

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO *WORKSITE HEALTH SCORECARD***  
**PARA AVALIAR PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO**  
**AMBIENTE DE TRABALHO DE INDÚSTRIAS CATARINENSES**

**IZALTINA ADÃO**

SÃO PAULO  
2018

**IZALTINA ADÃO**

**APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO *WORKSITE HEALTH SCORECARD*  
PARA AVALIAR PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO  
AMBIENTE DE TRABALHO DE INDÚSTRIAS CATARINENSES**

Trabalho aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade (MPGC), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha: Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior

**SÃO PAULO  
2018**

Adão, Izaltina.

Aplicação do instrumento *worksite health scorecard* para avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho de indústrias catarinenses / Izaltina Adão. - 2018.

104 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior.

Dissertação (MPGC) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Indústrias - Santa Catarina. 2. Saúde e trabalho. 3. Promoção da saúde. 4. Serviços de saúde ocupacional. 5. Produtividade do trabalho. 6. Doenças crônicas. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Dissertação (MPGC) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 331.822(816.4)

**IZALTINA ADÃO**

**APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO *WORKSITE HEALTH SCORECARD* PARA  
AVALIAR PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE  
TRABALHO DE INDÚSTRIAS CATARINENSES**

Trabalho aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade (MPGC), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha: Gestão em Saúde

**Data de Aprovação:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Prof. dr. Álvaro Escrivão Junior (Orientador)  
FGV-EAESP

---

Prof<sup>a</sup>. dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik  
FGV-EAESP

---

Prof. dr. Marco Akerman  
USP- FSP

---

Dr. Alberto José Niituma Ogata  
Profissional de mercado

Aos empregadores, desejando que  
percebam a oportunidade de promover  
a saúde no ambiente de trabalho.  
Aos trabalhadores, almejando que  
sejam atuantes na melhoria  
da qualidade de suas vidas.

## AGRADECIMENTOS

A minha família, meu porto seguro. Ao meu marido Elédio, que apoiou e esteve presente durante todo o tempo. A minha amada filha Letícia, tão pequena e com tanta capacidade de compreender cada ausência e aguardar cada retorno meu.

À minha mãe Ioná, exemplo de força e crença, responsável pelos primeiros passos nessa trajetória, a quem eu sou grata por todos os ensinamentos.

Ao meu pai Antonio (*in memoriam*), a quem eu sei que se orgulharia por essa vitória.

Às minhas irmãs, pela parceria.

Ao professor e orientador Dr. Álvaro Escrivão Junior, que acreditou no meu trabalho e permaneceu confiante de que tudo daria certo. Agradeço a paciência, a gentileza, e sobretudo, o compartilhar de sabedoria.

À professora Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik, minha admiração pelo brilhante desempenho e pela constante comprovação de que podemos melhorar. Suas palavras, por mim, serão sempre lembradas.

Ao Dr. Alberto Ogata, a quem serei eternamente grata pela sua disponibilidade em ajudar, guiar, e principalmente, compartilhar saberes.

À amiga Dr<sup>a</sup>. Angélia, que se dedicou sem limites a ajudar. Presente nos momentos mais necessários. Pelas considerações e orientações sempre oportunas e bem-vindas.

Às amigas doutoras Joeli e Bianca, pela objetividade nos momentos de confusão, pelo convite a respirar. E à Geórgia e à Andressa, que estiveram presentes e dispostas a ajudar quando chamei.

Aos colegas da turma do Mestrado, os quais deixaram essa jornada ainda mais prazerosa e rica com o compartilhar de experiência e saberes. Aprendi, e me diverti, com vocês.

Aos meus líderes, que me permitiram trabalhar e iniciar essa trajetória de aprendizagem na promoção da saúde.

