde aos familiares’ e ‘Percepção das ações’. A maior associação ocorreu em ‘Ações de promoção à saúde’, com seis referências às questões de peso 3, sete de peso 2 e apenas uma de peso 1; nas associações aos colaboradores foram quatro às questões de peso 2 e 3. Isso indica que os membros do comitê estabeleceram alguma associação entre as ações de maior impacto e evidência (peso 3), e em menor grau de impacto e evidência (peso 2). Para os gestores, as associações podem ser consideradas fracas, tanto nas ‘Ações de promoção de saúde’ estabelecidas, como também aos ‘Resultados das ações’, no qual

não foi constatada nenhuma associação por parte destes. Os membros do comitê também só apresentaram uma associação entre os ‘Resultados das ações’ e as questões do CDC (Brasil, 2016), em todos os pesos. Isso indica que ambos os grupos respondentes não conseguem associar os resultados das ações com os programas em execução, o que também pode ser entendido como ausência de formas e métodos de medição e divulgação.

A Tabela 30 apresenta as referências comuns entre as perguntas do CDC (Brasil, 2016), e seus respectivos pesos e as categorias para os gestores e membros do comitê do hospital B.

Tabela 30:
Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital B

	Pesos					
Temas	Peso 1		Peso 2		Peso 3	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados & Humanização	4	0	4	1	8	3
Cultura organizacional	5	1	6	1	10	3
Hospitais e Cultura de Saúde	4	0	6	1	9	2
DCNTS	0	0	0	0	2	1

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo.*

A tabela 30 indica maior número de associações para os gestores, notadamente para as respostas de peso 3, em ‘Cultura Organizacional’, ‘Cuidados e Humanização’ e ‘Hospitais e Cultura da Saúde’, de forma crescente. DCNTs apresentaram apenas duas associações pelos membros do comitê para as questões de peso 3 e apenas uma associação pelos gestores. O maior número de associações apresentado refere-se a ‘Cultura Organizacional’, indicando que para os entrevistados as ações de promoção e bem-estar dos funcionários estão presentes e consolidadas no hospital. Desse modo, a cultura da organização permeia fortemente a fala dos entrevistados, ficando evidenciada a sua importância.

Os resultados apontados nas duas tabelas indicam que a avaliação do hospital B pelos membros do comitê foram mais positivas que a dos gestores, tanto nas informações contidas na tabela 29 como na tabela 30. Ambos os respondentes se referem muito fortemente à cultura da organização, que pode ser associada às possibilidades do desenvolvimento das ações de cultura de saúde, tanto aos colaboradores como aos seus familiares, mas também estão presentes as referências à humanização e Cultura de Saúde, indicando sua importância. Ficou claro que os resultados das ações contidas nos discursos dos respondentes, estão mais vinculados aos

sujeitos (colaboradores e familiares) do que ao próprio hospital, indicando uma preocupação efetiva com o bem-estar destes. Esses cruzamentos apontam concordância com os resultados obtidos na aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), em que o hospital apresentou melhor avaliação por parte dos membros do comitê em todos os domínios pesquisados. No hospital B as referências às DCNTs não apresentaram muitas associações, indicando que a fala dos entrevistados não associa diretamente ações de promoção e bem-estar realizadas pelo hospital às DCNTs. A ausência da associação entre as questões do CDC (Brasil, 2016), considerando os pesos, indica que não são conhecidos os resultados das ações, além de apontarem para a ausência de medição e divulgação dos resultados por parte do hospital B.

4.3.3 Hospital C

A tabela 31 apresenta as referências comuns associadas entre ações e seus resultados e temas, para gestores e membros do comitê do hospital C.

Tabela 31:
Referências comuns em ações e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital C

	Ações								Resultados			
Categorias Temas Pesos	Ações de Promoção de Saúde		Ações de Promoção de Saúde aos Colaboradores		Ações de Promoção de Saúde aos Familiares		Percepção das Ações de Promoção à Saúde		Colaboradores e Familiares		Hospital	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados e Humanização	15	7	10	5	8	3	5	2	3	0	4	1
Cultura organizacional	17	10	10	6	8	3	7	4	5	0	4	2
Hospitais e Cultura de Saúde	9	10	4	6	2	3	5	4	4	0	0	0
DCNTS	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0
Peso 1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Peso 2	5	2	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0
Peso 3	8	8	7	6	5	4	1	2	1	0	2	1

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo.*

Dos três hospitais pesquisados, o hospital C foi o que apresentou as menores associações nas entrevistas para ambos os grupos e para todos os temas e categorias (linhas e colunas). Os membros do comitê apresentaram mais associações do que os gestores nos temas ‘Ações’ e

‘Resultados das Ações’ para todas as categorias, pela ordem: ‘Cultura Organizacional’ e ‘Cuidados e Humanização’; no item ‘Hospitais e Cultura de Saúde’, as associações dos gestores foram maiores que as dos membros do comitê. A categoria ‘Cultura Organizacional’ apresentou mais associações (entre os dois grupos) que nas demais, seguidas de ‘Cuidados e Humanização’ e ‘Hospitais e Cultura de Saúde’. As DCNTs foram pouco associadas às ações e aos resultados das ações, tanto para os gestores quanto para os membros do comitê. Considerando-se as questões do CDC (Brasil, 2016), que ponderaram sobre a evidência e impacto traduzido no peso das questões, observa-se que os grupos respondentes apresentaram respostas semelhantes nas categorias ‘Ações’ e ‘Resultados das ações’, indicando percepção e discurso semelhantes nos grupos; as respostas relacionadas ao peso 3 para a categoria ‘Ações’ apresentou o maior número de associações, indicando consistência dos programas efetuados; entretanto, na categoria ‘Resultados das ações’ percebeu-se poucas associações, evidenciando a ausência de informações, tanto ao hospital quanto aos colaboradores e familiares.

A tabela 32 apresenta as referências comuns entre as questões do CDC (Brasil, 2016), e seus respectivos pesos e as categorias para os gestores e membros do comitê do hospital C.

Tabela 32:
Referências comuns em pesos das perguntas do CDC e seus resultados com temas para gestores e membros do comitê do Hospital C

	Pesos					
	Peso 1		Peso 2		Peso 3	
	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor	Comitê	Gestor
Cuidados e Humanização	0	1	5	2	9	7
Cultura Organizacional	2	1	8	1	8	7
Hospitais e Cultura de Saúde	0	1	4	2	4	5
DCNTS	0	0	2	1	1	2

Fonte: Autora, a partir dos dados obtidos pelo programa *NVivo.*

A tabela 32 aponta que as maiores associações entre os temas ocorreram nas questões de peso 3, com a maioria de associações por parte dos membros do comitê. As categorias ‘Cuidados e Humanização’, ‘Cultura Organizacional’, e ‘Hospitais e Cultura de Saúde’, obtiveram associações significativamente maiores que as DCNTs. Como as associações com as questões de peso 3 apresentaram maior número (seguida das questões de peso 2 as de peso 1), é possível indicar que os respondentes confirmam a existência de ações estruturadas e efetivas nesse hospital.

As tabelas 31 e 32 indicam, a partir da maior quantidade das associações para os membros do comitê nos temas ‘Ações’ e ‘Resultados’, forte participação destes, o que pode ser corroborado pelo maior número de associações nas questões de peso 3, que indica ações mais efetivas. Esses resultados contrastam com aqueles apresentados pela aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), em que os gestores avaliaram melhor o hospital e seus programas que os membros do comitê. Esse contraste pode sugerir que o hospital C, proporciona suporte para a realização das ações de saúde e bem-estar. Assim, as associações obtidas pelos dois grupos para os temas que compõem os ‘Resultados das ações’ sugerem que as ações são pouco medidas e divulgadas, e desse modo a comunicação proporcionada pelo hospital apresenta limitações. Ressalte-se que essa ausência é uma deficiência comum aos três hospitais. Como nos outros dois hospitais, ocorreram baixas associações vinculadas às DCNTs.

No cômputo geral, as respostas indicaram que, dos três hospitais, o hospital A apresentou mais referências, sobre todos os temas, seguidos dos hospitais B e do C. Todos os hospitais apresentaram, nas avaliações efetuadas por seus entrevistados, referências muito consistentes em relação à cultura da organização, e menor quantidade de referências aos Cuidados e à Cultura de Saúde. Todos os entrevistados indicaram que as ações efetuadas pelos três hospitais se apresentam consistentes e efetivas. Menções objetivas a ações de prevenção e controle das DCNTs pouco surgiram no relato dos entrevistados, ficando também evidenciado que formas de mensuração das ações e seus impactos apresentaram-se deficientes e, por conseguinte, a comunicação apresenta-se falha.

Na breve síntese contida nessa seção, verificou-se que no hospital A o discurso dos gestores apresenta-se mais consistente que o dos membros do comitê; no hospital B o discurso dos membros do comitê apresentou-se mais conhecedor das ações empreendidas pelo hospital que os gestores, resultado similar aos observados na aplicação do CDC (Brasil, 2016). No hospital C ocorreu o inverso, a avaliação do hospital foi realizada de modo mais determinado e seguro pelos membros do comitê.

4.4 Considerações sintéticas sobre a triangulação das fontes de dados: revisão teórica, aplicação do questionário e das entrevistas realizadas nos três hospitais

Na manifestação dos sujeitos da pesquisa, que participaram de forma colaborativa, tanto nas entrevistas como na aplicação dos questionários, não foi notado pela pesquisadora qualquer

distinção pelo fato de o trabalho ter sido realizado em hospitais de excelência, o que poderia indicar por parte dos entrevistados um discurso mais imperioso. O relato dos sujeitos de pesquisa, embora não homogêneo, sempre visou o aperfeiçoamento das ações nos resultados do trabalho. Chamou a atenção o fato de que os entrevistados não se incomodaram em responder o questionário nem, aparentemente, sentiram desconforto com as perguntas. Como verificado no início da seção 4.1, os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, apresentaram-se experientes e conhecedores das organizações em que atuavam profissionalmente.

A Cultura organizacional esteve muito presente na fala dos participantes. Entretanto as características apresentadas na seção 2.3 desse trabalho, nas citações de Chu e Wood (2008), Freitas (1991; 1997), Motta, (1996), Barros e Prates (1996), Vergara, Moraes e Palmeira (1997), Motta e Caldas (1997), referentes ao estabelecimento de padrões de comportamento em empresas brasileiras e nos dois hospitais citados como exemplos, em que controle e rigidez decorrentes das características de poder e hierarquia frequentemente se apresentam em hospitais não foram explicitamente mencionadas ou percebidas pela pesquisadora em qualquer momento nas respostas dos dois grupos de respondentes dos três hospitais pesquisados. Questões afetas à cultura organizacional estão claramente presentes no domínio ‘Suporte Organizacional’, do CDC (Brasil, 2016) em que constam 18 questões que somam 33 pontos (5 delas apresentam peso 1, 11 apresentam peso 2 e apenas 2 perguntas possuem peso 3), sendo o domínio de maior pontuação do questionário, o que evidencia sua importância, bem como seu impacto. As questões, as perguntas, seu peso e as respostas completas dos seis grupos investigados estão contidos na Tabela 33, (Apêndice C).

No hospital A os resultados da aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016) em Suporte organizacional apresentaram, em sua totalidade, as maiores pontuações dentre os três hospitais, com uma pontuação um pouco mais elevada por parte dos gestores. Os resultados das entrevistas indicaram a percepção da existência efetiva de ações no hospital por ambos os grupos, considerando ainda que na Seção 4.2, a tabela 14 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinada aos colaboradores) e a tabela 15 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinada aos familiares), como exemplo, apontam ações efetivas e abrangentes, o que apenas pode ser efetuado com a garantia de suporte pela organização. As tabelas 27 e 28, contidas na seção 4.3, apontaram a existência desse suporte. As pontuações do questionário e as referências nas entrevistas indicaram discurso bastante próximo entre os dois grupos respondentes. Isso aponta

um equilíbrio entre as respostas, o que indica conhecimento homogêneo e efetivo das possibilidades oferecidas pelo hospital para a realização das ações.

O hospital B apresentou, na avaliação do questionário CDC (Brasil, 2016), respostas muito próximas entre os dois grupos, indicando conhecimento semelhante dos dois grupos nesse domínio, particularmente nas questões de peso 2 (tabela 11), o que foi ratificado nos resultados obtidos nas tabelas 29 e 30, que apresentou ênfase à Cultura das organizações nos discursos de ambos os grupos entrevistados.

Resultado semelhante ocorreu no hospital C, em que as tabelas 31 e 32 indicaram forte coerência de ambos os grupos nas associações relativas à cultura de saúde; nos resultados da aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), os gestores apontaram melhor pontuação que os membros do comitê, entretanto nas entrevistas, ficou evidenciado que os membros do comitê apresentaram alternativas e sugestões mais fortemente vinculadas à melhoria das ações desse hospital. Essas diferenças indicam que nesse hospital ocorre plenamente o conhecimento de suas regras, condicionadas à sua cultura, bem como das possibilidades de ação e sua melhoria, o que apenas ocorre com o suporte da organização.

Como apresentado no quadro 4, o hospital C possuía 6326 colaboradores cadastrados no ano de 2017, número substancialmente maior que os hospitais A (645) e B (1761) (CNES, 2017). Não foi possível constatar se esses números indicam colaboradores próprios, terceirizados ou quarteirizados, podendo-se presumir que um maior número de colaboradores envolvidos despende maior quantidade de recursos, resultando em uma dificuldade na realização de ações e da sua coordenação, o que poderia comprometer a avaliação do hospital realizada pelos grupos respondentes. As nomenclaturas para as funções dos três hospitais (quadro 5), indica que os hospitais se apropriam de nomes, cargos ou funções que lhes são próprios, bem como dos nomes dos programas de assistência aos colaboradores e familiares, segundo sua política própria. Favorece ainda, conforme contido nas respostas do questionário, a existência nos três hospitais de um líder de promoção de saúde, voltado aos problemas dos funcionários.

As análises e os cruzamentos aqui efetuados e as informações apresentadas indicam a existência de ações concretas de saúde e bem-estar nos hospitais, conduzidas em conformidade com suas políticas e culturas próprias. Isso indica que as ações de saúde e bem-estar apontam

para construção da Cultura de Saúde, entretanto deve-se considerar que nos três hospitais, embora não tenham ocorrido diferenças estatísticas significativas entre si nas respostas do questionário CDC (Brasil, 2016) entre os respondentes e entre os hospitais, ficou evidenciado que estes possuem culturas distintas, condicionadas às particularidades de cada organização.

A adoção das políticas de promoção de saúde e bem-estar por parte dos hospitais ocorreu em um período recente (o mais antigo no Hospital A, em 2009), o que certamente demandou das instituições adaptações em suas formas de atuar e agir. Intervenções dessa natureza requerem adaptações para que os sujeitos sejam nelas inseridos e as ações possam ser consolidadas (Schein, 2009). Esse período de ambientação apresentou-se perfeitamente estabelecido, visto que nas três instituições pesquisadas os sujeitos não expressaram quaisquer dificuldades na operação das ações, além de mostrarem-se engajados, críticos e dispostos a mudanças, conforme pode ser percebido nas entrevistas, consolidadas nas tabelas 16 (Referências e cobertura dos três hospitais na percepção das ações de promoção de saúde), 19 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos resultados) e 10 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere a sugestões das ações de saúde implementadas).

Essas observações indicam que as organizações estabeleceram distintamente suas políticas, sempre condicionadas às próprias características, que foram traduzidas em ações que foram interpretadas e são reinterpretadas segundo as possibilidades e singularidades de cada uma delas. Essas diferenças apresentam-se bastante sutis, considerando que não ocorreu diferença estatística significativa entre as avaliações dos três hospitais por parte dos sujeitos de pesquisa.

Referências a ‘Cuidados e Humanização’ estão associadas às ações que os três hospitais realizam para os colaboradores e familiares, sendo que a fala dos entrevistados se apresentou de modo distinto. Nas observações contidas na seção 4.3, o hospital A apresentou maiores referências por parte dos gestores, e no B e C pelos membros do comitê, indicando que os respondentes incorporam preocupações sobre esse aspecto nas suas ações. Na seção 4.2 as tabelas 13 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde), 14 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos colaboradores) e 15 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos familiares), indicam que ocorreram maiores referências nos discursos dos

entrevistados dos hospitais A e B, principalmente para os membros do comitê. Nas ações de assistência refletindo o cuidar observadas na aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), para os respondentes dos três hospitais observa-se a ocorrência das ações em todos os domínios sempre considerando as diferenças específicas de cada hospital. Podem ser considerados significativos os resultados apresentados nas tabelas 17 (Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares) e 18 (Referências e cobertura dos três hospitais nos resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos hospitais A, B e C), em que os resultados para todos os entrevistados nos três hospitais apresentaram cobertura e referências um pouco maiores àqueles destinados aos colaboradores/familiares. Essas observações conferem a preocupação externada pelos respondentes na promoção de ações de saúde ao público, constituindo a idéia plural do cuidar, que abrange diferentes dimensões e comportamentos (Valdow, 2011; Braunstein, 2012). Fica evidente, na percepção e no discurso dos respondentes, a possibilidade da assistência, identificada como o exercício do cuidar nos três hospitais.

DCNTs constituem preocupação mundial envolvendo a adoção de políticas públicas e corporativas para a sua minimização e controle dos fatores de risco. Nos três hospitais as ações de prevenção e controle se apresentaram em todas as fases das entrevistas e respostas ao questionário. O questionário CDC (Brasil, 2016) é composto de doze domínios e, excetuado o primeiro (*Suporte organizacional*), os demais possuem relação direta com fatores de risco ou controle das DCNTs (*Controle do tabaco*, *Nutrição*, *Atividade física*, Controle *de peso*, *Gerenciamento de estresse*, *Depressão*, *Pressão alta*, *Colesterol Alto*, *Diabetes*, *Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco*, *Resposta à emergência em caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco*). Conforme apresentado na seção 4.1 desse trabalho, a avaliação dos hospitais pelos grupos respondentes não apresentou diferenças estatísticas significativas, com melhor avaliação o hospital B, seguido do A e do C. Entretanto, foram observadas algumas singularidades nas respostas referentes a cada hospital.

Em algumas doenças e fatores de risco presentes nos domínios do CDC, o SUS atua na distribuição de medicamentos e ações de controle das doenças e fatores de risco. Assim, respostas ligadas a políticas internas dos hospitais para prevenção das doenças, ou ainda a distribuição de medicamentos por parte das organizações ou dos planos de saúde dos funcionários e familiares, podem e contribuir para uma análise incompleta ou inadequada. De

qualquer modo, os respondentes dos hospitais relataram a existência de ações voltadas à promoção de saúde, o que pode ser verificado nos resultados apresentados nas tabelas 13 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde), 14 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos colaboradores) e 15 (Referências e cobertura dos três hospitais em ações de promoção de saúde destinadas aos familiares). As tabelas indicam referências ao cuidado de funcionários e familiares de modo genérico, sem a menção específica para cada ação relacionada ao controle das DCNTs. Entretanto, as respostas do CDC apontam algumas deficiências das ações nos três hospitais. A primeira e mais marcante refere-se à baixa pontuação que os respondentes deram aos três hospitais no domínio *Nutrição*. Ações de controle dos fatores de risco, particularmente voltadas ao campo da nutrição devem estar associadas a outras ações que complementem sua eficácia. Como por exemplo a atividade física, que se apresenta nos três hospitais fortemente e de modo consistente (a maior pontuação apresentada pelo hospital A), e que está associada à alimentação saudável e equilibrada, ou ainda o controle de colesterol, diabetes e pressão arterial, que apresentaram maiores avaliações pelos respondentes dos três hospitais.

Verificou-se a deficiência da divulgação dos resultados das ações junto aos funcionários e a inexistência de métricas sistematizadas e claras, conforme observado nas tabelas 19 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à métrica dos resultados) e 20 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de métrica dos resultados). Nesse aspecto, considera-se que o hospital A apresentou as melhores avaliações entre os respondentes, entretanto com divergência nos discursos apresentados entre os membros do comitê e os gestores desse hospital, denotando que não ocorre homogeneidade das informações referentes à medição dos resultados. Apenas o hospital B reportou a ausência de métricas para avaliação dos resultados das ações de bem-estar e promoção de saúde. Isso reitera o empenho dos entrevistados e respondentes em cuidar dos colaboradores e funcionários, entretanto as respostas apresentadas indicam que essas ações se apresentaram desconexas e isoladas, não ocorrendo uma ação sistêmica e integrada na prevenção e controle das DCNTs.

Essa ausência de sintonia fica mais evidente nas entrevistas apresentadas no Apêndice D, sintetizadas na tabela 26 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere a sugestões das ações de saúde implementadas). Fica evidente o reconhecimento das falhas e a preocupação dos respondentes em adequar e ampliar as ações de saúde e bem-estar utilizando-se de métodos técnicos e científicos de medição. Essas preocupações denotam o engajamento

dos respondentes no aperfeiçoamento das ações, considerando propostas de melhoria dos cuidados e da construção de um ambiente adequado (humanizado).

Considerando ainda os objetivos distintos e as dimensões propostas para análise dos resultados, e, comparando-se as questões apresentadas no Vigitel (Brasil, 2017) e no CDC (Brasil, 2016), podem ser observadas diferenças entre as questões e sua natureza. Consta no Vigitel (Brasil, 2017) os fatores considerados de risco: tabagismo, excesso de peso, consumo alimentar inadequado (consumo de leite integral, frutas/hortaliças, carnes gordurosas, excesso de doces e consumo de feijão), atividade física, ou sedentarismo (associado ao hábito de assistir TV ou internet) e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. No CDC (Brasil, 2016) (total de 19 pontos) as perguntas referentes ao tabagismo tratam da repressão ao consumo de tabaco e distribuição de medicamentos, que já constituem política pública, além do suporte para que tabagistas cessassem o hábito. No domínio *Nutrição* (21 pontos), o CDC não se refere ao consumo de determinados alimentos, mas à existência de ações de promoção ao consumo de alimentação mais saudável. O domínio *Atividade física* (24 pontos) é composto de perguntas objetivas de estímulo à prática de esportes. Não há menção no CDC sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Essa distinção entre as duas referências apresenta-se importante, o que denota lacunas no questionário CDC, mas nas entrevistas foi possível obter as informações ausentes no questionário.

Desse modo, no decorrer da aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016) e da sua tabulação, e avaliando-se as entrevistas, ficou evidenciado que existem limitações para o uso de um instrumento único de diagnóstico de condições de saúde e bem-estar dos trabalhadores frente à realidade do Brasil. A primeira limitação encontra-se nas questões que dizem respeito ao fornecimento de medicações por parte das organizações ou dos planos de saúde dos funcionários, devendo ser considerado que na maioria dos fatores de risco e DCNTs o fornecimento de medicamentos é oferecido gratuitamente, e as respostas dos entrevistados pode ter sofrido interpretação dúbia por parte dos respondentes, se as políticas do hospital consideram as ações do SUS, ou se não as consideram, o que pode efetivamente causar prejuízo à avaliação. Outra lacuna existente no questionário diz respeito à não existência de um domínio que trate do consumo abusivo de álcool, considerado um dos fatores de risco.