**“A riqueza de uma empresa depende da saúde dos trabalhadores.”**

Dr<sup>a</sup>. Maria Neira, Diretora do Dptº de Saúde Pública e Ambiente da OMS

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são um problema crescente nos países. Os custos econômicos relacionados ao adoecimento e afastamentos do trabalho não param de aumentar. Empregadores estão implementando programas de promoção da saúde no local de trabalho para melhorar a saúde dos trabalhadores, a produtividade e reduzir os custos com os adoecimentos. Neste sentido, o objetivo principal deste Trabalho Aplicado foi avaliar os programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, oferecidos em uma amostra composta por 114 indústrias do Estado de Santa Catarina. Para isso, aplicou-se o instrumento *Worksite Health ScoreCard* (HSC) para avaliar o resultado dos programas de promoção da saúde. Foi possível identificar na revisão da literatura que a avaliação dos programas deve se concentrar em questões relevantes e úteis, promover um ciclo contínuo de melhorias de qualidade, eficiência e eficácia dos investimentos, além de identificar lacunas potenciais nas atuais ofertas. O resultado da pesquisa permitiu analisar que, a amostra de 114 indústrias atingiu 23,58% da pontuação máxima possível entre as estratégias e intervenções promotoras de saúde no ambiente de trabalho avaliadas com o HSC. Sobretudo, a pesquisa evidenciou que, os programas de saúde ofertados pelas indústrias participantes, em sua maioria, não correspondem aos conceitos de programas abrangentes, com estratégias e intervenções integradas às principais necessidades de saúde populacional. Notou-se que as estratégias e intervenções promotoras de saúde, aconteceram de forma isolada e não foram priorizadas de acordo com aquelas que são capazes de contribuir com melhores resultados organizacionais e nos comportamentos de saúde, e que refletem nas principais causas de adoecimentos e afastamentos do trabalho.

**Palavras-chave:** Programa de promoção da saúde. Saúde no ambiente de trabalho. Avaliação de programas de promoção da saúde. Retorno sobre o investimento.



## ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are a growing problem in many countries. Economic costs related to worker illness and absences continue to rise. Employers are implementing health promotion programs at the workplace to improve worker health, productivity and reduce costs related to illness. In this context, the main objective of this Applied Study was to evaluate health promotion programs at the workplace, offered in a sample composed of 114 industrial sectors in Santa Catarina state. To do so, the *Worksite Health ScoreCard* (HSC) was used to evaluate the results of health promotion programs. A review of the literature indicated that the evaluation of programs should be focused on relevant and useful issues, promote a continuous cycle of improvements in quality, efficiency and effectiveness of investments, and identify potential gaps in currently offered measures. The study revealed that the sample of 114 industrial sectors attained 23.58% of the maximum possible score for the strategies and interventions they use to promote health at the workplace that were evaluated with the HSC. Above all, the study revealed that most of the healthcare programs offered by participating companies do not correspond to the concepts found in broad programs with strategies and interventions that are integrated to the population's main health needs. It was found that strategies and interventions that promote health are implemented in an isolated manner and were not given priority by those who are capable of contributing to better results at a company and in health-related behavior. This is reflected in the main causes of illness and work absence.

**Keywords:** Healthcare promotion program. Workplace health. Evaluation of health promotion programs. Return on Investment.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de agrupamento dos óbitos.....	30
Quadro 2 - CDC <i>Worksite Health ScoreCard</i> (HSC).....	59

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo de Saúde no Ambiente de Trabalho .....	41
Figura 2 - Estrutura do CDC para a avaliação de programas .....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de acidentes do trabalho em Santa Catarina, de 2014 a 2016.....	33
Tabela 2 - Quantidade e motivo das aposentadorias concedidas em Santa Catarina, de 2014 a 2016 .....	35
Tabela 3 - Características dos respondentes .....	62
Tabela 4 - Perfil das indústrias que concluíram a pesquisa por porte .....	63
Tabela 5 - Perfil das indústrias que concluíram a pesquisa por setor.....	63
Tabela 6 - Indústrias que atingiram mais de 50% na avaliação de intervenções em promoção da saúde no ambiente de trabalho .....	67
Tabela 7 - Pontuação atingida nos domínios entre as 114 indústrias, e média das estratégias e intervenções em saúde .....	68
Tabela 8 - Pontuação média das ações nos domínios por porte industrial .....	69
Tabela 9 - Resultados das ações da amostra classificados pelo impacto nos comportamentos de saúde e resultados organizacionais .....	70
Tabela 10 - Questões mais e menos pontuadas, praticadas no ambiente de trabalho, amostra das 114 indústrias .....	73
Tabela 11 - Questões mais e menos pontuadas entre os domínios, amostra das 114 indústrias .....	78

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Pirâmide etária Brasil e Santa Catarina, com projeções para os anos de 2000, 2018 e 2030 .....	24
Gráfico 2 - Razão de dependência entre jovens e idosos em Santa Catarina, de 2000 a 2030.	25
Gráfico 3 - Mortalidade por grupos de causas para as seis causas com maior prevalência na população de Santa Catarina, 2015.....	29
Gráfico 4 - Mortalidade proporcional da faixa etária por três grandes grupos de causas, na população de Santa Catarina 2015.....	31
Gráfico 5 - Causas de afastamentos em Santa Catarina, de 2012 a 2017.....	32
Gráfico 6 - Causas de afastamentos, distribuição por sexo e por motivo em Santa Catarina, de 2012 a 2017 .....	32
Gráfico 7 - Afastamentos do trabalho por motivo de doenças, principais causas em Santa Catarina, no período de 2012 a 2017 .....	35
Gráfico 8 - Gasto <i>per capita</i> mensal de planos de assistência médico-hospitalar, no período de 2007 a 2016 .....	37
Gráfico 9 - Perfil etário dos 40.746 trabalhadores das indústrias respondentes.....	64
Gráfico 10 - Escolaridade dos 40.746 trabalhadores das indústrias respondentes .....	65
Gráfico 11 - Percentual de estratégias e intervenções em saúde praticadas por porte industrial .....	67
Gráfico 12 - Impacto das estratégias e intervenções em saúde, por domínios das 114 indústrias do estudo.....	71
Gráfico 13 - Resultado geral por domínios, amostra das 114 indústrias .....	74
Gráfico 14 - Comportamento dos domínios por porte, amostra das 114 indústrias .....	75
Gráfico 15 - Comportamento dos domínios por porte, amostra das 114 indústrias .....	76

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APVP	Potenciais de Vida Perdidos
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CAT	Comunicações de Acidente de Trabalho
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
FIESC	Federação das Indústrias de Santa Catarina
HSC	<i>Worksite Health ScoreCard</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPT	Ministério Público do Trabalho
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	Pesquisa Industrial Anual
PIB	Produto Interno Bruto

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ROI	Retorno Financeiro sobre o Investimento
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
TA	Trabalho Aplicado
VOI	Valor sobre o Investimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1 OBJETIVOS.....	23
<b>1.1.1 Geral.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1.2 Específicos .....</b>	<b>23</b>
1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DE SANTA CATARINA .....	23
1.3 PANORAMA DE SAÚDE .....	26
<b>1.3.1 Fatores de risco à saúde .....</b>	<b>27</b>
<b>1.3.2 Mortalidade .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.3 Afastamentos do trabalho .....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.4 Aposentadorias.....</b>	<b>35</b>
<b>1.3.5 Saúde suplementar.....</b>	<b>36</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>38</b>
2.1 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO .....	38
<b>2.1.1 Conceito de promoção da saúde .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.2 Estrutura de programas abrangentes de promoção da saúde.....</b>	<b>40</b>
2.1.2.1 Avaliação da saúde populacional.....	41
2.1.2.2 Planejamento do programa .....	42
2.1.2.3 Implementação do programa.....	42
2.1.2.4 Evolução do programa .....	43
<b>2.1.3 Avaliação organizacional dos programas.....</b>	<b>43</b>
2.1.3.1 O valor para os stakeholders.....	44
2.1.3.2 Atuação orientada às necessidades .....	45
2.1.3.3 Oferta de incentivos.....	46
2.1.3.4 Absenteísmo e Presenteísmo.....	47
2.1.3.5 Expectativas de resultados .....	48
2.1.3.6 Valorização no mercado de ações de empresas com programas de saúde..	50
2.1.3.7 Worksite Health ScoreCard: Instrumento de avaliação dos programas .....	51
2.1.3.8 Processo de tradução e adaptação cultural do instrumento HSC para o Brasil	53
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>56</b>
3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	56
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	57
3.3 LOCAL E POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO .....	57