Nos dois domínios do CDC (Brasil, 2016) referentes a distúrbios psíquicos, *Gerenciamento de estresse* (14 pontos) e *Depressão*' (18 pontos), que são uma das maiores

causas de afastamento do trabalho (INSS, 2017), os respondentes dos hospitais indicaram falhas nessas ações. De um modo geral os hospitais não disponibilizaram meios e treinamentos (Tabela 33 – Apêndice C) para que os gestores pudessem lidar com essas situações. As entrevistas dos seis sujeitos, quais sejam os grupos gestores e membros dos três hospitais, entretanto, consideraram em sua maioria, a ocorrência de atendimento psicossocial (Subcategoria 1a: Ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos Colaboradores – Apêndice D, sintetizadas na tabela 14). Ocorre, portanto, um descompasso entre as ações contidas na avaliação feita pelos respondentes dos hospitais e das entrevistas. Em contraste, as tabelas 27 a 32 na seção 4.3 indicam que as ações de prevenção e controle das DCNTs estão ligadas em sua maioria às questões de peso 3, que indicam maior impacto e evidência, apontando a ocorrência de ações concretas, conforme percebido pelos entrevistados nos três hospitais. Essas observações sugerem que os hospitais não apresentaram uma linha condutora que considerasse a atuação sistêmica e integrada nas ações de prevenção e controle das DCNTs, embora estas ocorram de modo consistente. Assim, considerando a complexidade dos hospitais e da necessidade de atuação adequada, os fatos apontam para uma adaptação das ações realizadas pelos colaboradores dos hospitais e a ausência de uma diretriz formal de ação. Essas adaptações, no entendimento de Pascucci e Meyer (2011), devem considerar sua cultura, e, portanto, especificidades na adoção de estratégias adequadas. Infere-se ainda que os entrevistados dos hospitais consideram a necessidade da adequação das ações em bases formais, dotadas do devido diagnóstico.

A extensão dos programas de saúde e bem-estar aos familiares dos colaboradores é um dos pilares para a construção da cultura de saúde em empresas (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2016). Os três hospitais, segundo os entrevistados, possuem programas próprio de saúde e bem-estar extensivos aos familiares, não considerando os planos e seguros saúde. Os programas incluem diferentes ações em cada hospital, desde auxílio na gestação de esposas de familiares, resolução de questões do seguro saúde até excursões turísticas. Não se observou uma homogeneidade na natureza das ações extensivas aos familiares, entretanto as referências contidas nas tabelas 27, 29 e 31 apresentam de modo consistente a existência dessas ações. A questão de número 16 do CDC (Brasil, 2016) trata diretamente da extensão de programas aos familiares (Disponibilizou algum programa de promoção da saúde para os familiares dos funcionários? - peso 1). Mesmo evidenciado nas entrevistas a existência de programas dessa natureza, alguns respondentes do questionário negaram a ocorrência desses programas (11,11% das respostas no hospital A, 40,00% no hospital B e 70,00% no hospital C). Isso indica o

desconhecimento das ações promovidas pelo hospital decorrente de uma comunicação não efetiva (ou o não entendimento da pergunta).

No discurso dos entrevistados, os três hospitais declararam a ocorrência de impactos decorrentes da implementação de ações de saúde e bem-estar, conforme pode ser observado na tabela 23 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere ao impacto das ações de saúde implementadas), abrangendo em torno de 10 referências em cada hospital. No Apêndice D, estão contidos os trechos das entrevistas que consideraram a categoria *Impacto das ações de promoção de saúde implementadas*. A descrição dos respondentes trata fundamentalmente do clima organizacional, engajamento dos colaboradores e valoração do trabalho e do hospital, sem distinção entre as respostas dos gestores e dos membros dos comitês, nos três hospitais. Esses resultados conferem legitimidade à proposição de implantação de Cultura de Saúde nesses hospitais. Os resultados descritos por Baicker, Cutler and Song (2010), de melhoria da autoestima, do ambiente de trabalho além da redução do absenteísmo, presenteísmo e rotatividade foi consenso no discurso dos entrevistados. Por outro lado, a indicação de métricas de avaliação dos impactos nas ações de saúde apresentou-se de modo diverso, sendo que os gestores dos três hospitais reportaram em maior número a existência de formas de medição das ações, entretanto de modo isolado.

Não houve pronunciamento que dissesse respeito à mensuração das ações de saúde e bem-estar especificadas em valores monetários, não sendo possível à pesquisadora identificar se existe esse monitoramento, nos três hospitais. De todo modo, segundo as entrevistas, os resultados das ações são encaminhados à direção das organizações.

Considerando esses resultados, pode-se também destacar a ausência de formas de sua divulgação junto aos diferentes *stakeholders* dos hospitais, conforme apresentado nas tabelas 21 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à existência de divulgação dos resultados) e 22 (Referências e cobertura dos três hospitais no que se refere à inexistência de divulgação dos resultados). Essa ausência indica comunicação deficiente entre os atores, mesmo considerando o engajamento dos gestores e membros do comitê dos hospitais nas ações. As questões do CDC (Brasil, 2016) associadas à prevenção e controle dos fatores de risco e das DCNTs não dispõem de questões ligadas ao monitoramento das ações, mas tão somente à ocorrência e formas de divulgação destas, sendo propostas questões que tratam da divulgação das DCNTs e formas de controle. Assim sendo, a triangulação das referências voltadas à

existência de métricas e formas de divulgação não se consolida, ficando restritas apenas às análises dos discursos dos seis grupos respondentes. Considera-se que a ausência de divulgação adequada das ações e seus resultados é um fator negativo à construção da cultura de saúde, que possui como suporte orientações à comunidade, conforme preconiza o *Centers for Disease Control and Prevention* (2016).

Conforme apresentado nas Tabelas 27 a 32, associações e referências à 'Cultura de saúde' manifestaram-se nos três hospitais por ambos os grupos, associados principalmente nas perguntas de peso 3 (maior impacto e evidência), indicando que as organizações promovem ações efetivas que constituem formas de atuação dessas organizações. Considerando as características dos entrevistados, trabalhadores envolvidos diretamente nas ações de saúde e bem-estar dos funcionários, familiares e da melhoria da qualidade das ações empreendidas pelos hospitais, e, aliado ao caráter da pesquisa, de cunho utilitário, não permitindo considerações de cunho mais aprofundado, não houve referências a marcos teóricos ou modelos de construção de cultura de saúde, mas à citação e discriminação de ações que evidenciam sua prática e tentativa de aprimoramento por parte dos três hospitais. A seção 4.2, que apresenta os resultados das entrevistas, bem como seus trechos, registrados no Apêndice D, apontaram que na ótica dos seis grupos de entrevistados, ocorre a prática de ações de saúde e bem-estar nos hospitais, voltadas tanto aos funcionários quanto aos familiares. Os entrevistados externaram em seus discursos a preocupação com a execução de ações que promovam o estado de saúde dos funcionários. A tabela 16 (Referências e cobertura dos três hospitais na percepção das ações de promoção de saúde) demonstra ainda a percepção pelos entrevistados da existência concreta e efetiva dessas ações. Isso aponta para o engajamento dos entrevistados, que para Goetzel **(**2017) é elemento fundamental na construção de uma cultura de saúde.

Assim, nas avaliações efetuadas pelos sujeitos de pesquisa no questionário CDC (Brasil, 2016) nos três hospitais, bem como apontado no discurso dos entrevistados, a percepção dos componentes críticos relatados por Goetzel **(**2017), necessários à construção da Cultura de Saúde, encontraram-se presentes no discurso de todos os entrevistados. Por outro lado, as quatro dimensões apresentadas por Quelch and Boudreau (2016) sobre conceito ampliado de saúde (saúde do consumidor, do empregado, comunitária e ambiental) também não foram contempladas nas entrevistas, não constituindo repertório dos entrevistados dos hospitais. Finalmente deve ser ressaltado que ações discriminadas como de responsabilidade social dos hospitais e que refletem nos índices de sustentabilidade apresentados na seção 2 dessa tese não

foram expostos no discurso dos entrevistados, embora entenda-se a importância desses índices serem incorporados à construção de Cultura de Saúde em sua metodologia.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente a realidade brasileira desse início do século XXI em que a ocorrência da transição demográfica se apresenta como fator fundamental para o estabelecimento das políticas públicas, e o atual cenário institucional de alto índice de desemprego aliado a uma redução do financiamento das ações públicas de saúde, a definição de estratégias das organizações deve ser reestruturada de forma a atender as necessidades de seus acionistas e a cumprir as determinações sociais impostas por essa mesma nova realidade, apreendendo cenários de curto a longo prazo. Assim, torna-se imperativa a consecução de novas ações ampliando a abrangência e alcance das ações corporativas, garantindo sua própria existência e razão de ser.

Nesse aspecto, a implementação de programas de saúde e bem-estar torna-se fundamental para a manutenção e melhoria da qualidade de vida das diferentes populações. Em hospitais, organizações complexas constituintes do setor de saúde e destinadas a promover saúde, ações dessa natureza, voltadas à sociedade, deveriam ser o principal fator de sua existência. A extensão das práticas de saúde e bem-estar aos trabalhadores de hospitais, num primeiro momento, e em seguida aos seus familiares, pode constituir estratégias das empresas para a qualificação de seus serviços. Essas ações ultrapassam normas regulamentadoras de saúde ocupacional e segurança do trabalho, constituindo iniciativa discricionária das organizações.

Tendo em vista essas premissas, algumas questões se colocaram como balizadoras na realização desse trabalho: é possível a construção de uma ‘Cultura de Saúde’ em hospitais? Gestores de recursos humanos, de benefícios, de planos de saúde e de promoção de saúde e bem-estar e membros dos comitês de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho, atuantes em hospitais de excelência brasileiros, possuem entendimentos semelhantes relativamente às ações de saúde e bem-estar? Como essas ações e seus resultados são estruturados?

Buscou-se, então, desenvolver uma pesquisa com o intuito de: i) caracterizar as ações de construção da Cultura de saúde em hospitais conforme o entendimento dos seus gestores e membros dos comitês; ii) identificar ações de prevenção dos fatores de risco e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) implementadas pelos hospitais direcionadas aos colaboradores e seus familiares, conforme o entendimento dos seus gestores e membros dos

comitês; e iii) identificar impactos resultantes da implementação dos programas de saúde e bem-estar pelos hospitais, conforme o entendimento de seus gestores e membros dos comitês ligados à área de gestão de pessoas e bem estar.

Foram escolhidos os hospitais filantrópicos de excelência brasileiros para a realização dessa pesquisa, pressupondo a existência de suporte e *expertise* em ações de promoção de saúde e bem-estar aos trabalhadores e familiares. Foram realizadas entrevistas e a aplicação de questionário aos sujeitos da pesquisa: gestores e membros dos comitês de três hospitais, sendo constatada, a partir dos resultados das entrevistas e dos questionários aplicados, a ocorrência de ações efetivas e consolidadas nas três organizações, evidenciando a possibilidade da construção de uma 'Cultura de Saúde' em hospitais. Entende-se que 'Cultura de Saúde' compreende ações de saúde e bem-estar sistêmicas e integradas proporcionadas pelas organizações sempre voltadas ao núcleo familiar envolvido, ou seja, aos colaboradores e familiares e que, num primeiro momento, ultrapassam os limites circunscritos de saúde ocupacional e QVT, visando a melhoria da qualidade de vida a partir da melhoria da qualidade de vida no trabalho. Fica evidente a necessidade de criar estratégias a serem garantidas pelas organizações e adaptadas às suas respectivas realidades. Não há uma fórmula ou receita específica, mas a construção própria de cada organização, considerando as premissas descritas e as características da organização (porte, natureza) e dos colaboradores.

As respostas dos sujeitos da pesquisa, quais sejam, membros do comitê e gestores, além da pontuação relacionada aos três hospitais, não apresentaram diferenças estatísticas significativas, indicando que os dois grupos respondentes dos três hospitais pesquisados demonstraram entendimentos semelhantes no que se refere às ações de saúde e bem-estar, não se podendo afirmar que algum dos hospitais pesquisados é melhor ou seus programas são melhores ou mais eficazes que de outro. Foram observadas pequenas diferenças entre as respostas apresentadas pelos respondentes de cada hospital, o que aponta para a apropriação pelos sujeitos das características e peculiaridades de cada uma das organizações, ou ainda de suas próprias culturas.

No hospital A ficou evidenciada a ocorrência de suporte da organização, que embasa e legitima as ações de saúde e bem-estar. Esse suporte foi perfeitamente percebido pelos gestores e membros do comitê, possibilitando a prática efetiva dessas ações. Verificou-se a ocorrência de ações de prevenção aos fatores de risco e às doenças crônicas não transmissíveis, embora se

apresentassem de modo isolado, não caracterizadas como ação sistêmica, se considerarmos a associação entre o controle e a prevenção dos principais fatores de risco e dessas doenças. Os membros do comitê e gestores relataram a ocorrência de impactos, tanto em relação ao hospital quanto aos funcionários e familiares, sendo que os membros do comitê fizeram mais referência aos impactos, enquanto os gestores à existência de métricas; constatou-se a ausência de indicadores sistematizados de avaliação e de formas adequadas de divulgação, fator prejudicial à análise dos impactos e da percepção destes pelos grupos entrevistados.

No hospital B pode-se destacar a maior pontuação obtida no questionário CDC (Brasil, 2016) dentre os três hospitais pesquisados, com ênfase à participação efetiva dos membros do comitê nos programas promovidos pelo hospital, além de respostas mais homogêneas entre os grupos às questões apresentadas nos doze domínios. A existência de programas de saúde e bem-estar aos trabalhadores, e em alguns casos extensivos aos familiares, ficou bastante evidenciada nas entrevistas e ambos os grupos afirmaram a ocorrência de impactos na saúde dos trabalhadores e para o hospital. Não foram constatadas formas de medição e divulgação dos resultados, tanto aos gestores como ao público em geral. Foi verificado que a prevenção de fatores de risco e doenças crônicas não transmissíveis constitui agenda do hospital, mas não se verificou a adoção de medidas conjuntas para tal.

O hospital C apresentou a menor pontuação no questionário CDC (Brasil, 2016) dos hospitais pesquisados, e, inversamente aos hospitais B e A, demonstrou a presença marcante do discurso dos gestores nas ações desse hospital; as entrevistas demonstraram que os membros do comitê apresentaram mais sugestões para a melhoria das ações, denotando a ocorrência de um distanciamento na comunicação entre os dois grupos. As ações empreendidas pelo hospital consideram a prevenção e o controle dos fatores de risco e das doenças crônicas não transmissíveis, embora como nos hospitais A e B, sem uma prática coordenada de ações. Ambos os grupos referenciaram a existência de impactos das ações de saúde e bem-estar aos trabalhadores, funcionários e ao hospital, mas sem formas adequadas de medição e divulgação dos resultados.

Portanto, observa-se que as ações de saúde e bem-estar voltadas aos familiares e funcionários, identificadas como possibilidade concreta para a construção de uma Cultura de Saúde, apresentam-se de modo estruturado nos três hospitais. Os hospitais adaptam e interpretam suas ações em conformidade com as suas políticas, considerando seus aspectos

culturais e estratégias de implantação.

Algumas características são comuns aos três hospitais:

Os programas de saúde e bem-estar para funcionários e familiares nos três hospitais encontram-se em andamento há mais de cinco anos e contemplam ações de prevenção e controle das DCNTs. Verificou-se que ainda há ações que se apresentam de modo desconexo e aparentemente sem um planejamento conjunto, sistêmico. Isso ficou evidente na baixa pontuação obtida pelos três hospitais no questionário CDC (Brasil, 2016) no domínio *Nutrição*, que constitui ferramenta eficaz e fundamental para a prevenção de DCNTs, devendo estar associada a outras ações, as quais apresentaram maiores pontuações no questionário. Os três hospitais declararam a existência de programas voltados à saúde e bem-estar do trabalhador e de seus familiares, com nomenclaturas distintas segundo o hospital, entretanto não foi percebida ou constatada pela pesquisadora, a partir dos depoimentos dos entrevistados e das respostas ao questionário, qualquer relação entre a estruturação desses programas e o uso de informações de caráter epidemiológico e/ou de saúde populacional.

Pode também ser ressaltado o despreparo dos três hospitais em lidar com transtornos mentais, considerando as respostas obtidas nos domínios *Depressão* e *Gerenciamento do estresse*, embora as entrevistas mencionem algum apoio pelos hospitais nessa questão. Atualmente essas doenças constituem uma das maiores causas de afastamento do trabalho e os três hospitais não apresentaram respostas satisfatórias no que se refere a sua prevenção e/ou tratamento, principalmente por parte dos gestores, que são considerados lideranças nas ações implementadas.

Mesmo com as diferenças apresentadas pelos grupos respondentes do questionário e das entrevistas de cada hospital, percebeu-se o envolvimento dos membros do comitê e gestores nas ações de promoção de saúde e bem-estar, com fortes vínculos às políticas e à cultura organizacional de cada hospital, fornecendo um cenário claro que propicia a efetivação das ações e a construção de uma Cultura de saúde. Ambos os grupos de entrevistados apresentaram discurso seguro e consistente frente às questões, sempre referenciando a melhoria da qualidade no atendimento aos funcionários e familiares, bem como a qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Não se observou no discurso dos entrevistados qualquer referência ao fato de os hospitais serem considerados de excelência, o que poderia trazer algum desconforto na

aplicação das entrevistas e questionário. Os respondentes dos três hospitais, desde o início da pesquisa, se mostraram interessados, de modo a possibilitar o aprimoramento das ações dos hospitais. As sugestões contidas nas entrevistas revelam o engajamento dos participantes e o reconhecimento das limitações das ações efetuadas pelos hospitais.

As respostas obtidas na aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016) junto aos gestores e membros do comitê de cada hospital apresentaram resultados que indicam ações consistentes. Entretanto, devem ser feitas algumas considerações. A primeira é a existência de políticas públicas de prevenção e tratamento das DCNTs, com assistência médica e o fornecimento de medicamentos gratuitamente. Perguntas que constituíam domínios do questionário voltado às DCNTs apresentaram questões impróprias, visto que não se aplicavam à realidade brasileira (por exemplo, aquelas que tratavam do fornecimento de medicamentos subsidiados pelos planos de saúde, que no Brasil são fornecidos pela rede pública). Essas questões devem ser plenamente adaptadas à nossa realidade. Na pesquisa objeto desse trabalho, essas questões podem ter sido afetadas por uma leitura enviesada por parte dos respondentes na aplicação do questionário, com prejuízo aos resultados. Outro aspecto relevante é a menção sobre o uso excessivo de álcool, que constitui uma das doenças definidas pelo Vigitel (Brasil, 2017) e que não constava no questionário. Algumas entrevistas relataram a existência de programas de combate ao alcoolismo nos hospitais pesquisados, entretanto essas informações não puderam ser tabuladas em virtude da não existência desse domínio no CDC (Brasil, 2016).

Alguns entrevistados relataram a existência de formas de monitoramento das ações, principalmente no hospital A. Entretanto, em nenhum dos três hospitais se observou a existência de métricas consolidadas, e, portanto, inexistem formas de divulgação dos resultados de modo sistematizado. A devolutiva desse trabalho aos hospitais, com a posterior possibilidade de realização de nova aplicação do questionário CDC (Brasil, 2016), pode vir a resultar na melhoria da compreensão das ações empreendidas, visto que a aplicação foi realizada apenas entre dois grupos que atuam profissionalmente nos hospitais. Raciocínio semelhante pode ser atribuído à mensuração dos impactos das ações. Foi consenso entre os entrevistados que as ações de promoção de saúde e bem-estar geram impactos positivos na saúde dos trabalhadores, qualidade do ambiente de trabalho e diminuição do absenteísmo e do presenteísmo. Entretanto, não foram relatadas a existência de formas sistematizadas com o uso de métricas de caráter quantitativo. A ausência já relatada de formas de comunicação dos resultados aponta para essa lacuna.

5.1 Limitações da pesquisa

Pesquisas exploratórias apresentam limitações em virtude de sua natureza e dos pressupostos do pesquisador na obtenção e análise dos dados. Na realização das entrevistas pode-se inferir a possibilidade de omissão de informações por parte do entrevistado, ou ainda em função de alguma inabilidade da pesquisadora na condução das entrevistas. Outra limitação, conforme comentado acima, está presente no conteúdo do questionário CDC (Brasil, 2016), em que questões que não consideravam a existência de políticas públicas no Brasil podem, em seus enunciados, ter proporcionado uma leitura enviesada por parte dos respondentes na aplicação do questionário.

A aplicação das entrevistas e do questionário a outros *stakeholders*, como os demais colaboradores, usuários e prestadores de serviços terceirizados, e não apenas aos gestores e membros do comitê (universo amostral restrito), poderia enriquecer o trabalho, bem como permitiria aferir a validade dos discursos de todos os entrevistados, confrontando-os com a prática das ações empreendidas nos hospitais.

Finalmente outra limitação reside na impossibilidade atual da comparação dos resultados obtidos com outros hospitais ou empresas dessa natureza no Brasil.

5.2 Sugestões

A sugestão inicial é a revisão da adaptação do CDC (Brasil, 2016) em razão da existência de políticas públicas relativas às DCNTs no Brasil, inexistentes nos Estados Unidos em razão das características do sistema público de saúde (ou ausência deste), bem como a inserção de perguntas referentes ao consumo de álcool. Reitera-se que o instrumento se apresentou eficaz para investigação de ações de melhoria de bem-estar nos hospitais pesquisados. A estrutura do questionário versa somente sobre doenças e as respectivas ações de prevenção e controle (mal-estar), além do domínio ‘Suporte Organizacional’, não compondo questões que tratassem objetivamente do ‘bem-estar’ dos colaboradores. Em trabalhos posteriores, entende-se pertinente que o questionário seja acompanhado de instrumento (como a entrevista realizada pela pesquisadora) que trate da percepção dos entrevistados dos resultados das ações positivas (bem-estar) e não apenas dos fatores de risco e das DCNTs (mal-estar).

Considera-se importante para o aprimoramento do diagnóstico e das ações consequentes a ampliação do questionário a outros *stakeholders* dos hospitais, bem como a continuidade dos estudos de implantação de Cultura de Saúde, recomendando-se a aplicação periódica do questionário CDC (Brasil, 2016).

Entende-se fundamental a construção de métricas e a definição de parâmetros de acompanhamento dos resultados das ações, bem como formas institucionalizadas de divulgação dos resultados.

Formas de publicização e a consequente prática de Cultura de Saúde em empresas são bastante oportunas, e nesse aspecto os diversos índices de sustentabilidade, como os apresentados na seção 2.7 desse trabalho, deveriam objetivamente contemplar essas ações. Cultura de Saúde deve ampliar o rol de aspectos de sustentabilidade e responsabilidade corporativa, ultrapassando aspectos comumente estabelecidos de satisfação do cliente, saúde e segurança do consumidor, saúde e segurança do processo ou produto e saúde e segurança (ocupacional) dos funcionários, além de cumprimento de padrões internacionais da Organização Internacional do Trabalho. Assim a estruturação de instrumento normativo, como ocorrem nas normas ISO, que estabelecem roteiro para a realização de processos poderia ser efetuada.

6 REFERÊNCIAS

Agência IBGE Notícias (2018). *PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 13,1% no trimestre encerrado em março*. Recuperado de https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20994-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-e-de-13-1-no-trimestre-encerrado-em-marco.html.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. (2018). *Dados Gerais.* Recuperado de http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais.

Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5). Retrieved from http://ajhpcontents.org/doi/abs/10.4278/0890-1171-15.5.296.

American Hospital Association - AHA (2014, January). *A call to action: creating a culture of health*. Retrieved from https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=A+Call+to+Action%3A+Creating+a+Culture+of+Health%2C+2011&btnG=>.

Ávila, F., & Bianchi, A. M. (org.) (2015). Guia de economia comportamental e experimental. *Economia Comportamental*. Recuperado de http://www.economiacomportamental.org/guia-economia-comportamental.pdf.