3.4	PROCESSO AMOSTRAL .....	57
3.5	INSTRUMENTO E VARIÁVEIS MENSURADAS .....	58
3.6	LOGÍSTICA .....	60
3.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	60
3.8	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	61
3.9	ASPECTOS ÉTICOS .....	61
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
4.1	PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE (HSC) .....	62
4.1.1	<b>Perfil da amostra .....</b>	<b>62</b>
4.1.1.1	<i>Perfil dos respondentes do questionário .....</i>	<i>62</i>
4.1.1.2	<i>Perfil das Indústrias .....</i>	<i>62</i>
4.1.1.3	<i>Perfil dos trabalhadores das indústrias .....</i>	<i>63</i>
4.1.2	<b>Avaliação dos programas de promoção da saúde .....</b>	<b>67</b>
4.1.2.1	<i>Resultados organizacionais .....</i>	<i>67</i>
4.1.2.2	<i>Resultados nos comportamentos de saúde .....</i>	<i>69</i>
4.1.2.3	<i>Dimensões das estratégias e intervenções .....</i>	<i>72</i>
4.1.3	<b>Avaliação dos domínios em saúde .....</b>	<b>74</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde e a produtividade dos trabalhadores são fatores críticos para o aumento da competitividade empresarial, impactando diretamente na saúde populacional e contribuindo para o sucesso econômico dos Estados (CANCELLIERE; et al, 2011). Assim sendo, o local de trabalho é um espaço importante para os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram para um processo de melhoria contínua de proteção e promoção da segurança, da saúde e do bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente organizacional (WHO, 2010). Esta definição demonstra que a compreensão de saúde ocupacional tem evoluído para um entendimento de que o ambiente de trabalho pode ser visto como um espaço de promoção da saúde, que oportuniza atividades de melhoria desta, previne doenças e acidentes do trabalho, além de resultar no melhor desempenho empresarial.

Neste sentido, uma abordagem estratégica, por parte dos empregadores, para a construção de ambientes de trabalho saudáveis, pode ser um passo significativo para conter o crescente aumento dos custos com saúde e acidentes do trabalho nos países. É provável que algumas organizações ainda vejam a saúde do trabalhador como custo e, ao contrário de fazer uma gestão estratégica do tema, são reativas e limitam-se à promoção de ações pontuais.

Os crescentes custos com saúde são insustentáveis e representam uma ameaça à saúde e à segurança em alguns países, com uma porcentagem significativa desses custos sendo mantidos pelas empresas e seus trabalhadores. A má qualidade na saúde e segurança do trabalhador são problemas crônicos para a saúde pública e a Previdência Social no Brasil. No ano de 2016, a Previdência Social concedeu 5,1 milhões de benefícios, dos quais 88,3% eram previdenciários, 6,8% assistenciais e 4,9% acidentários. Comparado com o ano de 2015, a quantidade de benefícios concedidos aumentou 18,1%. A espécie beneficiária mais concedida foi o auxílio-doença previdenciário que representou 42,7% dos casos, seguido da aposentadoria por idade 12,9%. O valor total dos benefícios concedidos em 2016 atingiu R\$ 6,7 bilhões, valor que representou um acréscimo de 33,0% em relação ao ano anterior. Considerando o valor dos benefícios, as espécies mais concedidas foram todas previdenciárias: o auxílio-doença 43,2%, a aposentadoria por tempo de contribuição 15,0% e