Azevedo, C.S., Braga Neto, F.C., & Sá, M.C. (2002). Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad. Saúde Pública*: 18 (1), 235-47. Recuperado em https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100024&script=sci_abstract&tlng=pt.

Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs* 29(2), 304-311. Retrieved from http://ehd-ins.com/enewsletter/pdf/worksiteWellness- Oct2012.pdf.

Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Barbosa, G. C.; Meneguim, S.; Lima, S. A. M. & V. Moreno (2013 jan-fev). Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de enfermagem*. Brasília 66(1) pp 123-127

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barreto, M. L. (2013). Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário.* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. v. 2. pp. 97-120. ISBN 978-85-8110-016-6.

Batista, M. J. C., & Silva, N. B. (2011). Cultura de saúde: percepção dos profissionais de recursos humanos de uma Instituição financeira brasileira. *XXXV Encontro da ANPAD*. Rio de Janeiro. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/308380722_Cultura_De_Saude_Percepcao_Dos_Profissionais_De_Recursos_Humanos_De_Uma_Instituicao_Financeira_Brasileira.

Batistela, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde in Fonseca, A. F. (Org.) *O território e o processo saúde-doença*. Recuperado de http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Betancourt, R. F., Becker H., & Gómez-Muller, A. (1984). Entrevista con Michel Foucault**.** *Revista Concordia*. pp 96-116. Espanha. Recuperado em 10.07.17 de https://razaoinadequada.com/2016/11/27/foucault-conhecimento-e-cuidado-de-si/.

BMF&BOVESPA (2016). *Guia novo valor: sustentabilidade nas empresas - como começar, quem envolver e o que priorizar*. Recuperado de http://www.bmfbovespa.com.br/pt_br/institucional/sustentabilidade/nas-empresas/publicacoes-e-encontros/

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.

Brasil. Ministério da Saúde (1965). Departamento nacional de saúde. divisão de organização hospitalar. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, *Coordenação de Edições Técnicas, 2016*. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0. Recuperado de https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde (2000). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Política Nacional de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde* Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf

Brasil. (2009) Lei Federal nº 12.101. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei n 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101htm.

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Secretaria de atenção à saúde - departamento de ações programáticas e estratégicas. *Cadernos Humaniza SUS***.** Brasília. 3ed. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf

Brasil. Ministério da Saúde 2012. Portaria nº 112, de 14 de fevereiro de 2012. *Define critérios e requisitos para comprovação de efetiva capacidade institucional das instituições de saúde para apresentação de projetos ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento*

Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se/2012/prt0112_14_02_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2014). Departamento de economia da saúde, investimentos e desenvolvimento - DESID-SE/MS. *Portal da Saúde*. Brasília. Recuperado de http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/l1-proadi-sus/9998-hospitais-de-excelencia

Brasil. Ministério da Saúde (2016). Departamento de informática do sistema único de saúde - DATASUS. *Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard: Ferramenta de Avaliação para Prevenção de Doenças Cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais e Condições Relacionadas*. Brasília, DF. Recuperado em 22.jun.2016. de http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=13462.

Brasil. (2017). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.* Recuperado de www.cnes2.datasus.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde (2017). *Vigitel Brasil 2016. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2018). Portal sala de apoio à gestão estratégica. *Saúde com transparência.* Recuperado de http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/visao/dadosTransparencia.jsf?uf=%27SP%27

Braunstein, H. R. (2012). *Ética do cuidado. Das instituições de cuidado e pseudo cuidado.* Tese de doutorado. Programa de Educação em psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, Brasil. Recuperado em 06.07.2017 de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-21082012-160819/pt-br.php.

Burton, W. N., & Brandt-Rauf, P. W. (2008) Health and productivity. A review of the state-of-the art and implications for occupational and environmental medicine. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*. 30(1), 15-29. Retrieved from http://www.bdmscmeonline.com/common/documents/Health_&_Productivity_Management_(HPM)/Burton%20McCunney%20Textbook%20Chapter.pdf

Cameron, K.S. & Quinn, R.E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: based on competing values framework.* 3rd ed. São Francisco: Jossey-Bass.

Caprara, A., & Franco, A. L. e S. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3), 647-654. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0505.

Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (1), 139-146. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/630/63013499014/.

Carvalho, M. C., Rocha, F. L.R., Marziale, M.H.P., Gabriel; C.S., & Bernardes, A. (2013). Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto Enferm*.: jul./set, 22(3), 743-53. Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a22.pdf

Cecílio, L. C. O. (1999). Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 4(2), 315-329. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200007. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7115.pdf.

Cecílio, L. C. O., & Merhy, E.E. (2003) A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.

Center for Value-Based Health Management – CVBHM. (2009)**.** *Creating a culture of health.* p.2**.** Retrieved from http://www.centervbhm.com

Centers for Disease Control and Prevention. (2014a). *The CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, & Related Health Conditions*. Retrieved from https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/initiatives/healthscorecard/worksite-scorecard.html

Center for Disease Control e Prevention (2014b) *The CDC Worksite Health ScoreCard Scoring Methodology Evidence and Impact Ratings and Supporting Citation.* Retrieved from https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/hsc_score_method.pdf

Centers for Disease Control and Prevention – CDC. (2016). *Workplace Health*. Retrieved from http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/

Coburn**,** D., Denny, K., Mykhalovskiy, E., McDonough, P., Robertson, A., & Love, R. (2003). Population health in Canada: a brief critique. *American Journal of Public Health.* 93(3), 392-396. Retrivied from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447750/;

Collins**,** J. J., Baase, C. M.,Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J.,Nicholson, S., Billotii, G. M.,Turpin, R. S., Olson, M., & Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal Occupacional Environnment Medicine*. 47(6), 547-557. Retrieved from http://thehealthproject.com/wp-content/uploads/2015/02/dow_lighten_up_chronic_health_condition_assessment.pdf

Cooper, C., & Dewe P. (2008). Well-being- absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occupacional Medicine*. London: 58(8), 522-524. Retrieved from https://academic.oup.com/occmed/article/58/8/522/1466121

Crimmins, T. J., &, Halberg, J. (2009). Measuring success in creating a "Culture of Health". *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 5(3), 351-355. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19225423.

Chu, R. A., & Wood Jr., T. (2008). Cultura organizacional brasileira pós-globalização: global ou local? *Revista de Administração Pública-FGV*. 42(5), 969-991. Rio de Janeiro. Recuperado em http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6661/5245

Dahlgren G., & Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stocolm: Institute for Future Studies. Retrieved from https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf

Denzin, N. (1978). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New York: Mc Graw-Hill.

Deslandes, Suely F. (2004). Análise do discurso oficial sobre uma humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(1), 7-14. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002

Edington, D.W., Pitts, J.S., & Schultz, A.B. (2015). Health as an economic strategy: special emphasis on the workplace. *American Journal of Lifestyle Medicine* - University of Michigan. 8(5), 330-335 Retrieved from http://edingtonassociates.com/wp-content/uploads/2016/02/Lifestyle-Medicine-Dee-Jennifer-and-Alyssa-2014.pdf.

Evans, R. G.; Barer, M. L. & Marmor, T. R. (1994). Why are some peolple healthy and other not? The deteminants of health of population. Aldine de Gruyter: New York. 378 pp. Retrieved from https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/13/2014/03/10-Evans.pdf

Fabius R., Thayer R. D., Konicki, D.L., Yarborough, C.M., Peterson, K.W., Isaac, F., & Dreger M. (2013) The link between workforce health and safety and the health of the bottom line - tracking market performance of companies that nurture a "Culture of Health". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 55(9), 993-1000. Retrieved from http://www.cancergoldstandard.org/sites/default/files/attachments/Link_Between_Workplace_Health_and_the_Bottom_Line_0.pdf

Fabius, R.J., Nash, D. B., Skoufalos A., Clarke J. L., & Horowitz, M. R. (2015). The population health promise. *Population Health-Creating a Culture of Wellness* 2nd ed. Jones& Bartlett Learning.

Falk, J. A. (2011). *Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações / Management of costs to hospitals: concepts, methodologies and applications*. São Paulo: Atlas.

Faria, H. P., Coelho, I. B., Werneck, M. A. F., & Santos, M. A. (2010). *Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. 2ed. pp 19-26. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. ISBN: 978-85-7825-030-0. Recuperado de https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/92?show=full.

Favero, L. Marineli, J.M., Lacerda, M, R., Mazza, V, de A., & Kalinowski, L, C. (2009). Aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, *22*(2), 213-218. Recuperado em 08.07.2017 de https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016.

Ferreira, M. C. (2011). Ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho: lugar, importância e contribuição da análise ergonômica do trabalho (AET). *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo: 40 (131): 18-29. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-18.pdf

Fernandes, L. C. & Ferreira, M. C. (2015). Qualidade de vida no trabalho e risco de adoecimento: estudo no poder judiciário brasileiro. *Psicologia USP*,*26*(2), 296-306. Epub 00, 2015.Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/0103-656420130011

Feuerwerker, L. C. M., & Cecilio, L. C. de O. (2007) O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & saúde coletiva*. 12(4), 965-971. Rio de Janeiro. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018.

Fleury, M.T., & Fischer, R.M. (1989). *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas.

Foucault, M. (1982). *Microfísica do Poder***.** 3 ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *Ditos & escritos V - ética, sexualidade, política.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freire, R.P. Pitissi, C., Gonçalves, A. A., & Schout, D. (2012). Gestão de equipamentos médicos: o papel das práticas de qualidade em um hospital de excelência brasileiro *Revista de administração hospitalar e inovação em saúde- RAHIS*. Recuperado de http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1662/985.

Freitas, M.E. (2007).*Cultura Organizacional: evolução e crítica*. São Paulo: Thomson Learning.

Freitas, M.E. (2008 abr./jun). O imperativo intercultural na vida e na gestão contemporânea. *Organização & Sociedade:* 15(45): 83. Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/osoc/v15n45/v15n45a05.pdf

Gil, A. C. (2007). Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas.

Gilligan, C. (2003). *In a diferent voice.* 38 ed. Harvard University Press Cambridge: Massachusetts. ISBN 0-674-44543-0

Global Report Initiative – GRI (2016). *Consolidado de normas de relatórios de sustentabilidade.* Recuperado de https://www.globalreporting.org/standards/

Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Kenneth R., Pelletier, Ron L., Ballard, D. W., Grossmeier, J., Anderson, D. R., Yach, D., Kelly, R. K., McCalister, M. A., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L. G., Fries, J. F., Baase, C., Isaac, F., Crighton, A., Wald, P., Exum, E., Shurney, D., & Metz, D. (2014, September). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 56(9), 927–934. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000276. Retrieved from https://www.workhealthresearchnetwork.org/wp-content/uploads/2016/01/Do-Workplace-Health-Promotion-Wellness-Programs-Work.pdf

Goetzel, R.Z., Fabius, R., Fabius, D., Roemer, E.C., Thomton, N., Kelly, R.K.; & Pelletier, K.R. (2016). The stock performance of C. Everett Koop award winners compared with the Standard & Poor's 500 Index. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 58 (1), 9-15. Retrieved from http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2016/01000/The_Stock_Performance_of_C__Everett_Koop_Award.3.aspx

Goetzel, R. (2017, July). Entrevista com Ron Goetzel, PhD**.** *Worksite Health International*: 8, (2), 2-4. Retrieved from https://www.acsmiawhp.org/files/DOCUMENTLIBRARY/WSH_July_2017_Vol8-No2_Final.pdf

QSRINTERNATION. (2018) Products - Nvivo. Recuperado de: http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx>. Acesso em: 20.jan.2018.

Hall, R.H. (1978). *Organizações: estruturas e processos*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil.

Health Research & Educational Trust. (2014, october). *Hospital-based strategies for creating a culture of health*. Retrieved from www.hpoe.org/cultureofhealth.

Helman, C.G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas

Hirata, H. (2005). Globalização, trabalho e gênero. Revista Saúde Pública, 9(1) pp 111-128. Recuperado de http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770.

Hirata, H. & Guimarães, N. A. (2012) *Cuidado e Cuidadoras. As várias faces do trabalho care*. (Org) pp. 1-11. São Paulo: Atlas. ISBN 987-85-224-7380-9

Hofstede, G. Hofstede, G.J., & Minkov, M. (2010). *Culture and organizations: intercultural co-operation and its importance for survival.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill.

Institute of Healthcare Improvement (2016). *Better care for individuals, better health for populations, and lower per capita costs*. Retrivied from http://www.ihi.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx

Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (2017). *Tabelas CID-10*. Recuperado de: http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatsticas/tabelas-cid-10/

Jericó, M. C., Peres A.M., & Kurcgant, P. (2008). Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. *Rev. Esc. Enferm. USP:* 42 (3): 569-77. Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a21

Kinding**,** D. & Stoddart, G. (2003). What is population health? *Journal Public Health*, 93(3) 380-383.

Kuhnen, T. A. (2009). A ética do cuidado como alternativa à ética de princípios: divergências entre Carol Gilligan e Nel Noddings. *Ethic@*. Universidade Federal de Santa Catarina. (9), 155-168. Recuperado em 06.07.2017 de https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/viewFile/1677-2954.2010v9n3p155/21778.

Lang, J.; Cluff, L.; Payne, J.; (2017). The centers for disease control and prevention: findings from the national healthy worksite program. *Jornal of Occupational and Environmental Medicine*. Jul; 59 (7): 631-641.doi: 10.1097 / JOM.0000000000001045.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and pratices*. New York: Wiley.

Lewis, M.W. & Grimes, A.J. (2005, jan-mar) Metatriangulação: a construção de teorias a partir de múltiplos paradigmas. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 72-91. Recuperado em http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37104/35874

Limongi-França, A. C. (2001). *Interfaces da qualidade de vida no trabalho na administração de empresas: fatores críticos da gestão empresarial para uma nova competência*. Tese de Livre Docência. Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2009). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 4 ed. São Paulo: Atlas.

Lisboa, T.C. (2002, junho-julho). Breve história dos hospitais. *Revista Notícias Hospitalares* 37. Ano 4. Recuperado de https://pt.scribd.com/document/368454913/Breve-Historia-dos-Hospitais-1-pdf

Loeppke, R. (2008). The value of health and the power of prevention. International *Journal of Workplace Health Management*, 1(2), 95-108. Retrieved from http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17538350810893892

Malta, D. C., & Silva, J. B. Jr. (2013). O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 22*(1), 151 - 164. Recuperado de https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016

Malta, D. C., Dimech, C. P. N., Moura, L. de, & Silva. Jr., J. B. (2013). Balanço do primeiro ano da implantação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 22*(1), 171-178. Recuperado de https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100018

Malta, D.C.; Merhy, E.E. (2010). The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface – Comunicação, saúde, educação*. v.14, n.34, p.593-605. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf.

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. 6th ed. New York: Harper & Row, Publishers. ISBN: 9780060920241

Merthy E.E., & Cecílio L. C. O. (2003). O singular processo de coordenação dos hospitais. *Revista Saúde em Debate*. 22(64), 110-122. Rio de Janeiro. Recuperado de http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390409&indexSearch=ID

Milstein, M. B. & Hart, S. L. (2004). Criando Valor Sustentável. *GV-executivo, 3*(2).

Muzzio, H., & Costa, F.J. (2012). Para além da homogeneidade cultural: a cultura organizacional na perspectiva subnacional. *Cad. EBAPE*.mar;10 (1), 146-161**.** Recuperado em http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323227833009

Noddings, N. (2003). *O cuidado: uma abordagem feminina à ética e à educação* moral. **ISBN**: 85-7431-153-7. São Leopoldo: Unisinos.

Oliveira, S. G. (2007, abr-jun). Humanização da assistência: um estudo de caso. *Revista de Administração em Saúde.* 9(35) 55-62. Recuperado de http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-8919

Organização Pan-Americana da Saúde (2014). *Plano estratégico da Organização Pan Americana de Saúde, 2014-2019.* Recuperado de www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet Journal*. 377(9779), 1719-1806. Recuperado em 12 de setembro de 2017 de http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf.

Pascucci, L., & Meyer Jr. V. (2011). Formação de estratégias em sistemas complexos: estudo comparativo de organizações hospitalares sob a perspectiva prática. *XXXV Encontro da ANPAD.* Recuperado em 04 de janeiro de 2018 de http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ESO2036.pdf

Peçanha, D. & Lieth N. (2005). Organizações e saúde no trabalho - Subsídios sócio-históricos e psicodinâmicos. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. 25(3), 56-69. Academia Paulista de Psicologia São Paulo. São Paulo, Brasil.

Pellegrini, A. (2011) Intervenções individuais vs. intervenções populacionais. *Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde* (CEPI DSS) / ENSP – FIOCRUZ. Recuperado de http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/

Pires, J.C. de S., & Macêdo, K.B. (2006). Cultural organizacional em organizações públicas no Brasil. *Rev. Adm. Pública*. 40 (1), 81-105. Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf

Prochnow, A.G.; Leite, J.L.; Erdmann, A.L., & Trevisan, M.A. (2007). O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 41(4): 542-50. Recuperado em http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033292002

Quelch, J. A., & Boudreau, E. C. (2016). *Building a culture of health: a new imperative for business*. SpringerBriefs in Public Health. ISBN 978-3-319-43723-1

Rabacow, F. M., & Malik A. M. (2015). Estilo de vida: saúde, economia e produtividade. In., A. J. N. Ogata (Org). *Temas avançados em qualidade de vida* 3, 125-148. Londrina, Paraná, Brasil: Midiograf.

Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F, S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. 32 (1), 90 - 97. Recuperado de http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01345226589.pdf

Rivera F.J.U. (2003). Cultura e liderança comunicativa, pp. 185-218. In F.J.U. Rivera (Org.). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Roach S.M.S. (2002). *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Canadian Hospital Association Press: Ottawa.

Rocha, F.L.R.; Marziale, M.H.P.; Carvalho, M.C.de; Id, S.F.C., & Campos, M. C.T.de (2014). A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev. Esc. Enferm. USP;* 48(2): 308-14. Recuperado em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf

Roemer, E. C., Kent, K. B., Samoly, D. K., Gaydos, L. M., Smith, Kristyn J. B.A., Agarwal, A., Matson-Koffman, D. M., & Goetzel, R. Z. (2013, May). Reliability and validity testing of the CDC Worksite Health ScoreCard. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 55(5) 520-526. Retrivied from https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23618885.

Safeer, R.; Bowen W.; Maung, Z. and Lucik, M. (2018). Using the CDC worksite wealth ScoreCard to assess employer Health Promotion Efforts – A case study at Johns Hopkins Medicine. *American College of Occupational and Environmental Medicine.* Feb. 60 (2) 98-105. DOI: 10.1097 / JOM.0000000000001206

Santos, S.R. (2007 abr-jun). Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. *Cogitare Enferm*. 12(2), 229. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648983016

Schein, E. H. (2009). *Cultura Organizacional e Liderança*. 3 ed. São Paulo: Atlas.

Sikka, R. Morath, J.M., Leape, L. (2015). The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf.* Published Online First. DOI: 10.1136 / bmjqs-2015-004160

Soárez, P. C. de; Ciconelli, R. M.; Pavin, T.; Ogata, A. J. N.; Curci, K. A., & Oliveira, M. R. de. (2016). Cross-cultural adaptation of the CDC Worksite Health ScoreCard questionnaire into Portuguese. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 62(3), 236 - 242, São Paulo: Manole.

Spero, R. A., & Ledley, F. D. (2015) Making public health central to standards for corporate social responsibility. *Center for Integration of Science and Industry: Departments of Natural & Applied Science, Management.* Bentley University.

Stacey, R. D. (1996) *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berret-Koehler. ISBN 1881052893, 9781881052890.

Starfield, B. (2001) Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 55(7), 452-454. Retrieved from http://jech.bmj.com/content/jech/55/7/452.full.pdf

Stewart, W. F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with. *Journal of American Medicine*. 289(23), 3135 - 3144. doi:10.1001/jama.289.23.3135. Retrieved from http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196767

Sucupira A. C. S. L. (1982). *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras.* Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/cam-3853

Tamayo, A. (2004). *Cultura e Saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artemed.

Trindade, R. (2016) L. Foucault – conhecimento de si e cuidado de si**.** *Razão inadequada*. Recuperado em 03.07.2017 de https://razaoinadequada.com/2016/11/27/foucault-conhecimento-e-cuidado-de-si/.

Vaitsman, J. (2000). Cultura de organizações públicas de saúde- notas sobre a construção de um objeto. *Cad. Saúde Pública*; 16 (3): 847-50. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2970.pdf.

Vergara, S.C. (2006). *Métodos da Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.

Vegro, T.C., Rocha, F.L.R., Camelo, S.H.H., & Garcia, A.B. (2016). Cultura organizacional de um hospital privado. *Rev. Gaúcha de Enferm*. 37(2), e49776. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200401

Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, *24*(3), 414-418. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017.

Waldow, V. R. (2010). *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.* 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes.

Watson, J. B. (2007 jan-mar) Watson's theory of human caring and subjective living experiences. *Texto Contexto Enfermagem.* Florianópolis 16(1), 129-135. Recuperado em 06.072017 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext.

World Economic Forum. (2008). *Working towards wellness: the business rationale*. Retrieved from https://www.pwc.pl/en/publikacje/business_rationale.pdf.

World Health Organization. (2013) *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf

World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/

World Economic Forum (2017). *The global burden of non-communicable disease 2017*. Brasil. Retrieved from https://www.WEForum.org/pages/non-communicable-diseases-heat-map

Zoboli, E. L. C. P. (2004) A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Revista Escola de Enfermagem. USP* 38(1) 21-27. Recuperado em 06.07.2017 de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf.

APÊNDICE A

Roteiro semiestruturado

Entrevistador:

Hospital:

Dia:

Hora:

Preâmbulo:

Programas de saúde e bem-estar no local de trabalho referem-se a um conjunto coordenado e abrangente de estratégias que incluem programas, políticas, benefícios, suportes ambientais e orientações para a comunidade envolvida projetado para atender as necessidades de saúde e segurança de todos os funcionários e familiares. Alguns exemplos de estratégias e componentes de programas de saúde no local de trabalho incluem: orientações sobre educação em saúde; acesso às instalações para atividades físicas; políticas da empresa que promovam comportamentos saudáveis como o trabalho livre de tabaco; cobertura de seguro saúde para prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores; ambiente de trabalho saudável, livre de ameaças à saúde e segurança; práticas que busquem enfatizar alimentação saudável (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

1) Cargo:

2) Formação:

3) Gestor ( ) Membro do Comitê ( )

4) Qual a sua percepção sobre a implementação de ações voltadas para promoção de saúde e bem-estar?

5) Quais ações o hospital que você trabalha já implementou? Extensivas a família? Descrever

6) De que forma?

7) Como você percebe os resultados dessas ações?

8) Como são medidos ou monitorados?

9) Se sim, são publicados a todos os funcionários do hospital?

10) De que forma?

11) E quais impactos essas ações trazem para os funcionários e para o hospital?

12) Como são medidos ou monitorados?

13) Se sim, são publicados a todos os funcionários do hospital?

14) De que forma?

15) Sugestões

APÊNDICE B

Síntese do *teste t de student*

Síntese do teste T – Hospital A

Suporte organizacional

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	24,75	25
Variância	28,25	14,8
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	-0,0809865	
P(T<=t) uni-caudal	0,46929725	
t crítico uni-caudal	2,01504837	
P(T<=t) bi-caudal	0,93859451	
t crítico bi-caudal	2,57058184	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle de tabaco

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	8,5	11
Variância	27	9,6
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	-0,865160675	
P(T<=t) uni-caudal	0,217876576	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,435753152	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Nutrição

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	4	6,33333333
Variância	4,66666667	1,06666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	-2,0123585	
P(T<=t) uni-caudal	0,0572453	
t crítico uni-caudal	2,13184679	
P(T<=t) bi-caudal	0,11449059	
t crítico bi-caudal	2,77644511	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Atividade física

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	19,5	20,5
Variância	81	1,5
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	3	
Stat t	-0,22086	
P(T<=t) uni-caudal	0,419689	
t crítico uni-caudal	2,353363	
P(T<=t) bi-caudal	0,839377	
t crítico bi-caudal	3,182446	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do peso

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6,5	8,833333333
Variância	41	21,76666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	-0,626349624	
P(T<=t) uni-caudal	0,279283063	
t crítico uni-caudal	2,015048373	
P(T<=t) bi-caudal	0,558566126	
t crítico bi-caudal	2,570581836	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do estresse

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6,25	7,5
Variância	2,916666667	8,7
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	8	
Stat t	-0,846768686	
P(T<=t) uni-caudal	0,210865221	
t crítico uni-caudal	1,859548038	
P(T<=t) bi-caudal	0,421730442	
t crítico bi-caudal	2,306004135	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Depressão

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6,75	9,166666667
Variância	22,25	15,76666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	-0,844437354	
P(T<=t) uni-caudal	0,215400683	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,430801366	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle da pressão arterial

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	7,25	8,833333333
Variância	30,25	11,36666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	-0,514869228	
P(T<=t) uni-caudal	0,314294381	
t crítico uni-caudal	2,015048373	
P(T<=t) bi-caudal	0,628588761	
t crítico bi-caudal	2,570581836	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do colesterol

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	5,5	6,666666667
Variância	17	20,66666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	7	
Stat t	-0,420589238	
P(T<=t) uni-caudal	0,343333043	
t crítico uni-caudal	1,894578605	
P(T<=t) bi-caudal	0,686666086	
t crítico bi-caudal	2,364624252	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Diabetes

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	7	7,333333333
Variância	30	26,66666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	-0,096448564	
P(T<=t) uni-caudal	0,463152604	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,926305207	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Sintomas e sinais de AVC/Infarto

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	1,75	1
Variância	2,916666667	1,6
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	0,7515674	
P(T<=t) uni-caudal	0,243080269	
t crítico uni-caudal	2,015048373	
P(T<=t) bi-caudal	0,486160538	
t crítico bi-caudal	2,570581836	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Resposta à emergência em caso de AVC/AC

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	14	11,16666667
Variância	14,66666667	24,16666667
Observações	4	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	8	
Stat t	1,021431006	
P(T<=t) uni-caudal	0,168471076	
t crítico uni-caudal	1,859548038	
P(T<=t) bi-caudal	0,336942152	
t crítico bi-caudal	2,306004135	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Síntese do teste T – Hospital B

Suporte organizacional

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	21,66666667	22,33333333
Variância	9,333333333	27,86666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	7	
Stat t	-0,239387949	
P(T<=t) uni-caudal	0,408831477	
t crítico uni-caudal	1,894578605	
P(T<=t) bi-caudal	0,817662954	
t crítico bi-caudal	2,364624252	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle de tabaco

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	12	12,85714286
Variância	13	31,80952381
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	-0,287677981	
P(T<=t) uni-caudal	0,391635588	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,783271176	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Nutrição

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6	10
Variância	1	29,66666667
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	7	
Stat t	-1,870828693	
P(T<=t) uni-caudal	0,051775855	
t crítico uni-caudal	1,894578605	
P(T<=t) bi-caudal	0,10355171	
t crítico bi-caudal	2,364624252	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Atividade física

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	12	15,42857143
Variância	43	41,61904762
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	-0,761361446	
P(T<=t) uni-caudal	0,244427792	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,488855584	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do peso

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	7,666666667	10
Variância	20,33333333	3,666666667
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	2	
Stat t	-0,863511537	
P(T<=t) uni-caudal	0,239435414	
t crítico uni-caudal	2,91998558	
P(T<=t) bi-caudal	0,478870828	
t crítico bi-caudal	4,30265273	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do estresse

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	5,666666667	7,285714286
Variância	25,33333333	15,57142857
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	3	
Stat t	-0,495677383	
P(T<=t) uni-caudal	0,327079541	
t crítico uni-caudal	2,353363435	
P(T<=t) bi-caudal	0,654159083	
t crítico bi-caudal	3,182446305	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Depressão

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6	7
Variância	9	49,33333333
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	8	
Stat t	-0,315477521	
P(T<=t) uni-caudal	0,380235866	
t crítico uni-caudal	1,859548038	
P(T<=t) bi-caudal	0,760471732	
t crítico bi-caudal	2,306004135	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle da pressão arterial

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	11,66666667	12,28571429
Variância	10,33333333	22,9047619
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	-0,23886407	
P(T<=t) uni-caudal	0,409580279	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,819160559	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do colesterol

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	9	10,14285714
Variância	37	36,80952381
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	-0,272481081	
P(T<=t) uni-caudal	0,399369908	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,798739817	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Diabetes

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	9	9,142857143
Variância	37	45,14285714
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	-0,032963053	
P(T<=t) uni-caudal	0,487641653	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,975283305	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Sintomas e sinais de AVC/Infarto

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	1,333333333	2,571428571
Variância	5,333333333	2,619047619
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	3	
Stat t	-0,843995715	
P(T<=t) uni-caudal	0,230327365	
t crítico uni-caudal	2,353363435	
P(T<=t) bi-caudal	0,460654731	
t crítico bi-caudal	3,182446305	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Resposta à emergência em caso de AVC/AC

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	12,33333333	13,28571429
Variância	4,333333333	22,9047619
Observações	3	7
Hipótese da diferença de média	0	
gl	8	
Stat t	-0,43852901	
P(T<=t) uni-caudal	0,336302069	
t crítico uni-caudal	1,859548038	
P(T<=t) bi-caudal	0,672604138	
t crítico bi-caudal	2,306004135	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Síntese do teste T – Hospital C

Suporte organizacional

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	25,66666667	18
Variância	2,333333333	78,4
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	2,060481952	
P(T<=t) uni-caudal	0,042499865	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,084999731	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle de tabaco

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	13	11
Variância	49	32,8
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	3	
Stat t	0,428352937	
P(T<=t) uni-caudal	0,348643482	
t crítico uni-caudal	2,353363435	
P(T<=t) bi-caudal	0,697286964	
t crítico bi-caudal	3,182446305	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Nutrição

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6,333333333	5,5
Variância	6,333333333	9,1
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	0,437520509	
P(T<=t) uni-caudal	0,339993473	
t crítico uni-caudal	2,015048373	
P(T<=t) bi-caudal	0,679986946	
t crítico bi-caudal	2,570581836	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Atividade física

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	16,66666667	18
Variância	44,33333333	7,6
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	2	
Stat t	-0,332871333	
P(T<=t) uni-caudal	0,385442767	
t crítico uni-caudal	2,91998558	
P(T<=t) bi-caudal	0,770885534	
t crítico bi-caudal	4,30265273	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do peso

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	8,333333333	7,833333333
Variância	21,33333333	17,36666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	0,158069981	
P(T<=t) uni-caudal	0,441030306	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,882060612	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do estres

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	8	5,5
Variância	9	8,7
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	1,185113658	
P(T<=t) uni-caudal	0,150785064	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,301570127	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Depressão

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	3,333333333	2,4
Variância	2,333333333	1,8
Observações	3	5
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	0,875	
P(T<=t) uni-caudal	0,215484336	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,430968672	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle da pressão arterial

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	10	5,166666667
Variância	12	10,56666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	2,013694676	
P(T<=t) uni-caudal	0,057158151	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,114316301	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Controle do colesterol

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	6,666666667	3,833333333
Variância	4,333333333	11,36666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	1,55058896	
P(T<=t) uni-caudal	0,085989778	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,171979556	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Diabetes

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	9,666666667	4,5
Variância	10,33333333	18,7
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	5	
Stat t	2,017073609	
P(T<=t) uni-caudal	0,049870971	
t crítico uni-caudal	2,015048373	
P(T<=t) bi-caudal	0,099741942	
t crítico bi-caudal	2,570581836	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Sintomas e sinais de AVC/Infarto

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	1,666666667	0,833333333
Variância	2,333333333	1,766666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	4	
Stat t	0,804778475	
P(T<=t) uni-caudal	0,233029667	
t crítico uni-caudal	2,131846786	
P(T<=t) bi-caudal	0,466059335	
t crítico bi-caudal	2,776445105	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

Resposta à emergência em caso de AVC/AC

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias diferentes		
	Gestor	*Comitê*
Média	15	12,66666667
Variância	3	39,06666667
Observações	3	6
Hipótese da diferença de média	0	
gl	6	
Stat t	0,851382447	
P(T<=t) uni-caudal	0,213611941	
t crítico uni-caudal	1,943180281	
P(T<=t) bi-caudal	0,427223881	
t crítico bi-caudal	2,446911851	
< 0,05 rejeição da hipótese nula		
ou seja, não há diferença significativa (estatística)		

APÊNDICE C

Tabela 33:

Frequências da pontuação dos doze domínios por tipo de hospital obtidos do questionário da versão brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard (Brasil, 2016)

Domínios		**Hospital 1 (N=9)**		**Hospital 2 (N=10)**		**Hospital 3 (N=10)**	
	Peso	**Escore**		**Escore**		**Escore**	
Suporte organizacional	**das questões**	**Não (n, %)**	**Sim (n, %)**	**Não (n, %)**	**Sim (n, %)**	**Não (n, %)**	**Sim (n, %)**
1. Avaliou os interesses e as necessidades dos funcionários para planejar atividades de promoção da saúde?	1	3 (33,33)	6 (66,67)	--	10 (100,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
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?	3	5 (55,56)	4 (44,44)	3 (30,00)	7 (70,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
3. Demonstrou apoio e comprometimento organizacionais voltados à promoção da saúde no local de trabalho em todos os níveis hierárquicos?	2	1 (11,11)	8 (88,89)	3 (30,00)	7 (70,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
4. Usou incentivos combinados a outras estratégias, para aumentar a participação em programas de promoção da saúde?	2	6 (66,67)	3 (33,33)	5 (50,00	5 (50,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
5. Usou competições combinadas a outras intervenções, para apoiar os funcionários na realização de mudanças comportamentais?	2	8 (88,89)	1 (11,11)	8 (80,00)	2 (20,00)	9 (90,00)	1 (10,00)
6. Promoveu e divulgou estrategicamente programas de promoção da saúde para seus funcionários?	1	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	--	10 (100,00)
7. Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou 'histórias de sucesso' de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?	1	3 (33,33)	6 (66,67)	6 (60,00)	4 (40,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
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?	3	4 (44,44)	5 (55,56)	4 (40,00)	6 (60,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
9. Possuiu um comitê de promoção da saúde ativo?	2	2 (22,22)	7 (77,78)	2 (20,00)	8 (80,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
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?	2	1 (11,11)	8 (88,89)	--	10 (100,00)	--	10 (100,00)
11. Possuiu um 'líder' (ou mais de um) que fosse forte defensor do programa de promoção da saúde?	2	2 (22,22)	7 (77,78)	--	10 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
12. Possuiu um orçamento anual ou recebeu financiamento específico para programas de promoção da saúde?	2	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	--	10 (100,00)
13. Definiu objetivos anuais para a organização em termos de promoção da saúde?	2	4 (44,44)	5 (55,56)	2 (20,00)	8 (80,00)	--	10 (100,00)
14. Incluiu referências à melhoria ou à manutenção da saúde dos funcionários nos objetivos corporativos ou na missão da organização?	1	1 (11,11)	8 (88,89)	6 (60,00)	4 (40,00)	3 (30,00)	7 (70,00)

15. Conduziu avaliações contínuas da programação de promoção da saúde com a utilização de diferentes fontes de dados?	2	2 (22,22)	7 (77,78)	1 (10,00)	9 (90,00)	--	10 (100,00)
16. Disponibilizou algum programa de promoção da saúde para os familiares dos funcionários?	1	1 (11,11)	8 (88,89)	4 (40,00)	6 (60,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
17. Implantou políticas de horários de trabalho flexíveis?	2	8 (88,89)	1 (11,11)	9 (90,00)	1 (10,00)	--	10 (100,00)
18. Participou de outras iniciativas voltadas à saúde na comunidade e apoiou a participação de funcionários e o trabalho voluntário?	2	3 (33,33)	6 (66,67)	6 (60,00)	4 (40,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
Controle do tabaco							
19. Possuiu uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?	3	--	9 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
20. Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?	1	--	9 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
21. Colocou avisos (incluindo avisos de 'proibido fumar') com informações sobre a política antitabagismo?	1	2 (22,22)	7 (77,78)	--	10 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
22. Encaminhou os fumantes para serviços estaduais ou outros serviços para parar de fumar?	3	7 (77,78)	2 (22,22)	8 (80,00)	2 (20,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
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?	3	4 (44,44)	5 (55,56)	2 (20,00)	8 (80,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
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?	2	4 (44,44)	5 (55,56)	3 (30,00)	7 (70,00)	--	10 (100,00)
25. Forneceu ou promoveu aconselhamento gratuito ou subsidiado para parar de fumar?	2	3 (33,33)	6 (66,67)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
26. Informou aos funcionários sobre programas ou cobertura de planos de saúde que incluíam aconselhamento e medicação para parar de fumar?	2	4 (44,44)	5 (55,56)	5 (50,00)	5 (50,00)	5 (50,00)	5 (50,00)
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?	1	8 (88,89)	1 (11,11)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (100,00)
28. Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?	1	1 (11,11)	8 (88,89)	3 (30,00)	7 (70,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
Nutrição							
29. Disponibilizou locais para compra de alimentos e bebidas?	0	--	9 (100,00)	--	10 (100,00)	--	10 (100,00)
30. Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões nas cafeterias ou lanchonetes?	1	4 (44,44)	5 (55,56)	4 (40,00)	6 (60,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
31. Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões em máquinas automáticas de venda?	1	8 (88,89)	1 (11,11)	6 (60,00)	4 (40,00)	9 (90,00)	1 (10,000)
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?	3	8 (88,89)	1 (11,11)	7 (70,00)	3 (30,00)	--	10 (100,00)
33. Forneceu informações nutricionais (mais completas que os rótulos com informações nutricionais padrão) sobre sódio, calorias, gorduras trans ou gordura saturada para os alimentos e bebidas vendidos nas cafeterias, lanchonetes ou em outros pontos de compra?	2	7 (77,78)	2 (22,22)	9 (90,00)	1 (10,00)	--	10 (100,00)

34. Identificou opções de alimentos e bebidas mais saudáveis por meio de avisos ou símbolos?	3	6 (66,67)	3 (33,33)	7 (70,00)	3 (30,00)	--	10 (100,00)
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	--	9 (100,00)	8 (80,00)	2 (20,00)	--	10 (100,00)
36. Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões nas quais são servidos alimentos?	1	--	9 (100,00)	6 (60,00)	4 (40,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
37. Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?	1	4 (44,44)	5 (55,56)	2 (20,00)	8 (80,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
38. Disponibilizou ou promoveu uma 'feira livre', vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?	1	--	9 (100,00)	--	10 (100,00)	--	10 (100,00)
39. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios de se comer de forma saudável?	1	6 (66,67)	3 (33,33)	2 (20,00)	8 (80,00)	--	10 (100,00)
40. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre nutrição?	2	2 (22,22)	7 (77,78)	2 (20,00)	8 (80,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
41. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para alimentação saudável?	2	5 (55,56)	4 (44,44)	2 (20,00)	8 (80,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
Atividade física							
42. Disponibilizou instalações para a prática de atividade física no local de trabalho?	3	--	9 (100,00)	2 (20,00)	8 (80,00)	--	10 (100,00)
43. Subsidiou ou deu descontos no valor cobrado pelo uso das instalações para prática de atividade física no local de trabalho ou fora dele?	3	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	--	10 (100,00)
44. Disponibilizou outros tipos de suporte à atividade física ou recreativa?	3	1 (11,11)	8 (88,89)	3 (30,00)	7 (70,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
45. Colocou avisos em elevadores, portas de acesso às escadas e outros locais-chave, estimulando os funcionários a utilizar as escadas?	3	--	9 (100,00)	--	10 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
46. Proporcionou programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupo para funcionários (além do uso de instalações para prática de exercícios)?	3	--	9 (100,00)	3 (30,00)	7 (70,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
47. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios da atividade física?	1	4 (44,44)	5 (55,56)	3 (30,00)	7 (70,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
48. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre atividade física?	2	3 (33,33)	6 (66,67)	3 (30,00)	7 (70,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
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	1 (11,11)	8 (88,89)	6 (60,00)	4 (40,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
50. Disponibilizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de atividade física?	3	4 (44,44)	5 (55,56)	4 (40,00)	6 (60,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
Controle de peso							
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	4 (44,44)	5 (55,56)	1 (10,00)	9 (90,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
52. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de sobrepeso e obesidade?	1	7 (77,78)	2 (22,22)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)

53. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre controle de peso?	3	3 (33,33)	6 (66,67)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
54. Proporcionou aos funcionários acima do peso ou obesos aconselhamento gratuito ou subsidiado, individual ou em grupo, sobre estilo de vida?	3	2 (22,22)	7 (77,78)	1 (10,00)	9 (90,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
55. Realizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de peso?	3	2 (22,22)	7 (77,78)	2 (20,00)	8 (80,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
Gerenciamento de estresse							
56. Proporcionou espaços específicos para os funcionários realizarem atividades de relaxamento, tais como meditação, yoga ou biofeedback?	1	--	9 (100,00)	1 (10,00)	9 (90,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
57. Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?	1	--	9 (100,00)	5 (50,00)	5 (50,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
58. Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?	3	7 (77,78)	2 (22,22)	8 (80,00)	2 (20,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
59. Proporcionou programas sobre competências pessoais/ equilíbrio entre trabalho e vida pessoal?	3	3 (33,33)	6 (66,67)	6 (60,00)	4 (40,00)	5 (50,00)	5 (50,00)
60. Proporcionou aos gerentes treinamento para identificar e reduzir questões relacionadas ao estresse no local de trabalho?	3	6 (66,67)	3 (33,33)	2 (20,00)	8 (80,00)	5 (50,00)	5 (50,00)
61. Proporcionou oportunidades para que funcionários participassem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho?	3	7 (77,78)	2 (22,22)	6 (60,00)	4 (40,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
Depressão							
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?	3	8 (88,89)	1 (11,11)	5 (50,00)	5 (50,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
63. Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?	2	8 (88,89)	1 (11,11)	7 (70,00)	3 (30,00)	5 (50,00)	5 (50,00)
64. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem de depressão?	2	9 (100,00)	--	8 (80,00)	2 (20,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
65. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?	3	9 (100,00)	--	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
66. Proporcionou aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	3	3 (33,33)	6 (66,67)	3 (30,00)	7 (70,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
67. Proporcionou aos gestores treinamento sobre depressão no local de trabalho?	2	8 (88,89)	1 (11,11)	10 (100,00)	--	9 (90,00)	1 (10,00)
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	9 (100,00)	--	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
Pressão alta							
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	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
70. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de pressão alta?	1	6 (66,67)	3 (33,33)	4 (40,00)	6 (60,00)	7 (70,00)	3 (30,00)

71. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de pressão alta?	3	6 (66,67)	3 (33,33)	3 (30,00)	7 (70,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
72. Ofereceu aos funcionários com pressão alta ou pré-hipertensos monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	3	4 (44,44)	5 (55,56)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
73. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de pressão arterial?	3	7 (77,78)	2 (22,22)	2 (20,00)	8 (80,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
74. Disponibilizou aparelhos para monitoramento de pressão arterial com instruções para que os funcionários realizassem suas próprias medições?	2	9 (100,00)	--	6 (60,00)	4 (40,00)	9 (90,00)	1 (10,00)
75. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?	2	7 (77,78)	2 (22,22)	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
Colesterol Alto							
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	3 (33,33)	6 (66,67)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
77. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de colesterol alto?	1	9 (100,00)	--	4 (40,00)	6 (60,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
78. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de colesterol alto?	3	8 (88,89)	1 (11,11)	3 (30,00)	7 (70,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
79. Proporcionou aos funcionários com colesterol alto monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	3	4 (44,44)	5 (55,56)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
80. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de colesterol ou triglicerídeos?	3	8 (88,89)	1 (11,11)	3 (30,00)	7 (70,00)	9 (90,00)	1 (10,00)
81. Proporcionou plano de saúde com cobertura gratuita ou de baixo custo para compra de medicamentos para controle de colesterol ou triglicerídeos?	2	7 (77,78)	2 (22,22)	6 (60,00)	4 (40,00)	9 (90,00)	1 (10,00)
Diabetes							
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	3 (33,33)	6 (66,67)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
83. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de diabetes?	1	8 (88,89)	1 (11,11)	5 (50,00)	5 (50,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
84. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de diabetes?	3	8 (88,89)	1 (11,11)	5 (50,00)	5 (50,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
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?	3	3 (33,33)	6 (66,67)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
86. Ofereceu programas gratuitos os subsidiados de autogerenciamento para controle de diabetes?	3	5 (55,56)	4 (44,44)	3 (30,00)	7 (70,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
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	7 (77,78)	2 (22,22)	6 (60,00)	4 (60,00)	8 (80,00)	2 (20,00)
Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco							

88. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de ataque cardíaco e comunicando que ataques cardíacos devem ser tratados como emergência?	1	7 (77,78)	2 (22,22)	5 (50,00)	5 (50,00)	7 (70,00)	3 (30,00)
89. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e comunicando que acidentes vasculares cerebrais devem ser tratados como emergência?	1	8 (88,89)	1 (11,11)	5 (50,00)	5 (50,00)	9 (90,00)	1 (10,00)
90. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de ataque cardíaco por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?	1	6 (66,67)	3 (33,33)	4 (40,00)	6 (60,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
91. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de acidente vascular cerebral por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?	1	5 (55,56)	4 (44,44)	4 (40,00)	6 (60,00)	5 (50,00)	5 (50,00)
Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco							
92. Possuiu um plano de resposta de emergência para casos de acidente vascular cerebral e ataques cardíacos graves?	2	1 (11,11)	8 (88,89)	2 (20,00)	8 (80,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
93. Possuiu uma equipe de resposta às situações de emergência médica?	2	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	--	10 (100,00)
94. Proporcionou acesso a curso de treinamento reconhecido nacionalmente em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), que incluísse treinamento para o uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA)?	3	1 (11,11)	8 (88,89)	1 (10,00)	9 (90,00)	1 (10,00)	9 (90,00)
95. Possuiu uma política exigindo um número adequado de funcionários por andar, unidade de negócios ou turno com certificação em RCP/DEA, de acordo com as leis estaduais e federais?	2	3 (33,33)	6 (66,67)	1 (10,00)	9 (90,00)	2 (20,00)	8 (80,00)
96. Possuiu um ou mais DEAs instalados e em funcionamento?	3	1 (11,11)	8 (88,89)	2 (20,00)	8 (80,00)	3 (30,00)	7 (70,00)
97.Possui um número adequado de unidades de DEA de forma que fosse possível chegar até a pessoa em um período de 3-5 minutos após o evento?	2	2 (22,22)	7 (77,78)	3 (30,00)	7 (70,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
98. Identificou a localização de DEAs com cartazes, avisos, sinalizadores, ou outras formas de comunicação que não o próprio DEA?	1	6 (66,67)	3 (33,33)	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)
99. Realizou manutenção ou testes de rotina em todos os DEAs?	1	2 (22,22)	7 (77,78)	4 (40,00)	6 (60,00)	4 (40,00)	6 (60,00)
100. Forneceu informações aos Serviços Médicos de Emergência Médica de sua comunidade local para que eles estivessem cientes de que havia um DEA no local para atendimento de emergência?	1	4 (44,44)	5 (55,56)	7 (70,00)	3 (30,00)	7 (70,00)	3 (30,00)

APÊNDICE D
Entrevistas

- Categoria: Ações de promoção de saúde e bem-estar

1.a-Subcategoria – Ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos Colaboradores

<Internas\\H_A_Comitê_Categ> **- § 7 referências codificadas [33,63% Cobertura**]

... "*busca entender o conceito ampliado de saúde, o que permite avaliar outros temas. A consulta médica visa o bem-estar do colaborador, que contemplam questões motivacionais para o aumento da qualidade de vida. A nutrição e psicologia são setores responsáveis pelo Programa Coaching. Toda equipe recebeu formação em coaching...[...]...Posso citar alguns itens que são trabalhados, sendo que todas essas atividades contam para o Programa Variável de Remuneração: alimentação saudável; perda de peso; consumo excessivo de álcool; parar de fumar; estresse; sono; atividade física*". (entrevistado comitê 3-Hospital A, 2017).

... *"aqui realizo consultas nutricionais incluindo avaliação nutricional com bioimpedância. Também faço acompanhamento de gestantes, no programa GERAR, com palestras específicas tendo no hospital uma sala de apoio à amamentação, onde as nutrizes podem retirar o leite e armazená-lo sob refrigeração e daí depois do horário de trabalho, a mãe pode levar o leite*" ... (entrevistado comitê 4-Hospital A, 2017).

... "*o serviço social acompanha os colaboradores com doenças crônicas via telefone quando estão em casa, e acompanha colaboradores quando internados que nem sempre acontece no hospital. Orienta também os colaboradores para o afastamento previdenciário. Outro benefício existente é o auxílio creche e a assistência ao acidente de trabalho*" (entrevistado comitê 8-Hospital A, 2017).

... "*faço acompanhamento aos colaboradores internados, fazendo abordagem telefônica nos hospitais aonde estão... [...]. acompanho os pacientes que estão em home care, criando um vínculo entre o colaborador para verificar se a empresa prestadora de serviço está cumprindo seu papel... [...]... existe também o. acompanhamento da saúde mental realizado*

por psicólogo e médico do ambulatório com especialização em saúde mental" ... (entrevistado comitê 7-Hospital A, 2017).

... "*em relação aos colaboradores, nosso ponto forte é a comunicação e a humanização do cuidado... [...]., os médicos fazem contato telefônico com os colaboradores, e, portanto, os mesmos se sentem acolhidos. O tratamento é igual para todos, independentemente da categoria profissional ou do cargo que ocupa"* .... (entrevistado comitê 6-Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> **- § 7 referências codificadas [29,27% Cobertura]**

... "para funcionários temos o programa de internalização, no qual os pacientes colaboradores são internados em nosso hospital, onde há uma ação mais direta sobre os custos e cuidados. Isso fez com que o plano de saúde passasse de pré para pós pagamento... [...]...programa de gestante – Gestar: Pré-natal e benefícios... [...]...programa de crônicos, são selecionam os colaboradores com doenças crônicas em que se monitoram por exemplo, cardiopatas, hipertensos, pacientes com dislipidemias, diabetes, ICC, obesidade, asma, por meio de banco de dados e o inserem nos programas de acompanhamento por meio de contatos mensais executados por enfermeiros pelo Sistema Prochaska ... [...]...programa coluna ativa, que visa atitude postural por meio de reeducação postural clínica – RPG... [...]...programa psicossocial com atendimento sigiloso em que num primeiro momento há um atendimento interno, e depois colaborador é referenciado à rede do SUS... [...]...programa de medicina ocupacional no qual os colaboradores fazem um atendimento prévio nesse setor"... (entrevistado comitê 1-Hospital B, 2017).

... "programa tabagismo que atende somente funcionários. Formam grupos para reuniões com a psicóloga, onde são acompanhados por seis meses. O nosso hospital arca com os custos do tratamento (medicação e exames) ... [...]...programa de exames para detecção precoce de câncer: o colaborador tem direito a realizar esses exames uma vez ao ano, gratuitamente... [...]...programa nutricional – Compasso ... [...]... ginástica laboral" ... (entrevistado comitê 2-Hospital B, 2017)

... "*projeto coaching realizado individualmente e em grupo, o qual busca trabalhar aspectos do desenvolvimento pessoal e profissional para os colaboradores fora do horário de trabalho"* ... (entrevistado comitê 3-Hospital B, 2017)

... "ações de bem-estar, em que se inclui dança, alongamento, ginástica, semana da mulher, dia das mães, aulas de violão... [...]...A consultoria interna também atua nas áreas de avaliação de desempenho, liderança, clima organizacional, dentre outros. A partir de novembro de 2016, nós assumimos as ações de bem-estar que até então estavam com a medicina do trabalho" ... (entrevistado comitê 6-Hospital B, 2017).

... "*ações para colaboradores voltadas ao bem-estar: mente, corpo e espírito, como teatro, maquiagem, terapias complementares: reike, acupuntura, essas duas que serão implantadas, meditação, massagem e o programa despertar -conexão com propósito de vida de cada um, onde se tem um olhar individualizado*" ... (entrevistado comitê 7-Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> **- § 3 referências codificadas [39,55% Cobertura]**

Referência 1 - 5,34% Cobertura

... "*as ações de promoção de saúde baseiam-se em vincular os núcleos familiares ao médico de família. Outras ações a serem implementadas visam os protocolos de exames de prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como o acesso de colaboradores à psicologia e nutricionista. Questões vinculadas à saúde mental também serão implementadas. As atividades físicas funcionais visam trazer para o local de trabalho oportunidade de acesso aos colaboradores... [...]...todas essas ações visando a tríade Conforto-Segurança-Produtividade"* ... (entrevistado gestor 1-Hospital C, 2017).

... "*programa (*aqui apresenta o nome do programa do hospital) *que na sua concepção é um amplo guarda-chuva, vai desde assistência à atenção primária até a alta complexidade, passando por iniciativas que visam a qualidade de vida ... [...]... os colaboradores portadores de patologias de alto custo como oncologia, ortopedia, buco-maxilo são trazidos para dentro do hospital e passam por um segundo parecer do nosso médico* especialista *[...]... Corrida e caminhada, Redução de peso e educação alimentar, Estúdio funcional (atividades físicas), Convênio com Academias para unidades externas, Ginástica laboral, Núcleo de cuidados integrados (p/ex. Reike), Programa antitabagismo, Núcleo de álcool e drogas, Hipertensão e diabetes, dentro da atenção primária, Núcleo de saúde mental (stress, depressão, burnout) ... [...]... o próximo passo é trabalhar as questões voltadas ao presenteísmo e produtividade*

*relacionando às variáveis multipresenciais e multifatoriais... [...]... todas as ações referentes ao programa (*aqui apresenta o nome do programa do hospital)*, foram implementadas de maneira gradativa, com total apoio da gestão superior de maneira topdwn, com efeito cascata aos seus subordinados"...* (entrevistado gestor 2-Hospital C, 2017).

... "*no programa os colaboradores passam pelo médico da família, e dependendo do diagnóstico clínico, passam com o médico do programa* (aqui apresenta o nome do programa do hospital)*, que é responsável pela regulação do programa, ou seja, se o indivíduo vai ser tratado na rede ou internamente no hospital... [...]...existem diversos tipos de programa de qualidade de vida, que buscam integrar as ações classificadas em eixos: cultura, família, bem-estar, atividades físicas, gestante, banda, teatro, corrida, passeio ciclístico, ginástica laboral, reeducação alimentar em fase de reformulação, ambulatório, reconhecimento por tempo de casa em que os colaboradores são homenageados por tempo de casa 10, 15, 20 25, 30, 35 ou mais, casa do colaborador em que há sessões de shiatsu, salão de cabelereiro, sala de jogos... [...]...dormitório contendo sete beliches, onde o colaborador sem agendamento prévio poderá solicitar lençol, cobertor e travesseiro, tendo seu tempo livre para descanso, estúdio de treinamento funcional onde se pratica ioga, aulas de fortalecimento, e fisioterapia, sendo este último às terças e quintas feiras gratuito, festival de jogos nas modalidades de futebol, vôlei, tênis de mesa, sendo que hospital loca quadras para prática de esportes todas as sextas feiras com professor de educação física, coral, concurso de talentos que contempla canto e dança... [...]... também um programa denominado leitura compartilhada em que as pessoas podem retirar os livros à base de confiança.* (entrevistado gestor 3-Hospital C, 2017).

1.b-Subcategoria: Ações de promoção à saúde e bem-estar destinadas aos familiares

<Internas\\H_A_Comitê_Categ> - § 5 referências codificadas [10,19% Cobertura]

... "*são feitos workshops extensivos a familiares e atendimento de coaching, de bem-estar e saúde, onde se busca mudanças de comportamento ...[...]...quando os familiares precisam de atendimento psicológico, ele é atendido no hospital e se for o caso encaminhado para rede referenciada*" (entrevistado comitê 3-Hospital A, 2017).

... "nos Workshops de nutrição o colaborador se inscreve e pode trazer um familiar que acontece de duas a três vezes ao ano, com temas, por exemplo, como cozinhar com menos sal. Nesse caso o familiar pode acompanhar o colaborador nas palestras e nas aulas práticas ...[...]... improvisa-se um ambiente no trabalho para realização desta atividade de preparo e degustação liderados pelo nutricionista e chefe de cozinha... [...]... no que diz respeito a atendimento nutricional só é possível atender colaborador, mas se procura ajudar quando se trata de familiares" (entrevistado comitê 4-Hospital A, 2017).

... "*no serviço social, ações referentes ao Programa à Gestante extensivo às esposas dos colaboradores ... [...]... atendimento à família, quando da internação de colaboradores, em home care ou afastamentos orientando e intermediando os atendimentos voltados à saúde do paciente em que se prioriza olhar social para a família... [...]...auxilia nos processos de perícia do INSS/Seguro de vida*" (entrevistado comitê 8-Hospital A, 2017)

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 3 referências codificadas [13,25% Cobertura]

... "*programa psicossocial para familiares e colaboradores, em que o psicólogo do hospital trabalha em parceria com uma empresa prestadora de serviços"* (entrevistado comitê 1-Hospital B, 2017).

... "programa da gestante chamado Gestar que atende esposas dos colaboradores, em que o acompanhamento acontece por meio do relatório do obstetra" ... [...]...programa de doenças crônicas para familiares onde o atendimento é oferecido pelo plano de saúde, por telefone, sendo que o hospital tem intenções de implantar esse programa de forma presencial" (entrevistado comitê 2-Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> - § 2 referências codificadas [29,73% Cobertura]

... "*as ações do Programa* (aqui apresenta o nome do programa do hospital) *baseiam-se em vincular os núcleos familiares ao médico de família... [...]...existe uma equipe especializada no suporte ambulatorial interno, também extensivo à família e nas especialidades nas áreas de psiquiatria, pediatria e outros profissionais como psicólogo, nutricionista, enfermeiras de família que também acompanham as gestantes... [...]... todos os casos mais complexos de especialidades de cardiologia, neurocirurgia que não tem no ambulatório são tratados pelos*

médicos especialistas do próprio hospital, pois no programa não se prevê essas duas especialidades e o repasse desse custo é feito pelo hospital à esses médicos especialistas" ... (entrevistado gestor 1-Hospital C, 2017).

... "*programa* (aqui apresenta o nome do programa do hospital), *destinado aos colaboradores e extensivo às famílias... [...]... os pacientes passam pelo médico de família, e dependendo do diagnóstico clínico, passam com o médico do programa, que é responsável pela regulação do programa, ou seja, se o indivíduo vai ser tratado na rede ou internamente no hospital"* ... (entrevistado gestor 2-Hospital C, 2017).

... "*existem diversos tipos de programas voltados à qualidade de vida, extensivos aos familiares que buscam integrar as ações... [...]... excursões para 'Hopi-Hari', por exemplo, fechamento de sessões de cinema, 'Parque da Mônica', concurso de mães e pais, denominado sabedoria dos pais, onde os ganhadores são premiados com pacote de transformação... [...]... creche gratuita para filhos de colaboradores que compreendem a faixa etária de quatro meses a quatro anos, onde há 160 crianças matriculadas, localizada próximo ao hospital*" ... (entrevistado gestor 3-Hospital C, 2017).

1.c - Subcategoria: Percepção das ações de promoção à saúde

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 4 referências codificadas [18,06% Cobertura]

... "*é necessário que as organizações tenham ambientes saudáveis para que os processos possam ser desenvolvidos de maneira adequada e os colaboradores percebem isso... [...]... essas ações trazem retorno a longo prazo, principalmente quando as DCNT diminuem e os custos com saúde como consequência também diminuem"* ... (entrevistado gestor 1-Hospital A, 2017).

... "*acredito serem muito importantes, pois traz satisfação aos colaboradores... [...]... trabalho na área há 23 anos e percebo bem a diferença quando se prioriza esse tipo de ação... [...]... quando entrei aqui só havia medicina do trabalho e hoje a área se transformou nesse* (aqui apresenta o nome do comitê do hospital), *sendo que toda equipe multiprofissional trabalha em conjunto identificando os problemas ... [...]...trabalho com a parte burocrática do RH...esse é outro mundo...afastamento por licença doença... [...]...acredito que o absenteísmo*

é um indicador muito importante, pois faço parte do grupo de Hospitais G-8, onde desde 2014 existe a preocupação com o absenteísmo... [...]... meu trabalho principal é identificar os centros de custo que apresentam os maiores índices de absenteísmo. ... [...]... a questão do presenteísmo em algumas áreas é possível identificar... [...]... há um reconhecimento por parte do colaborador com essas ações por parte do hospital que se mostra extremamente presente... [...]... Ponto forte para o processo de seleção no Hospital é o (aqui apresenta o nome do comitê do hospital)*"* ... (entrevistado gestor 3-Hospital A, 2017).

... "programa responsável pela de promoção de saúde e bem-estar foi estruturado em 2009 e posto em ação em 2010... [...]... tive uma visão de usuária e agora de gestora... [...]... adquiri maior maturidade e engajamento para a melhoria das atividades propostas e percebi que tive dificuldades na implantação novas ações, pois as pessoas ficam mais exigentes... [...]... há uma maior exigência da Superintendência quanto ao valor financeiro dispendido e necessidade de se avaliar constantemente se as ações estão sendo efetivas e aceitas e a relação custo-benefício, pois há limitação no orçamento" ... (entrevistado gestor 4-Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 6 referências codificadas [15,56% Cobertura]

... "minha percepção é que os hospitais começam a perceber a importância desses programas para funcionários, pois têm como foco principal diminuir a utilização de Convênios Médicos" .... (entrevistado comitê 2-Hospital B, 2017).

... "*a área de bem-estar no final de 2016 veio para nós como consultoria interna, fortalecendo o olhar para ao corpo, mente e espírito. Isso denota uma visão mais ampla, em que a medicina é vista de maneira mais integrativa. A proposta de acrescentar a arteterapia como uma ferramenta de promoção de saúde visa complementar o trabalho"* ... (entrevistado comitê 3-Hospital B, 2017).

... "*são extremamente importantes, pois visam o bem-estar dos colaboradores no sentido de melhorar a qualidade de vida, diminuir o absenteísmo, diminuir afastamentos, aumentando assim a produtividade"* ... (entrevistado comitê 4-Hospital B, 2017).

... "acho que estamos num momento de transição... [...]... as ações de bem-estar vieram para consultoras internas há cinco meses, em que o nosso foco é mente-espírito-corpo... [...]... houve uma pesquisa no ano passado que foi aplicada para se determinar o diagnóstico, e com ela pudemos detectar algumas necessidades como reformular espaço físico e algumas ações, sendo que algumas delas já estão em prática... [...]...atualmente, estamos fazendo relação destes dados com os da medicina, para compor um diagnóstico sobre as ações de bem-estar" ... (entrevistado comitê 5-Hospital B, 2017).

... "*ao meu ver, há muitas diferenças... [...]... promoção de saúde no hospital tem algumas ações, mas não há a adesão necessária por parte dos colaboradores... [...]... antes fazia parte da Medicina Ocupacional, e agora como estamos num momento de transição é necessário realinhar essas ações... [...]... bem-estar deve ter caráter preventivo em que se procura trabalhar com qualidade de vida (corpo, mente e espírito) e a medicina com caráter de promoção à saúde... [...]... ao meu ver, é necessário ter uma visão mais integrada e compartilhada dessas ações"* ... (entrevistado comitê 6-Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 6 referências codificadas [12,25% Cobertura]

... "estou há quatro meses no hospital e vejo de forma muito positiva e sinto uma crença verdadeira no trabalho realizado... [...]... a equipe é bastante coesa e motivada, sendo a experiência vivida com bastante encantamento, o que procura mudar a relação com o colaborador" ... (entrevistado comitê 2-Hospital C, 2017).

... *"acho fundamental a implementação dessas ações. Além de cuidar, evita que a pessoa fique doente, agindo de forma preventiva. Vejo diferença de paradigma após a implementação do programa... [...]... antes não haviam o número de médicos que hoje há, onde trabalhamos atualmente com médicos de família"* ... (entrevistado comitê 3-Hospital C, 2017).

... *"para os colaboradores que atuam na equipe assistencial essas ações voltadas para a promoção de saúde bem-estar são mais presentes"'...* (entrevistado comitê 4-Hospital C, 2017).

... *"vejo algumas coisas melhorando, por exemplo, a academia, a casa do colaborador... [...]... vejo programa em evolução com suporte excelente"* ... (entrevistado comitê 5-Hospital C, 2017).

... "*acho positiva a implementação de ações voltadas à promoção de saúde e vejo que funciona. A ideia inicial da implementação dessas ações veio da área de plano de saúde, tendo com percepção inicial que a implementação de promoção de saúde visava otimizar recursos e não diminuir o gasto... [...]... tudo isso com o intuito de melhorar o serviço e coibir o aumento do gasto e a mudança de paradigma do binômio saúde-doença*" ... (entrevistado comitê 7-Hospital C, 2017).

2 - Categoria: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar

2.a-Subcategoria: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar destinadas aos colaboradores/familiares

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 1 referência codificada [4,62% Cobertura]

... "*um dos programas mais antigos aqui implementados foi a política do anti-tabaco e sei que vários funcionários pararam de fumar*" ... (entrevistado comitê 4- Hospital B, 2017).

... *"para mim o principal ganho é a integração dos colaboradores, as questões voltadas à humanização, comprometimento e engajamento, em que há preocupação com o bem-estar e saúde dos mesmos...[...]...colaboradores se sentem cuidados"* ... (entrevistado comitê 6-Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 4 referências codificadas [6,71% Cobertura]

... *"posso dizer que 50% das consultas saíram do atendimento via rede de convênio...[...]... posso afirmar por meio da "rádio peão", onde os funcionários atestam sua satisfação...[...]...pronto atendimento para os colaboradores acontece de segunda à sexta feira das 7:00h às 22:00h"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital C, 2017).

... "*programa facilita a vida das pessoas, evitando atendimento na rede"* ... (entrevistado comitê 5- Hospital C, 2017).

... "*percebo que essas ações têm ajudado os colaboradores a cuidarem da sua saúde, facilitando o acesso, fazendo com que os mesmos se sintam mais valorizados dentro da instituição, porém alguns colaboradores como os da hospedagem-limpeza, vejo que não conseguem se sensibilizar com o programa, pois percebo menor adesão dos mesmos nessas ações. É preciso trabalhar melhor a cultura para que os mesmos se sintam parte integrante do grupo"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital C, 2017).

2.b-Subcategoria: Resultados das ações de promoção de saúde e bem-estar para os hospitais

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 1 referência codificada [1,80% Cobertura]

... "por conta das ações do (aqui apresenta o nome do comitê do hospital) avaliadas de 2011 a 2014, os planos de saúde ficaram quatro anos sem reajuste. Em 2015 foi feita mudança na forma de administração do plano de saúde, ficando na modalidade pós pagamento" ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 1 referência codificada [3,30% Cobertura]

... "*foco do absenteísmo são os Atestados Médicos, e também se realiza mapeamento sobre engajamento em que se procura avaliar questões voltadas à liderança, gestão de desempenho, comunicação e suporte da instituição...[...]...os índices de absenteísmo e afastamento diminuíram"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 4 referências codificadas [8,72% Cobertura]

... *"existem indicadores do programa (nome do programa), por meio deles observa-se redução na quantidade de consultas à especialistas na rede de convênio, diminuição no número de cirurgias com especialistas dos convênios, e indicadores da medicina do trabalho, os quais o Dr. (nome do responsável), que é o superintendente de Saúde da Instituição está à frente desta mudança. Percebe-se maior rigor na obtenção dos dados e ênfase nos registros dos mesmos...[...]...há também uma melhora no controle do PCMSO"*. ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... *"percebo os resultados dessas ações por meio da diminuição dos afastamentos, onde*

o colaborador prefere o acompanhamento com médico de família...[...]...maior eficiência dos atendimentos como por exemplo, em casos de cirurgias ortopédicas que tem indicação na rede, aqui, em muitos casos o tratamento é feito de forma não invasiva e obtém-se a recuperação do colaborador" .... (entrevistado comitê 3- Hospital C, 2017).

... *"antes do programa, o absenteísmo era bem maior, percebendo-se agora essa diferença, por meio de controles*" ... (entrevistado comitê 4- Hospital C, 2017).

... *"na área de superintendência de saúde, existe um segmento em que a intenção é oferecer o programa de saúde corporativa às empresas de qualquer ramo de negócios. A área de medicina do trabalho aproveita o momento para oportunizar saúde. Com o monitoramento, pressupõe-se a diminuição dos custos"* .... (entrevistado comitê 7- Hospital C, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> - § 2 referências codificadas [8,80% Cobertura]

...*"percebo os resultados por meio da diminuição das taxas de absenteísmo, melhoria do clima organizacional, diminuição do turn over e sinistralidade, resultados obtidos por meio de pesquisas... [olha por aí]"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital C, 2017).

... *"do ponto de vista assistencial, nosso objetivo é medir os indicadores clínicos, avaliando os impactos dos sinistros na carteira do programa...[...]... tivemos uma diminuição no tempo médio de internação, diminuição das internações dos casos das DCNTs -, diminuição de internação nos casos de bebês prematuros, diminuição do tempo médio de internação de prematuros e diminuição de absenteísmo"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017).

3 - Categoria: Métrica dos resultados

3.a- Subcategoria: Existência

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 5 referências codificadas [19,80% Cobertura]

... *"desde 2010 os resultados são mensuráveis acompanhados pelo método de 'Coorte' por meio de indicadores de saúde, denominado saudômero- melhorar risco cardiovascular, risco de diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral e doenças mentais...[...]...avalia-se como o colaborador enxerga seu estilo de vida por meio da Plataforma (nome da plataforma),*

com tópicos que incluem nutrição, álcool, tabagismo, doença mental...[...]...esse retorno do questionário é automático, fornecido individualmente a cada colaborador." (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

... *"vejo as ações direcionadas a uma reflexão e postura individual dos colaboradores...[...]...sistema (nome do sistema) entrega uma devolutiva individual aos colaboradores, permitindo sua autoanálise, mas não monitora, só dá um diagnóstico...[...]...falta ainda conhecimento da medição...[...].... necessidade de maior controle, sendo que ainda não vi controle dos indivíduos crônicos"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital A, 2017).

... *"acompanho indicador de absenteísmo e o (nome do centro) fica com o estudo mais aprofundado. Não tenho acesso a plataforma (nome da plataforma) populacional. Tem acesso ao Sistema de Administração de Pessoal e Medicina do trabalho"* ... (entrevistado gestor 3- Hospital A, 2017).

... *"os resultados são mensuráveis por meio de indicadores: como o colaborador enxerga seu estilo de vida por meio da plataforma, com tópicos que incluem nutrição, álcool, tabagismo, doença mental...[...]....a partir de outubro de 2016 o retorno dos resultados individuais passou a ser "mobile", sendo que esse aplicativo fornece dicas sobre os resultados para cada colaborador...[...]....esse questionário referente ao aplicativo foi traduzido e adaptado do 'Shala', e aqui passou a se chamar (nome do aplicativo) ...[...]....questionário é aplicado desde 2010 e gera um índice do estilo de vida saudável, por exemplo 70% de estilo de vida saudável...[...]....geram resultados finais que proporcionam um acompanhamento individual de cada colaborador, sendo que o preenchimento efetivo desses questionários é acompanhado nas consultas periódicas...[...]....questionário tem como objetivo medir a disposição que o colaborador tem para mudança de comportamento. É importante frisar que o (nome do centro) gerencia o custo do programa por meio dos indicadores, bem como acompanhamento dos serviços prestados pelos planos de saúde"* ... (entrevistado gestor 4- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 1 referência codificada [13,27% Cobertura]

... *"pesquisa de satisfação e engajamento é realizada a cada dois anos pela área interna*

de consultoria de gestão de pessoas e reflete no turn over e absenteísmo que é nosso ponto crítico...[...]...nessa pesquisa de satisfação são avaliados aspectos quantitativos e qualitativos. ...[...]... questões sobre rotatividade e absenteísmo são monitoradas mensalmente...[...]...entrevistas de desligamento realizadas por mim para os colaboradores que pedem demissão também é uma forma de monitoramento...[...]...para a demissão também são analisados protocolos por meio de dados financeiros do plano de saúde" ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 3 referências codificadas [4,24% Cobertura]

... "*essas evidências são monitoradas por meio de indicadores de atendimentos ambulatoriais, número de exames e cirurgias"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... "*os resultados podem ser medidos por meio de um sistema chamado (nome do sistema), que monitora os atendimentos diariamente...[...]...a coordenadora da regulação, tem o censo dos colaboradores internados como os produtos de consultas e de exames destinados à colaboradores que são notificados mensalmente...[...]...houve também economia na mudança do plano de saúde de pré-pago para pós-pago, cerca de 14 milhões...[...]...a cada três meses há um encontro com os colaboradores do HSL, onde as pessoas falam sobre o atendimento do programa"...* (entrevistado comitê 3- Hospital C, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> - § 2 referências codificadas [4,92% Cobertura]

... "*são medidos por meio de indicadores assistenciais e de custo...[...]...também indicadores de sinistralidade são utilizados, sendo estes mais fáceis de se observar"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital C, 2017).

... *"existem indicadores de frequência das ações. Em algumas das ações são entregues instrumentos para avaliação. Há também o trabalho da ouvidoria, pesquisa de engajamento que foi criado, por exemplo, em tempos de crise...[...]... 'face-to-face' também é levado em conta nessa avaliação"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017).

3.b- Subcategoria: Inexistência

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 2 referências codificadas [0,50% Cobertura]

... "*minha percepção é que ainda não são medidos ou monitorados"* ... (entrevistado comitê1- Hospital B, 2017).

... "*ainda não são monitorados"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 1 referência codificada [0,92% Cobertura]

... "*quanto aos resultados não tenho métricas nem indicadores"* ... (entrevistado gestor 3- Hospital B, 2017).

4-Categoria: Divulgação dos resultados das ações de promoção de saúde implementadas

4.a- Subcategoria: Existência de divulgação

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 3 referências codificadas [3,38% Cobertura]

Referência 1 - 1,63% Cobertura

... "*são publicados e comunicados pela revista* (nome da revista) *que tem publicação bimestral...[...] na semana bem-estar em que todos os funcionários são convidados são apresentados alguns resultados"* ... (entrevistado gestor 1-Hospital A, 2017).

... "*torna-se público por meio das consultas realizadas ao* (nome do Centro)" ... (entrevistado gestor 2-Hospital A, 2017).

... "*em 2016, no Workshop realizado foram divulgados os percentuais de absenteísmo aos gerentes, supervisores coordenadores de áreas e aos líderes"* (entrevistado gestor 3-Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 2 referências codificadas [4,53% Cobertura]

... "*por meio de pesquisa de clima organizacional em que questões voltadas ao absenteísmo são publicadas em cada área no quadro de gestão de pessoas a vista de todos os colaboradores...[...]dados de assistência médica são divulgados e discutidos no Comitê de*

Saúde formado por equipe multiprofissional" ... (entrevistado gestor 2-Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 4 referências codificadas [5,38% Cobertura]

... *"são publicados aos colaboradores, em que houve uma divulgação em evento realizado no congresso de Qualidade de Vida...[...] dados são de total ciência dos diretores...[...]dados também são divulgados pela intranet, por meio de carta informativa"* ... (entrevistado comitê 2-Hospital C, 2017).

... *"são divulgados para os colaboradores, mas não de forma sensacionalista e sem exploração da imagem dos colaboradores...[...]...divulgação do programa se dá pela Intranet do Hospital"* ... (entrevistado comitê 4-Hospital C, 2017).

... *"existem monitores de TV nos elevadores, banners rotativos nos corredores, e a divulgação que se dá também no 'boca a boca'"* ... (entrevistado comitê 5-Hospital C, 2017).

4.b- Subcategoria: Inexistência de divulgação

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 1 referência codificada [1,43% Cobertura]

... *"ainda não são publicados...[...]...querem publicar essas ações junto aos gestores para que divulguem aos colaboradores por meio de relatórios e também disponibilizar na intranet".* (entrevistado gestor 4-Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 5 referências codificadas [1,24% Cobertura]

... "*que eu saiba não são divulgados*" ... (entrevistado comitê 1-Hospital B, 2017).

... "*não são divulgados"* ... (entrevistado comitê 2-Hospital B, 2017).

... "*dados ainda são incipientes e não são divulgados*" ... (entrevistado comitê 4-Hospital B, 2017).

5 - Categoria: Impacto das ações de promoção de saúde implementadas

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 4 referências codificadas [7,62% Cobertura]

... *"para o colaborador...[...]...ambiente de trabalho melhor; diminuição do absenteísmo...[...]...cria-se uma corrente do bem-estar...[...]...há um sentido de inserção do colaborador na organização como parte do todo, sendo que todos os níveis participam do programa"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

... *"impactos esperados...[...]...diminuição do absenteísmo, diminuição dos índices de sinistralidade de uso do convênio médico e aumento na melhora da qualidade de vida dos colaboradores"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital A, 2017).

... *"para os colaboradores traduz orgulho de trabalhar no (nome do hospital) e o (nome do centro) contribui muito para isso...[...]...depoimentos de colaboradores deixam claro a vivência antes e depois da implantação do (nome do centro) ...[...]...isso colaborador declara para a área de gestão de pessoas"* ... (entrevistado gestor 3- Hospital A, 2017).

... *"para os funcionários melhora no clima organizacional e agrega valor, pois há um senso de pertencimento à instituição por meio da melhoria da qualidade de vida...[...]...para o hospital, economia nos gastos com saúde, o que agrega valor"* ... (entrevistado gestor 4- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 5 referências codificadas [12,86% Cobertura]

... *"hoje, procuramos identificar alguns pacientes de risco por meio de alguns critérios como obesidade com IMC acima de 30%, hipertensão arterial, diabetes ou pré diabetes e hiperlipidemias...[...]...para que o colaborador entre na classificação de risco, basta que um desses critérios seja assinalado"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital B, 2017).

... *"para o funcionário a importância do cuidado à sua saúde, tendo como desdobramento a saúde dos seus familiares...[...]...para o hospital melhoria do clima organizacional, engajamento, coletividade feliz, cujos resultados são percebidos na ponta...[...]...a imagem da organização para a sociedade e retenção dos colaboradores"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

... *"há um ano houve mudança do sistema de pagamento ao Convênio Médico de Pré*

para Pós pagamento" ... (entrevistado gestor 3- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 7 referências codificadas [9,04% Cobertura]

... *"observo que há um sentimento de entrega por parte do colaborador, havendo uma relação mais humanizada. Vejo também que a visão do médico de família é diferente da visão do médico do trabalho"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... *"percebo que a resolução desta forma se torna mais rápida, o colaborador mais feliz, um número menor de pessoas afastadas sendo resultado muito positivo para o hospital e para os colaboradores"* ... (entrevistado comitê 3- Hospital C, 2017).

... *"financeiros, econômico e maior engajamento do funcionário"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital C, 2017).

... *"a facilidade de acesso, melhor saúde e maior qualidade dos serviços prestados"* ... (entrevistado comitê 5- Hospital C, 2017).

... *"vejo que os funcionários se sentem mais cuidados, acolhidos e mais dispostos a trabalhar, mas quanto ao impacto na qualidade de vida, tenho dúvidas...[...]...quantitativamente pode-se constatar que houve um aumento na frequência da utilização do programa"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital C, 2017).

... *"maior engajamento, maior percepção do cuidado com a saúde, diminuição de busca ao pronto-socorro da rede, otimização de recursos...[...]... fazemos a comparação do desempenho do programa em relação ao desempenho do atendimento na rede...[...]...o tempo de internação do primeiro é menor em relação ao segundo...[...]...há também evidências na diminuição do número de atestados, afastamentos e absenteísmo"* ... (entrevistado comitê 7- Hospital C, 2017).

5.a Subcategoria: Métricas dos impactos

<Internas\\H_A_Comitê_Categ> - § 8 referências codificadas [10,67% Cobertura]

... *"pela plataforma (nome da plataforma)"*... (entrevistado comitê 5- Hospital A, 2017).

... *"pelas ações de coaching, onde se estabelece um estágio de contemplação e mudança...[...]...também anota no prontuário"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital A, 2017).

... *"no caso de algumas respostas negativas quanto ao atendimento do (nome do centro), são realizadas reuniões internas a fim de buscar melhoria, como por exemplo, uma consulta que demorou a ser atendida, faz-se o rastreamento do processo a fim de identificar o problema, buscando a melhoria do processo"* ... (entrevistado comitê 7- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 3 referências codificadas [8,19% Cobertura]

... *"dados financeiros e de saúde pelos diretores e gerentes responsáveis por cada área"* ... (entrevistado gestor 2- hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 4 referências codificadas [7,23% Cobertura]

... *"para medir ou monitorar esses indicadores existe uma dupla de funcionários que trabalham processo e gestão, que estão ligados diretamente à (nome do departamento) ...[...]...todos os profissionais têm indicadores que devem ser apresentados mensalmente a (nome do departamento)"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... *"são medidos e monitorados via banco de dados, por meio de constatação do número de consultas realizadas internamente e número de consultas realizadas externamente (via rede)"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital C, 2017).

... *"por meio de planilhas internas de sinistros, planilhas de utilização de custos de convênios, compilação de dados de utilização, gastos e medicina do trabalho"* ... (entrevistado comitê 7- Hospital C, 2017).

5.b Subcategoria: Formas de publicação dos impactos

<Internas\\H_A_Comitê_Categ> - § 1 referência codificada [0,15% Cobertura]

... *"só individualmente"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 1 referência codificada [0,44% Cobertura]

... "*pela plataforma* (nome da plataforma) *que avalia bem-estar e saúde dos funcionários"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 4 referências codificadas [2,34% Cobertura]

... "*pelos prontuários e exames ocupacionais*" ... (entrevistado comitê 2- Hospital B, 2017).

... "*através da frequência do uso do convênio médico*" ... (entrevistado comitê 4- Hospital B, 2017).

... "*resultado da pesquisa, de uma maneira geral, é enviado por e-mail para todos os colaboradores"* ... (entrevistado comitê 5- Hospital B, 2017).

... *"a pesquisa é publicada a cada dois anos, sendo que os resultados são divulgados como planejamento estratégico e respectivos planos de ação, por meio de e-mails, banners e painéis"* ... (entrevistado comitê 6- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 1 referência codificada [0,09% Cobertura]

... *"na internet"* ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> - § 1 referência codificada [0,64% Cobertura]

... *"intranet e por meio de uma pesquisa de campo via enquete"* ... (entrevistado gestor 1- Hospital C, 2017).

6 - Categoria- Sugestões

<Internas\\H_A_Comitê_Categ> - § 5 referências codificadas [10,39% Cobertura]

... *"na minha concepção o que falta para completar nossas ações é criar uma política psicossocial ...[...]...riscos psicossociais para que a fisioterapeuta e a psicóloga possam fazer análise de riscos ergonômicos e sociais"* ... (entrevistado comitê 3- Hospital A, 2017).

... "minha opinião é que seriam necessárias algumas ações como readequar cardápios dos pontos de venda, nos eventos e no refeitório do hospital...[...]...melhorar o cardápio do refeitório...[...]...implantar horta na laje do hospital- igual ao Shopping Eldorado...[...]...plano delivery de alimentação saudável" ... (entrevistado comitê 4- Hospital A, 2017).

... "a segurança e a medicina do trabalho na área da saúde ainda não estão bem formadas e valorizadas. É preciso que essa cultura seja melhor trabalhada...[...]...o conceito que as pessoas têm de hospital e indústria, ainda é diferente, pois comparo a atuação que já tive em um e em outro" ... (entrevistado comitê 6- Hospital A, 2017).

... "é necessário reforçar a interface da nutrição junto aos colaboradores no refeitório...[...]...o serviço de nutrição é uma autogestão e muitas preparações poderiam ser melhoradas no sentido de se primar por uma alimentação saudável" ... (entrevistado comitê 7- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_A_Gestor_Categ> - § 4 referências codificadas [5,04% Cobertura]

... "levar integralmente o programa de bem-estar para a casa dos colaboradores" ... (entrevistado gestor 1- Hospital A, 2017).

... "as questões ligadas ao tabagismo sugiro aprimorar, melhorar e comunicar melhor as ações...[...]...no início houve ótima divulgação quanto essas ações e vejo que hoje é preciso melhorar essa comunicação pois ainda existem colaboradores que ficam do lado de fora do hospital, na rua fumando" ... (entrevistado gestor 3- Hospital A, 2017).

... "como um todo, acredito que melhorar a questão da comunicação é muito importante, sendo que esta está relacionada diretamente com o Marketing...[...]...há necessidade de divulgar as ações" ... (entrevistado gestor 4- Hospital A, 2017).

<Internas\\H_B_CAteg_Comitê> - § 7 referências codificadas [7,07% Cobertura]

... "necessário integrar as ações e promover saúde plena aos colaboradores ...[...]...montar comitês entre as áreas descritas do organograma para que as ações possam ser implementadas" ... (entrevistado comitê 1- Hospital B, 2017).

... *“acho que é preciso que as ações implementadas sejam integradas para se poder avaliar os resultados”* ... (entrevistado comitê 2- Hospital B, 2017).

... *“preciso implementar as ações e principalmente estar muito atento à saúde emocional dos colaboradores...[...]...deve fazer parte da agenda das superintendências”* ... (entrevistado comitê 3- Hospital B, 2017).

... *“necessário alavancar ações...[...]...por enquanto elas se mostram tímidas e é preciso entender o que está por trás, por exemplo, da obesidade”* ... (entrevistado comitê 4- Hospital B, 2017).

... *“sugiro que deva haver uma maior reflexão e percepção do que está por trás de uma dor de cabeça, por exemplo ...[...]...vejo a necessidade de uma maior interpretação sobre o indicador de absenteísmo, quando nas áreas críticas tem a ver, principalmente, com o clima organizacional...[...]...traduzindo, uma relação de causa e efeito”* ... (entrevistado comitê 5- Hospital B, 2017).

... *“integração de todas as frentes, no que diz respeito à qualidade de vida e promoção de saúde...[...]...reintegrar a psicologia junto a bem-estar, medicina, promoção e nutrição”* ... (entrevistado comitê 6- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_B_Categ_GESTORES> - § 4 referências codificadas [11,20% Cobertura]

... *“espero que surta efeito sobre as pessoas, no sentido de que elas se sensibilizem à importância do monitoramento da sua saúde”* ... (entrevistado gestor 1- Hospital B, 2017).

... *“investir mais nos programas, buscar novas áreas que deverão entrar no contexto”* ... (entrevistado gestor 2- Hospital B, 2017).

... *“ter um programa estruturado baseado em co-morbidades e risco definido pela população de colaboradores e familiares”* ... (entrevistado gestor 3- Hospital B, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_Comitê> - § 6 referências codificadas [9,02% Cobertura]

... *“maior integração da atuação da medicina do trabalho com as práticas integrativas*

de promoção de saúde" ... (entrevistado comitê 2- Hospital C, 2017).

... *"o programa existe há mais ou menos dois anos ...[...]...intenções de unificar os atendimentos realizados no 3° subsolo e 9° andar. Acredito que assim haverá maior resolutividade dos casos, sendo esta previsão para agosto de 2017"* ... (entrevistado comitê 3- Hospital C, 2017).

... *"o que poderia melhorar é o sistema de comunicação"* ... (entrevistado comitê 4- Hospital C, 2017).

... *"implementar programas de saúde bucal e ampliar as especialidades"* ... (entrevistado comitê 5- Hospital C, 2017).

... *"incluir os funcionários da hospedagem para que exista maior inclusão dos mesmos no programa. Há necessidade de privilegiar alimentação mais saudável ...[...]...no refeitório existe, mas nos outros ambientes não" ...[...]....* ... (entrevistado comitê 6- Hospital C, 2017).

... *"programas que estão na "boca do gol" prestes a serem implementados saúde mental, que compreende álcool e drogas, problemas de ansiedade e depressão em parceria com o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas...[...]...saúde bucal que fará triagem de saúde bucal onde será contratado um odontólogo- consultório já está pronto...[...]...intenção é trazer o programa de saúde bucal para o nosso programa e sobrepeso e obesidade destinado à adultos e crianças, nos moldes do programa televisivo 'Medida Certa' ...[...]...equipe multiprofissional que contará com médico endocrinologista, nutricionistas, fisioterapeuta e educador físico"* ... (entrevistado comitê 7- Hospital C, 2017).

<Internas\\H_C_Categ_GESTORES> - § 3 referências codificadas [1,94% Cobertura]

... *"necessidade de mais pesquisas na área, pois no Brasil há inexistência de dados e informações"* ... (entrevistado gestor 2- Hospital C, 2017

APÊNDICE E

4. Descrição da avaliação dos hospitais A, B e C percebida pelos gestores e membros dos comitês.

Hospital A

O hospital A possui 645 colaboradores (Brasil, 2017).

Tabela 34:
Respondentes do Hospital A, cargos e gênero.

Respondente	Cargo	Gênero
Coordenador de Saúde Ocupacional	Gestor 1	Masculino
Gerente de RH	Gestor 2	Masculino
Superv. de Desenvolvimento Humano	Gestor 3	Feminino
Coord. de Qualidade de Vida	Gestor 4	Feminino
Médico	Comitê 2	Masculino
Psicóloga	Comitê 3	Feminino
Nutricionista	Comitê 4	Feminino
Coord. de Segurança do Trabalho	Comitê 6	Feminino
Enfermeiro do Trabalho	Comitê 7	Feminino
Assistente Social	Comitê 8	Feminino

A tabela 34 apresenta os respondentes do hospital A, seus cargos e o seu gênero.

Tabela 35:
Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016).

Hospital A		
Respondente	Tempo de empresa (anos)	Pontuação
Gestor 1	7	139
Gestor 2	0	40
Gestor 3	23	129
Gestor 4	10	139
Comitê 2	7	143
Comitê 3	1	113
Comitê 4	3	126
Comitê 6	4	76
Comitê 7	21	146
Comitê 8	5	136
Mediana	6	132,5
Media	8,1	118,7
Desvio Padrão	7,5	34,43

O teste de correlação obteve um *p* de Pearson de 0,513074, uma correlação moderada positiva

A tabela 36 e as figuras 11 e 12 apresentam as pontuações totais e proporcionais obtidas entre os gestores e membros do comitê, de acordo com o CDC (Brasil, 2016).

Tabela 36:
Pontuação Total obtida pelo Hospital A, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016).

Domínios	Pontuação máxima CDC	Pontuação Hospital A	Pontuação Gestores	Pontuação Comitê
Suporte organizacional	33	24,90	24,75	25,00
Controle de tabagismo	19	10,00	8,50	11,00
Nutrição	21	5,40	4,00	6,33
Atividade Física	24	20,10	19,50	20,50
Controle de peso	12	7,90	6,50	8,83
Gerenciamento de estresse	14	7,00	6,25	7,50
Depressão	18	8,20	6,75	9,17
Pressão alta	17	8,20	7,25	8,83
Colesterol alto	15	6,20	5,50	6,67
Diabetes	15	7,20	7,00	7,33
Sinais e sintomas de AVC ou AC	4	1,3	1,75	1,00
Reposta à emergência em caso de AVC ou AC	17	12,30	14,00	11,17
Total	209 (100%)	118,7 (56,79%)	111,75 (53,47%)	123,33 (59,01%)

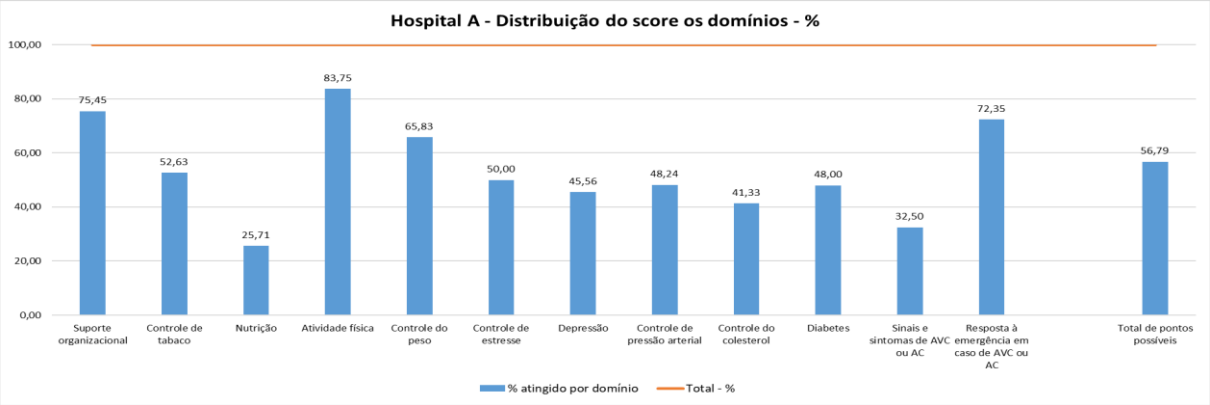

Figura 11: Distribuição da pontuação proporcional total e nos domínios do hospital A.

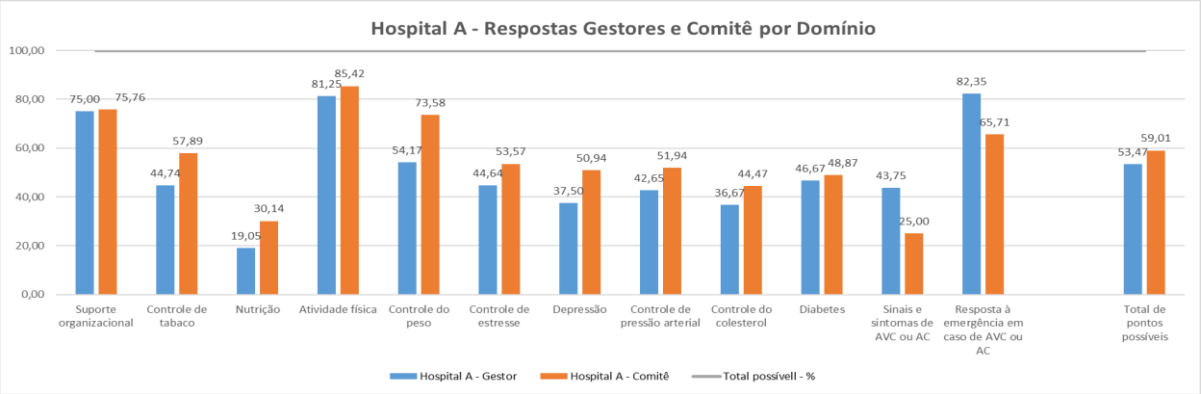

Figura 12: Distribuição da pontuação proporcional dos gestores e membros do comitê total e nos domínios no hospital A.

Em continuidade serão analisadas as respostas do hospital A considerando o peso das perguntas (tabela 37), a pontuação geral e as respostas entre os gestores e membros do comitê, para cada um dos doze domínios, na Tabela 33, Apêndice C. Essa análise pode possibilitar o entendimento dos dois grupos acerca das ações promovidas pelo hospital, considerando os domínios pesquisados e o impacto das ações.

Tabela 37:
Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital A segundo o peso das questões nos doze domínios.

Hospital A				
Suporte Organizacional				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	% geral
1	5	75,00%	66,67%	70,00%
2	11	75,00%	75,76%	75,45%
3	2	75,00%	83,33%	80,00%
Controle do tabaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	4	62,50%	45,83%	55,00%
2	3	50,00%	44,44%	46,67%
3	3	33,33%	61,11%	50,00%
Nutrição				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	6	33,33%	44,44%	23,33%
2	3	33,33%	61,11%	50,00%
3	3	0,00%	0,00%	0,00%
Atividade física				

peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	75,00%	100,00%	90,00%
2	1	75,00%	100,00%	80,00%
3	7	82,14%	83,33%	82,28%
Controle de peso				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	50,00%	66,67%	60,00%
2	1	75,00%	83,33%	80,00%
3	3	50,00%	72,22%	63,33%
Gerenciamento de estresse				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	2	50,00%	75,00%	65,00%
3	4	43,75%	50,00%	47,50%
Depressão				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
2	3	25,00%	27,78%	26,67%
3	4	43,75%	62,50%	55,00%
Pressão alta				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	33,33%	30,00%
2	2	25,00%	25,00%	25,00%
3	4	50,00%	62,50%	57,50%
Colesterol Alto				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	33,33%	30,00%
2	1	0,00%	16,67%	10,00%
3	4	25,00%	50,00%	40,00%
Diabetes				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,00%	16,67%	20,00%
2	1	0,00%	33,33%	20,00%
3	4	56,25%	54,17%	55,00%
Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	4	43,75%	25,00%	32,50%
Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	3	58,33%	33,33%	43,33%
2	4	87,50%	70,83%	77,50%
3	2	87,50%	75,00%	80,00%

Suporte organizacional

Verifica-se que a frequência das respostas se apresentou de forma crescente a partir das questões de peso 1, e não apresentaram variação significativa entre os pesos. As questões de peso 3 apresentaram maior frequência entre os membros do comitê, frente aos gestores. Isso reitera que os grupos têm conhecimento da organização e a presença de ações e políticas consistentes.

Controle de Tabaco

As respostas de peso 1 apresentaram maior frequência, seguido seguidas das de pesos 3 e 2. Nas questões de peso 3, as respostas dos membros do comitê apresentaram maior frequência, o que sugere que os membros do comitê têm maior conhecimento da prática referente a essas ações.

Nutrição

Fica evidenciada diferença na frequência das respostas entre os gestores e os membros do comitê nas questões de peso 2. No que tange a comunicações formais sobre alimentos e bebidas saudáveis bem como seus benefícios contemplados nas questões de peso 1, verificou-se performance geral baixa em ambos os grupos. Não foi encontrada nenhuma resposta 'sim' para o peso 3 nos dois grupos de respondentes. indicando a ausência de ações efetivas para a 'Nutrição' no hospital A.

Atividade física

A frequência geral das respostas 'sim' foi maior nas questões de peso 1, seguidas as de peso 3 e 2. Nas questões de peso 1 e 2 todos membros do comitê responderam 'sim', e nas questões de peso 3, 83,33%. Considerando as respostas, pode-se inferir que a performance dessas ações no hospital A se apresentou efetiva.

Controle de peso

A maior frequência das respostas 'sim' ocorreu na questão de peso 2, seguido das questões de peso 3 e em seguida da questão de peso 1. A frequência de respostas 'sim' foi pouco

superior em todas as questões nos membros do comitê, indicando a possibilidade de melhoria nas ações.

Gerenciamento de estresse

Observa-se que a frequência das respostas ‘sim’ dos membros do comitê foi maior que a dos gestores. Dada a relevância das questões de peso 3 que somam 12 em 14 pontos totais, a frequência de 47,50% indicando que as ações de gerenciamento de estresse necessitam de aprimoramento.

Depressão

A frequência de respostas ‘sim’ para as questões de peso 2 e 3 foram maiores pelos membros do comitê. Isto pode denotar desalinhamento das informações ou das ações referentes a esse domínio, além da falta de efetividade das mesmas, visto que no cômputo geral a baixa pontuação sinaliza necessidade de melhoria.

Pressão alta

A frequência das respostas ‘sim’ dos membros do comitê foi superior às dos gestores nas perguntas de peso 1 (uma questão) e 3 (quatro questões); as questões de peso 2 apresentaram frequência de 25% em ambos os grupos, não ocorrendo diferença marcante nas respostas dos dois grupos. A frequência das respostas para as questões de peso 3 indica a existência de ações concretas no que tange a pressão alta, entretanto passíveis de melhoria.

Colesterol alto

A única questão de peso 2 recebeu poucas respostas ‘sim’. Essa questão relaciona esse domínio com a aquisição de medicação para seu controle, e como já mencionado, isso pode indicar viés nas respostas, considerando a garantia da gratuidade no fornecimento desse medicamento. Em todas as questões os membros do comitê apresentaram maior frequência de resposta ‘sim’ que os gestores, e a pontuação geral indica que as ações carecem de melhoria na sua implantação.

Diabetes

A frequência de respostas ‘sim’ às 4 perguntas de peso 3 somou 55% de frequência ‘sim’ por ambos os grupos. As questões de peso 1 e 2 obtiveram frequência de resposta de 20%, ressaltando que nenhum dos gestores anuiu à resposta da pergunta de peso 2 que trata da aquisição de medicamentos e produtos para o controle de diabetes, fornecido pelo SUS, sendo percebido que houve interpretações distintas entre os dois grupos, possibilitando a ocorrência de viés nas respostas. Os resultados demonstram a necessidade da melhoria das ações referentes a esse domínio.

Sinais e sintomas de AVC ou AC.

A frequência de respostas ‘sim’ por parte dos gestores foi maior que a dos membros do comitê. Nesse domínio as quatro questões possuem peso 1 e tratam de formas de comunicação sobre os sinais e sintomas, carecendo de revisão.

Resposta à emergência em caso de AVC ou AC

A frequência de respostas ‘sim’ foi superior entre os gestores. Por se tratar de hospital, em que as ações estão voltadas à assistência à saúde, entende-se satisfatória a pontuação obtida; entretanto, visto que essas ações estão associadas às do domínio anterior, é necessário que ocorra uma maior aderência entre as ações propostas para os domínios.

Hospital B

O hospital B possui 1761 colaboradores (Brasil, 2017).

Tabela 38:
Respondentes do Hospital B, cargos e gênero.

Respondente	Cargo	Gênero
Coord. Médico da Medicina do Trabalho	Gestor 1	Masculino
Gerente de Recursos Humanos	Gestor 2	Feminino
Superintendente de Serviços Ambulatoriais	Gestor 3	Masculino
Coord. de Promoção de Saúde	Comitê 1	Feminino
Enfermeira	Comitê 2	Feminino
Consultor em Gestão de Pessoas	Comitê 3	Feminino
Gerente de Nutrição	Comitê 4	Feminino
Consultor em Gestão de Pessoas	Comitê 5	Feminino
Consultor Interno em Gestão de Pessoas	Comitê 6	Feminino
Gerente Psicologia	Comitê 7	Feminino

A tabela 38 apresenta os respondentes do hospital B, seus cargos e o gênero

Tabela 39:
Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016).

	Hospital B	
Respondente	Tempo de empresa (anos)	Pontuação
Gestor 1	31	120
Gestor 2	13	135
Gestor 3	4	88
Comitê 1	0	179
Comitê 2	1	188
Comitê 3	4	168
Comitê 4	31	87
Comitê 5	7	92
Comitê 6	14	85
Comitê 7	38	124
Mediana	10	122
Media	14	126,9
Desvio Padrão	13,19	39,91

A tabela 39 indica que o teste de correlação obteve um *p* de Pearson de -0,43176 configurando-se, portanto, uma correlação fraca negativa.

A tabela 40 e as figuras 13 e 14 apresentam as pontuações totais e proporcionais obtidas pelos gestores e membros do comitê, de acordo com o CDC (Brasil.2016).

Tabela 40:
Pontuação Total obtida pelo Hospital B, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016).

Domínios	Pontuação máxima - CDC	Pontuação Hospital B	Pontuação Gestores	Pontuação Comitê
Suporte organizacional	33	21,8	21,67	21,86
Controle de tabagismo	19	12,6	12	12,86
Nutrição	21	8,8	6	10
Atividade Física	24	14,4	12	15,43
Controle de peso	12	9,3	7,67	10
Gerenciamento de estresse	14	6,8	5,67	7,29

Depressão	18	6,7	6	7
Pressão alta	17	12,1	11,67	12,29
Colesterol alto	15	9,8	9	10,14
Diabetes	15	9,1	9	9,14
Sinais e sintomas de AVC ou AC	4	2,2	1,33	2,57
Reposta à emergência em caso de AVC ou AC	17	13	12,33	13,29
Total	209 (100%)	126,6	114,33	131,86

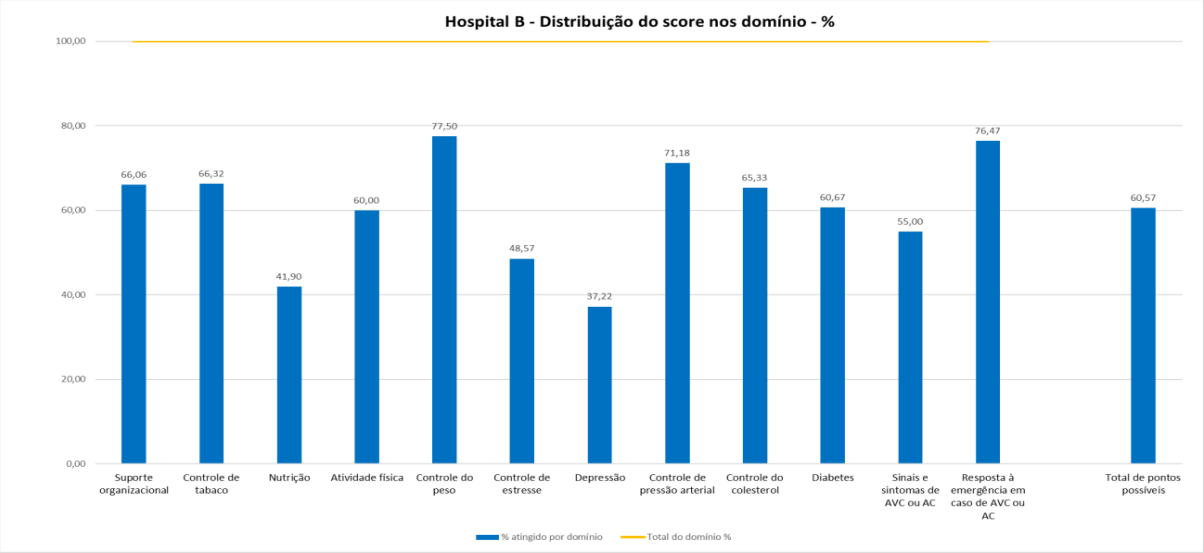

Figura 13: Distribuição da pontuação geral e dos domínios para o hospital B

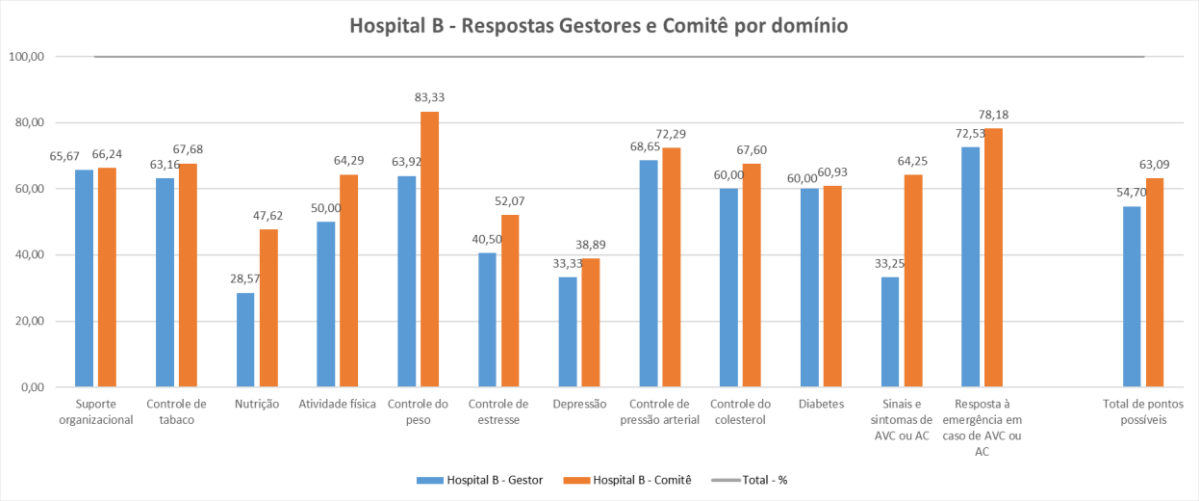

Figura 14: Distribuição da pontuação dos gestores e membros do comitê por domínios e geral no hospital B

Em continuidade serão analisadas as respostas para o hospital B considerando o peso das perguntas (tabela 41), a pontuação geral e as respostas entre os gestores e membros do

comitê, para cada um dos doze domínios, na Tabela 33 (Apêndice C), que apresenta a frequência da pontuação dos doze domínios por de hospital obtidos do questionário da versão brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard (Brasil, 2016). Essa análise pode possibilitar o entendimento dos dois grupos acerca das ações promovidas pelo hospital, considerando os domínios pesquisados e o impacto das ações.

Tabela 41:
Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital B segundo o peso das questões nos doze domínios.

Hospital B				
Suporte Organizacional				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	5	80,00%	60,00%	66,00%
2	11	60,61%	68,83%	66,36%
3	2	50,00%	71,43%	65,00%
Controle do tabaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	5	75,00%	67,86%	67,50%
2	11	66,67%	71,43%	70,00%
3	2	22,22%	66,67%	53,33%
Nutrição				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	6	33,33%	57,14%	50,00%
2	3	66,67%	52,38%	56,67%
3	3	0,00%	38,10%	26,67%
Atividade física				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	66,67%	71,43%	70,00%
2	1	66,67%	71,43%	70,00%
3	7	47,62%	63,27%	58,57%
Controle de peso				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	66,67%	57,14%	60,00%
2	1	100,00%	85,71%	90,00%
3	3	55,56%	80,95%	73,33%
Gerenciamento de estresse				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	2	83,33%	64,29%	70,00%
2	0	0,00%	0,00%	0,00%
3	4	33,33%	46,43%	42,50%
Depressão				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
2	3	0,00%	23,81%	16,67%

3	4	50,00%	46,43%	47,50%
Pressão alta				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	33,33%	71,43%	60,00%
2	2	33,33%	42,86%	40,00%
3	4	83,33%	82,14%	82,50%
Colesterol Alto				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	33,33%	71,43%	60,00%
2	1	33,33%	42,86%	40,00%
3	4	66,67%	71,43%	70,00%
Diabetes				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	33,33%	57,14%	50,00%
2	1	33,33%	42,86%	40,00%
3	4	66,67%	64,29%	65,00%
Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	4	41,67%	64,29%	57,50%
Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	3	33,33%	47,62%	43,33%
2	4	66,67%	89,29%	82,50%
3	2	100,00%	78,57%	85,00%

Suporte organizacional

Ocorreu semelhança da frequência das respostas ‘sim’ para todas as questões. Nas questões de peso 1, os gestores apresentaram maior frequência das respostas, enquanto que nas questões de peso 2 e 3, os membros do comitê demonstraram mais respostas ‘sim’, indicando uma participação mais efetiva dos membros do comitê.

Controle de tabagismo

Ocorreram maior frequência de respostas ‘sim’ para as questões de peso 2 seguidas, das questões de peso 1 e 3, respectivamente. Os membros do comitê apresentaram maior frequência das respostas ‘sim’ nos pesos 2 e 3. A pontuação obtida indica a possibilidade da efetivação de

ações voltadas ao controle de tabaco, entretanto a ocorrência de políticas públicas de repressão ao tabagismo pode apresentar viés na interpretação dos resultados.

Nutrição

Aproximadamente um quarto dos respondentes apresentaram frequência ‘sim’ para as perguntas de peso 3, sendo que não houve resposta ‘sim’ pelos gestores, o que indica que as ações são incipientes, bem como os gestores demonstraram desconhecimento das ações existentes.

Atividade física

O hospital B apresentou frequência maior de respostas ‘sim’ junto aos membros do comitê, e nas duas questões de peso 1 e 2 a frequência foi igual para ambos os grupos. A pontuação apresentada para as questões de peso 3 indica a possibilidade de aprimoramento das ações desse domínio.

Controle de peso

A maior frequência geral de respostas ‘sim’ ocorreu na questão de peso 2, seguida das 3 questões de peso 3 e na questão de peso 1. A frequência ‘sim’ dos gestores foi maior nas questões de peso 1 e 2, enquanto que nas questões de peso 3, os membros do comitê apresentaram maior frequência nas respostas. A pontuação geral aponta a existência de evidências e impactos nas ações de ‘Controle de peso’.

Gerenciamento de estresse

Em razão da relevância das questões de peso 3, os resultados apresentados pelos dois grupos indicam que o as ações de gerenciamento de estresse carecem de melhorias.

Depressão

Não ocorreram respostas ‘sim’ nas questões de peso 2 por parte dos gestores., e nNo geral, a frequência das respostas ‘sim’ apresentou-se baixa, apontando que as ações contidas nesse domínio não são efetivas.

Pressão alta

A frequência das respostas ‘sim’ para as quatro questões de peso 3, apontam para a existência efetiva de ações que tratam do controle da pressão arterial. Observa-se coerência das respostas entre os dois grupos.

Colesterol alto

A performance dos membros do comitê foi maior em todas as questões. A questão de peso 2 relaciona o ‘Controle de colesterol’ com a aquisição de medicação para seu controle, o que pode indicar viés nas respostas, visto que é garantido garantida a gratuidade desse medicamento na rede pública.

Diabetes

Os respondentes apresentaram frequência geral de respostas ‘sim’ em 65% das questões de peso 3, com semelhança entre os gestores e membros do comitê. Na questão de peso 2, cabe a ressalva já feita anteriormente sobre a aquisição de medicamentos e produtos para o controle de diabetes, podendo-se considerar a possibilidade de viés nos resultados.

Sinais e sintomas de AVC ou AC.

A frequência geral das respostas ‘sim’ foi de 57,50%, sendo maior entre os membros do comitê, indicando a possibilidade de melhoria das ações desse domínio, visto que se trata de hospital.

Resposta à emergência em caso de AVC ou AC.

As frequências das respostas ‘sim’ para as questões de peso 2 e 3 apresentaram-se semelhantes, ressaltando que a totalidade dos gestores apresentaram frequência maior às 2 questões com peso 3. Os resultados apontam para ações efetivas nesse domínio.

Hospital C

O hospital C é possui 6102 colaboradores. (Brasil, 2017).

Tabela 42:

Respondentes do Hospital C, cargos e gênero.

Respondente	Cargos	Gênero
Gerente Médica de Saúde do Colaborador	Gestor 1	Feminino
Superintendente de Saúde Corporativa	Gestor 2	Masculino
Coordenadora de Qualidade de Vida	Gestor 3	Feminino
Analista de Ergonomia	Comitê 2	Feminino
Coordenadora de PSMSO	Comitê 3	Feminino
Coordenadora de SAME e Epidemiologia	Comitê 4	Feminino
Coordenador de Segurança do Trabalho	Comitê 5	Masculino
Médica de Família	Comitê 6	Feminino
Coordenadora de Regulação	Comitê 7	Feminino

A tabela 42 apresenta os respondentes do hospital C, seus cargos e o gênero.

Tabela 43:

Tempo de casa dos gestores e membros do comitê e pontuação no CDC (Brasil, 2016).

Hospital C		
Respondente	Tempo de empresa (anos)	Pontuação
Gestor 1	0	93
Gestor 2	1	135
Gestor 3	6	145
Comitê 2	0	79
Comitê 3	17	106
Comitê 4	9	112
Comitê 5	4	35
Comitê 6	2	112
Comitê 7	1	128
Mediana:	2	112
Media	4,44	106,47
Desvio Padrão	5,27	33,26

O cálculo da correlação de *Pearson* entre tempo de serviço na empresa e pontuação no CDC apresentou valor de 0,071911, indicando correlação ínfima positiva.

A tabela 44 e as figuras 15 e 16 apresentam as pontuações totais e proporcionais do hospital C, conforme apreciação dos gestores e membros do comitê, de acordo com o CDC (Brasil.2016).

Tabela 44:
Pontuação Total obtida pelo Hospital C, dos Gestores e Membros do Comitê do segundo o CDC (Brasil, 2016).

Domínios	Pontuação máxima - CDC	Pontuação Hospital C	Pontuação Gestores	Pontuação Comitê
Suporte organizacional	33	20,56	25,67	18,00
Controle de tabagismo	19	11,67	13,00	11,00
Nutrição	21	5,78	6,33	5,50
Atividade Física	24	17,56	16,67	18,00
Controle de peso	12	8,00	8,33	7,83
Gerenciamento de estresse	14	6,33	8,00	5,50
Depressão	18	2,78	3,33	2,50
Pressão alta	17	6,78	10,00	5,17
Colesterol alto	15	4,78	6,67	3,83
Diabetes	15	6,22	9,67	4,50
Sinais e sintomas de AVC ou AC	4	1,11	1,67	0,83
Reposta à emergência em caso de AVC ou AC	17	13,44	15,00	12,67
Total	209 (100%)	104,67 (50,08%)	124,34 (59,49%)	95,33 (45,61%)

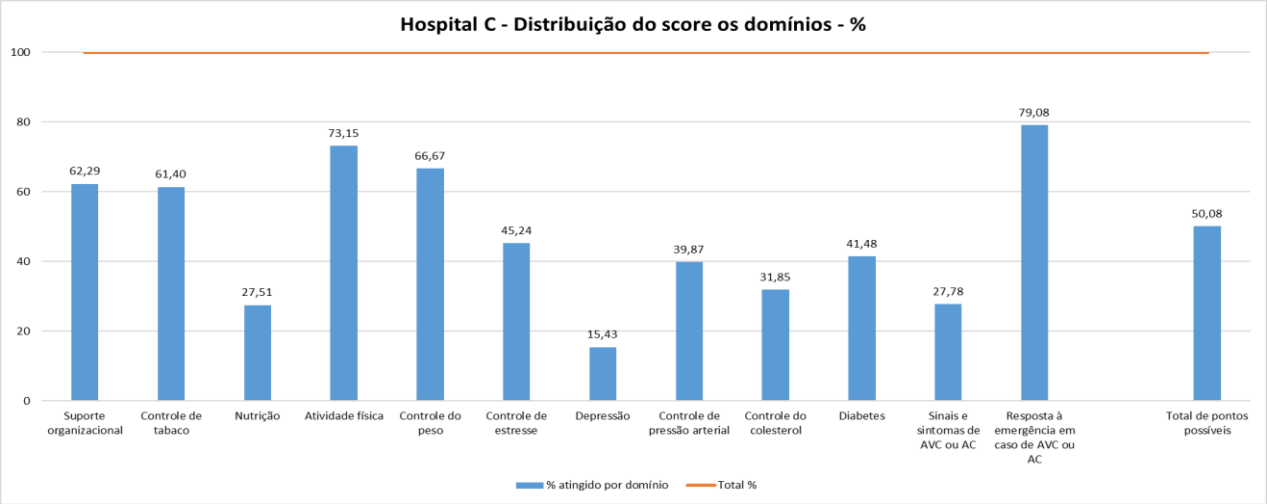

Figura 15: Distribuição da pontuação geral e dos domínios para o hospital C

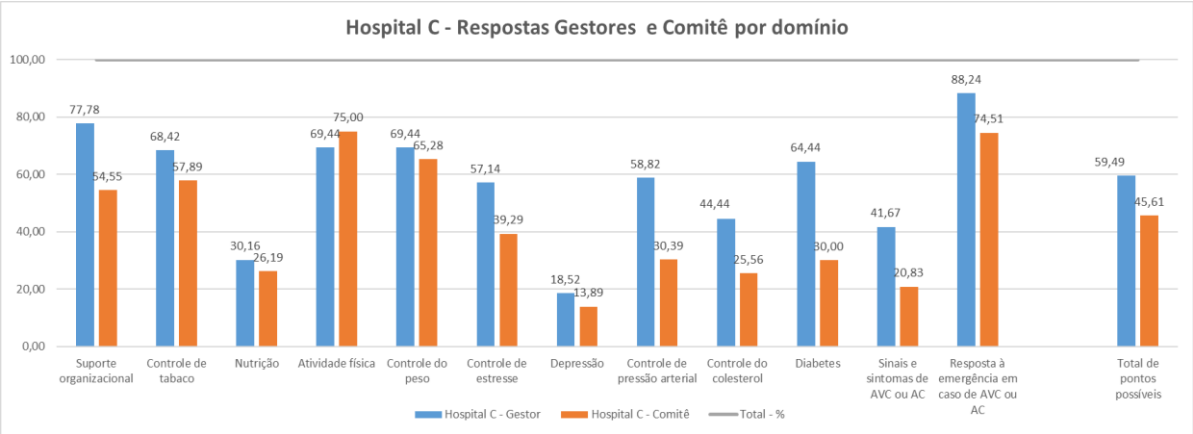

Figura 16: Distribuição da pontuação dos gestores e membros do comitê por domínios e geral no hospital C de acordo com CDC (Brasil, 2016)

Em continuidade serão analisadas as respostas do hospital C considerando o peso das perguntas (tabela 45), a pontuação geral e as respostas entre os gestores e membros do comitê, para cada um dos doze domínios, na Tabela 33 (Apêndice C), que apresenta a frequência da pontuação dos doze domínios obtidos do questionário da versão brasileira do CDC *Worksite Health ScoreCard* (Brasil, 2016). Essa análise pode possibilitar o entendimento dos dois grupos acerca das ações promovidas pelo hospital, considerando os domínios pesquisados e o impacto das ações.

Tabela 45:
Percentual da frequência das respostas dos respondentes do hospital C segundo o peso das questões nos doze domínios.

Hospital C				
Suporte Organizacional				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	5	86,67%	76,67%	80,00%
2	11	78,79%	53,03%	61,62%
3	2	66,67%	41,67%	61,11%
Controle do tabaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	4	83,33%	66,67%	65,00%
2	3	66,67%	88,89%	73,33%
3	3	33,33%	22,22%	23,33%
Nutrição				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	6	33,33%	25,00%	27,78%
2	3	55,56%	44,44%	48,15%
3	3	11,11%	16,67%	14,81%
Atividade física				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	33,33%	66,67%	55,56%

2	1	66,67%	66,67%	66,67%
3	7	71,43%	76,19%	74,60%
Controle de peso				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	0,00%	33,33%	22,22%
2	1	66,67%	50,00%	55,56%
3	3	77,78%	72,22%	74,07%
Gerenciamento de estresse				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	2	100,00%	100,00%	100,00%
2	0	0,00%	0,00%	0,00%
3	4	50,00%	29,17%	36,11%
Depressão				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	0	0,00%	0,00%	0,00%
2	3	22,22%	0,00%	7,41%
3	4	16,67%	20,83%	19,44%
Pressão alta				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	33,33%	33,33%	33,33%
3	4	75,00%	37,50%	50,00%
Colesterol Alto				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	0,00%	0,00%	0,00%
2	1	33,33%	16,67%	22,22%
3	4	50,00%	29,17%	36,11%
Diabetes				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	1	0,00%	16,67%	11,11%
2	1	33,33%	16,67%	22,22%
3	4	75,00%	33,33%	47,22%
Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	4	41,67%	20,83%	27,78%
Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco				
peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral
1	3	77,78%	44,44%	55,56%
2	4	66,67%	58,33%	61,11%
3	2	100,00%	83,33%	88,89%

Suporte organizacional

A maior frequência das respostas ‘sim’ ocorreu nas perguntas de peso 1; já nas questões de peso 2 e 3, a frequência ‘sim’ foi semelhante. Diferentemente dos outros hospitais, a maior frequência das respostas ‘sim’ nas questões desse domínio ocorreu entre os gestores, indicando que gestores têm maior conhecimento sobre o domínio ‘Suporte organizacional’ que os membros do comitê. Isso evidencia ausência de uma comunicação efetiva ou de comprometimento maior dos gestores.

Controle do tabagismo

A maior frequência de respostas ‘sim’ ocorreu nas perguntas de peso 2. Os gestores apontaram respostas ‘sim’ em maior frequência nos pesos 1 e 3 e os membros no peso 2. A baixa frequência das respostas ‘sim’ nas questões de peso 3 aponta que as ações desse domínio no hospital C se apresentaram inconsistentes, devendo ainda ser considerado a existência de políticas públicas de coibição ao tabagismo.

Nutrição

Para as perguntas de peso 1 e 2, a frequência de respostas ‘sim’ pelos gestores foi maior que nos membros do comitê; entretanto, nas perguntas de peso 3, as respostas ‘sim’ dos dois grupos apresentaram frequência média de 14,81%. Isso aponta fortemente que as ações voltadas à ‘Nutrição se apresentaram muito incipientes. Esse foi o único hospital em que o nutricionista não fazia parte dos membros do comitê.

Atividade física

A frequência geral das respostas ‘sim’ aumentou conforme o peso atribuído às perguntas, o que evidencia condições que as ações pertinentes desse domínio se mostram consolidadas.

Controle de peso

Os gestores apresentaram maior frequência de respostas válidas nas questões de peso 3 e 2, e os membros do comitê nas de peso 1, sendo que os gestores não apresentaram frequência

na questão de peso 1, desconhecendo ações de divulgação sobre os riscos da obesidade e sobrepeso. Contudo, a maior frequência de respostas ‘sim’ ocorreu nas questões de peso 3, para ambos os grupos, o que aponta para ações consistentes nesse domínio, principalmente por apresentarem-se alinhadas entre gestores e membros do comitê.

Gerenciamento de estresse

Nesse domínio ocorreu o maior distanciamento da frequência de respostas ‘sim’ entre as questões de peso 1 e as de peso 3. A totalidade dos respondentes considerou afirmativa as duas questões de peso 1, em ambos os grupos; nas questões de peso 3, mais respostas ‘sim’ foram dos gestores. Isso pode indicar inconsistência das ações, principalmente por estarem desarticuladas entre ambos os grupos de respondentes e pela média geral de frequência ‘sim’ ter se apresentado baixa.

Depressão

Não houve nenhuma resposta ‘sim’ às questões de peso 2 pelos membros do comitê, apresentando frequência de 7,41%, no cômputo geral. Nas questões de peso 3, a frequência geral de respostas ‘sim’ totalizou 19,44%; essa pontuação indica que as ações referentes a ‘Depressão’ se apresentaram ainda incipientes.

Pressão alta

A frequência de respostas ‘sim’ para as questões de peso 3 foi superior para os gestores, indicando desalinhamento de informações entre os dois grupos. A leitura da Tabela 18 sugere que há inconsistência e respostas contraditórias entre os dois grupos.

Colesterol alto

Observa-se que não ocorreu nenhuma resposta ‘sim’ na questão de peso 1, relativa à distribuição de folhetos atentando para ações referentes ao ‘Controle do colesterol’. A questão de peso 2, que é relativa ao acesso de medicamento de controle de colesterol apresentou baixa frequência de respostas ‘sim’, e, conforme já mencionado, tal questão refere-se à aquisição de medicação, que é gratuita. Nas questões de peso 3, a frequência das respostas ‘sim’ dos gestores foi superior em relação aos membros do comitê, podendo-se inferir que as ações no tocante a

esse domínio se encontram incipientes, havendo ainda contradição entre as respostas dos dois grupos.

Diabetes

As respostas ‘sim’ para o peso 3, obtiveram frequência maior por parte gestores em relação aos membros do comitê, o que pode indicar que ambos os grupos de respondentes possuem informações diferentes e desalinhadas sobre o tema. Na questão de peso 1 os gestores demonstraram de maneira unânime frequência ‘não’ corroborando a idéia que nesse domínio as ações podem ser aprimoradas.

Sinais e sintomas de AVC ou AC

A frequência das respostas ‘sim’ dos gestores foi o dobro das respondidas pelos membros do comitê. Visto que as questões tratavam especificamente da divulgação de informações e orientações sobre acidente vascular cerebral e ataque cardíaco, falha na divulgação desses problemas.

Resposta à emergência em caso de AVC ou AC

A frequência geral de respostas ‘sim’ foi maior nas questões de peso 3, em seguida as de peso 2 e as de peso 1. A frequência das respostas ‘sim’ dos gestores também foi maior em relação às respostas dos membros do comitê. Os resultados apresentados indicaram existência de ações concretas em emergências de AVC ou AC.

ANEXO A

Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard:
Ferramenta de Avaliação para Prevenção de Doenças Cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais e Condições Relacionadas

Instruções

Instruções para preencher o CDC Worksite Health ScoreCard

• Responda 'sim' ou 'não' para cada pergunta do questionário. Todas as perguntas deverão ser respondidas de acordo com as práticas e os programas atualmente em vigor no seu local de trabalho (p.ex., serviços e atividades em andamento) ou que tenham ocorrido nos últimos 12 meses (ex: desafios de caminhadas realizadas durante 12 semanas todos os anos). O tempo estimado para responder o questionário é de 30 minutos.

• Leia rapidamente cada seção antes de tentar respondê-la. As respostas para a maior parte das perguntas são facilmente obtidas após a revisão das políticas de saúde organizacionais (ex: manual de políticas). Em alguns casos, as respostas podem não ser imediatamente óbvias para a pessoa designada a responder a seção. Se você não souber a resposta para uma pergunta, deixe-a em branco.

• Algumas perguntas pedem que você descreva seu plano de saúde. Se sua empresa oferecer mais de uma opção de seguro saúde, baseie suas respostas no plano de saúde com maior número de adesões.

• As perguntas contidas no questionário se referem à 'promoção da saúde' no seu local de trabalho, o que é também conhecido como 'bem-estar no trabalho' ou 'programas de bem-estar' e 'qualidade de vida no trabalho' ou 'programas de qualidade de vida'.

1. CARACTERÍSTICAS DOS FUNCIONÁRIOS

Cargo

1a. Gênero

Masculino

Feminino:

1b. Faixa etária

< 18 anos de idade

18–34 anos de idade

35–44 anos de idade:

45–64 anos de idade:

≥ 65 anos de idade

1c.Tempo de empresa

Em anos

1d. Cor ou etnia

Branca:

Preta:

Amarela:

Parda:

Indígena

1e. Situação empregatícia

Tempo integral

Tempo parcial:

Temporário:

1f. Tipo de trabalho

Mensalista:

Horista:

1g. Nível educacional

Ensino médio incompleto:

Ensino médio completo

Escola técnica/superior incompleto:

Superior completo:

Pós-graduação/estudos avançados:

2. ORGANIZAÇÃO

2a. Tipo de organização em que você trabalha:

- ○ Com fins lucrativos
- ○ Sem fins lucrativos
- ○ outro

2b. Tipo de hospital:

☐ Geral ☐ Especializado

3. PORTE DO HOSPITAL:

☐ até 50 leitos

☐ de 51 a 150 leitos

☐ acima de 151 leitos

4. OS FUNCIONÁRIOS SÃO COBERTOS POR PLANOS DE SAÚDE?

Sim Não

5. ELEMENTOS DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO OFERECIDOS POR SUA ORGANIZAÇÃO:

(marcar todos que se aplicam ao seu caso)

Educação em saúde (p.ex., aulas de mudança comportamental e desenvolvimento de habilidades; cartazes e folhetos de conscientização)

Serviços relacionados aos empregados (ex: encaminhamento para programas de assistência aos empregados (PAE))

Ambiente social e físico de apoio à melhoria da saúde (ex: políticas de ambientes livres de tabaco, subsídio à inscrição em academias de ginástica)

Integração da promoção da saúde na cultura da sua organização (ex: promoção da saúde como parte da missão da empresa)

Rastreamento de funcionários com tratamento e seguimento adequados (ex: avaliação de fatores de risco -AFRs e rastreamentos biométricos)

Suporte Organizacional

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

1. Avaliou os interesses e as necessidades dos funcionários para planejar atividades de promoção da saúde?
Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização realizar grupos focais ou pesquisas para avaliar o(s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários. Responda 'não' se sua organização realizar pesquisas gerais que não avaliem o(s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários.

Sim Não

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 fornecer devolutiva individual por meio de relatórios escritos, cartas, ou aconselhamento individual.

Sim Não

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 participarem das atividades, as comunicações forem 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.

Sim Não

4. Usou incentivos combinados a outras estratégias, para aumentar a participação em programas de promoção da saúde?
Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização oferecer incentivos como vales-presentes, dinheiro, folgas remuneradas, descontos em produtos ou serviços, desconto nos planos de saúde, reconhecimento do funcionário, ou prêmios.

Sim Não

5. Usou competições combinadas a outras intervenções, para apoiar os funcionários na realização de mudanças comportamentais?
Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização conduzir competições de perda de peso ou caminhadas.

Sim Não

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 possuir uma marca ou logotipo, utilizar diferentes canais de comunicação, ou enviar mensagens frequentes.

Sim Não

7. Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou 'histórias de sucesso' de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?

Sim Não

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).

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

12. Possuiu um orçamento anual ou recebeu financiamento específico para programas de promoção da saúde?

Sim Não

13. Definiu objetivos anuais para a organização em termos de promoção da saúde?

Sim Não

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.

Sim Não

15. Conduziu avaliações contínuas da programação de promoção da saúde com a utilização de diferentes fontes de dados?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização coletar dados sobre os riscos à saúde dos funcionários, gastos com assistência médica, satisfação dos funcionários, ou pesquisas de clima organizacional.

Sim Não

16. Disponibilizou algum programa de promoção da saúde para os familiares dos funcionários?

Sim Não

17. Implantou políticas de horários de trabalho flexíveis?
Responda 'sim', se, por exemplo, as políticas permitirem horários flexíveis e trabalho em casa.

Sim Não

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 apoiar a participação em eventos comunitários e iniciativas em escolas, como caminhadas corporativas, colaborar com grupos de defesa de direitos em nível local e estadual, organizações de saúde e regulamentação e outros grupos organizados.

Sim Não

Controle do Tabagismo

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

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.

Sim Não

20. Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?
Responda 'sim', se, por exemplo, o seu local de trabalho colocar avisos, não possuir cinzeiros ou comunicar a política formal de proibição de fumo por meio de diferentes canais de comunicação.

Sim Não

21. Colocou avisos (incluindo avisos de 'proibido fumar') com informações sobre a política antitabagismo?

Sim Não

22. Encaminhou os fumantes para serviços estaduais ou outros serviços para parar de fumar?
Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho encaminhar os fumantes para serviços telefônicos como o Pare de Fumar do Disque Saúde: 0800 61 1997ou Programa Nacional de Controle do Tabagismo (http://www1.inca.gov.br/tabagismo/)

Sim Não

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 pagar inaladores, sprays nasais, bupropiona (por exemplo, Zyban) e vareniclina (p. ex., Champix).

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 subsidiar chiclete, adesivos ou pastilhas de nicotina.

Sim Não

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.

Sim Não

26. Informou aos funcionários sobre programas ou cobertura de planos de saúde que incluíam aconselhamento e medicação para parar de fumar?

Sim Não

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.

Sim Não

28. Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?
Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho não vender cigarros e similares nas dependências da organização em máquinas automáticas de venda ou em locais operados por terceiros.

Sim Não

Nutrição

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

29. Disponibilizou locais para compra de alimentos e bebidas?
Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir máquinas automáticas de venda de alimentos e bebidas, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra.

Sim Não

30. Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões nas cafeterias ou lanchonetes?
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 em cafeterias ou lanchonetes.

Sim Não

31. Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões em máquinas automáticas de venda?
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 nas máquinas automáticas de venda.

Sim Não

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)

Sim Não

33. Forneceu informações nutricionais (mais completas que os rótulos com informações nutricionais padrão) sobre sódio, calorias, gorduras trans ou gordura saturada para os alimentos e bebidas vendidos nas cafeterias, lanchonetes ou em outros pontos de compra?

Sim Não

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.

Sim Não

35. Subsidiou ou forneceu descontos para alimentos e bebidas mais saudáveis oferecidos em máquinas automáticas de venda, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra?

Sim Não

36. Possuiu 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.

Sim Não

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.

Sim Não

38. Disponibilizou ou promoveu uma 'feira livre', vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

Atividade Física

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

42. Disponibilizou instalações para a prática de atividade física no local de trabalho?

○ Sim ○ Não

43. Subsidiou ou deu descontos no valor cobrado pelo uso das instalações para prática de atividade física no local de trabalho ou fora dele?

○ 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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ 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?

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

Controle de peso

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

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:

○ 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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

Gerenciamento de estresse

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

56. Proporcionou espaços específicos para os funcionários realizarem atividades de relaxamento, tais como meditação, yoga ou biofeedback?

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

○ Sim ○ Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

Depressão

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

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.

Sim Não

63. Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

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?

Sim Não

Pressão alta

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

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?

Sim Não

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.

Sim Não

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.

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.

Sim Não

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.

Sim Não

74. Disponibilizou aparelhos para monitoramento de pressão arterial com instruções para que os funcionários realizassem suas próprias medições?

Sim Não

75. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?

Sim Não

Colesterol Alto

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

---

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?

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

80. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de colesterol ou triglicerídeos?
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.

Sim Não

81. Proporcionou plano de saúde com cobertura gratuita ou de baixo custo para compra de medicamentos para controle de colesterol ou triglicerídeos?

Sim Não

Diabetes

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

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?

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

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.

Sim Não

86. Ofereceu programas gratuitos os 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.

Sim Não

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)?

Sim Não

Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

88. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de ataque cardíaco e comunicando que ataques cardíacos devem ser tratados como emergência?

Sim Não

89. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e comunicando que acidentes vasculares cerebrais devem ser tratados como emergência?

Sim Não

90. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de ataque cardíaco por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?

○ Sim ○ Não

91. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de acidente vascular cerebral por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?

○ Sim ○ Não

Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco

92. Possuiu um plano de resposta de emergência para casos de acidente vascular cerebral e ataques cardíacos graves?

○ Sim ○ Não

93. Possuiu uma equipe de resposta às situações de emergência médica?

○ Sim ○ Não

94. Proporcionou acesso a curso de treinamento reconhecido nacionalmente em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), que incluísse treinamento para o uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA)?

○ Sim ○ Não

95. Possuiu uma política exigindo um número adequado de funcionários por andar, unidade de negócios ou turno com certificação em RCP/DEA, de acordo com as leis estaduais e federais?

○ Sim ○ Não

96. Possuiu um ou mais DEAs instalados e em funcionamento?

○ **Sim** ○ **Não**

97.Possui um número adequado de unidades de DEA de forma que fosse possível chegar até a pessoa em um período de 3-5 minutos após o evento?

○ **Sim** ○ **Não**

98. Identificou a localização de DEAs com cartazes, avisos, sinalizadores, ou outras formas de comunicação que não o próprio DEA?

◉ **Sim** ○ **Não**

99. Realizou manutenção ou testes de rotina em todos os DEAs?

○ **Sim** ○ **Não**

100. Forneceu informações aos Serviços Médicos de Emergência Médica de sua comunidade local para que eles estivessem cientes de que havia um DEA no local para atendimento de emergência?

○ **Sim** ○ **Não**

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ...(nome do sujeito da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG), estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **Cultura de Saúde em Hospitais-cuidar de quem cuida**, cujo objetivo é identificar ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas pelos Hospitais de Excelência brasileiros e seus resultados. O conceito de Cultura de Saúde revela às organizações, a necessidade e relevância em prover saúde e bem-estar à força de trabalho. No caso dos hospitais, essa necessidade se torna mais premente na medida que seus trabalhadores precisam estar saudáveis para promover e prover saúde e bem-estar aos usuários que ali se encontram em busca de assistência. Desta forma, dada a escassez de estudos sobre o tema na área, tenciona-se contribuir na construção de um cenário para uma gestão mais efetiva, principalmente no que diz respeito à produtividade e qualidade de vida de seus trabalhadores.

A minha participação no referido estudo será voluntária e resume-se em responder ao questionário e entrevistas propostos, de acordo com as respectivas instruções fornecidas pela pesquisadora associada principal, sendo que o tempo estimado para cada um deles é de 30 minutos. O questionário é uma versão do *CDC Worksite Health ScoreCard - HSC*, adaptado aos padrões culturais brasileiros e traduzido para o português “brasileiro”, que visa identificar ações de promoção de saúde e bem-estar implementadas pelas organizações.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: aprimorar a gestão da Instituição em questão, principalmente no que diz respeito à produtividade e qualidade de vida dos seus funcionários

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, desconfortos que possam ocorrer durante a aplicação do questionário ou entrevista, como por exemplo, não entender a pergunta ou não saber respondê-la, bem como ultrapassar o tempo previsto para responder as perguntas, não trarão nenhum ônus a mim, enquanto participante, bem como quaisquer

penalidades que eu possa sofrer pela Instituição em questão, sendo que a responsabilidade de tais fatos é totalmente da pesquisadora associada principal.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei quaisquer prejuízos.

Para quaisquer dúvidas contatar a pesquisadora associada principal pela Fundação Getulio Vargas-SP pelo telefone 11-99232-1552.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo lido e sido orientado quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

São Paulo, ... de ..... de 2016.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

_____

Denise Balchiunas Toffoli
Pesquisadora associada
FGV-SP