a aposentadoria por idade 10,5% (Previdência Social, 2017). A necessidade de redução desses números convoca a sociedade e lideranças públicas e privadas a somar esforços também neste âmbito. Para Mendes, “essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX” (MENDES, 2010).

Um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por fração substancial da carga de doenças relacionadas a essas enfermidades. Entre esses, destacam-se o tabagismo, o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2014). A preocupação com a sustentabilidade financeira e, concomitantemente, com o bem-estar humano, faz da saúde um tema estratégico para as organizações públicas e privadas, que buscam formas compartilhadas de soluções viáveis para essa demanda global.

As doenças crônicas não transmissíveis – como: doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, cânceres, obesidade e diabetes - estão entre as mais prevalentes, caras e evitáveis de todos os problemas de saúde. Essas doenças correspondem a 74% dos óbitos no Brasil, sendo a primeira causa de mortes (VIGITEL, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas mesmas quatro principais DCNTs são responsáveis por 82% das mortes no mundo (WHO, 2014). As principais causas das doenças crônicas são conhecidas e, se esses fatores de risco citados fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças do coração, dos derrames e do diabetes tipo II poderiam ser evitados e mais de 40% dos casos de câncer (WHO, 2005).

Essa quantidade elevada de doenças crônicas está associada, em sua absoluta maioria, ao estilo de vida inadequado da população. As DCNT afetam negativamente as vidas dos indivíduos, o sistema de saúde e a produtividade no local de trabalho. O maior acometimento das doenças crônicas vem, em sua maioria, com o aumento da idade, aliado à ocorrência simultânea de diferentes fatores de risco, ao uso contínuo e diversificado de medicamentos e às mudanças corporais e funcionais inerentes ao processo de envelhecimento, o que exige cuidados constantes ao longo da vida para que o risco não se agrave nessa fase da vida (MALTA; et al, 2011). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) referiu que 40% da população brasileira adulta, em 2014, possuía ao menos uma doença crônica não transmissível (PNS, 2014) e essas impactam em 61% da mortalidade da população em idade produtiva, entre 15 e 59 anos, além de representar 88% dos óbitos de pessoas com 60 anos ou mais (SIM, 2015).

Tendo em vista que o aumento da longevidade é uma tendência mundial, o desafio tende a ser ainda maior. A expectativa de vida do brasileiro se ampliou em 25,4 anos, de 1960 a 2010, devendo chegar a 78,6 anos em 2030 e a 81,2 anos em 2060 (IBGE, 2017). O aumento da longevidade gera preocupações mundiais centradas na relação entre suporte social e financeiro, assim como na desaceleração do crescimento da força de trabalho global nas próximas décadas. Os países desenvolvidos, em todo o mundo, enfrentam esse grande desafio para a manutenção de uma força de trabalho saudável e produtiva. O principal motivo para este desafio é a combinação de taxas de natalidade decrescentes e aumento da longevidade, que resultaram em um envelhecimento da força de trabalho em todo o mundo (AMMENDOLIA, C.; et al, 2016). De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a razão de dependência de idosos (de 65 ou mais anos) e indivíduos ativos (de 15 a 64 anos) mudará de 8,6 indivíduos ativos para cada idoso em 2015, para 5,1 em 2030 e 2,3 em 2060 (IBGE). Sendo que a População Economicamente Ativa (PEA) maior, também conhecida como o bônus demográfico, é um dos principais componentes de riqueza de um país. Essa janela de oportunidade, no Brasil, começará a se fechar em 2025, e o país perderá todas as vantagens a partir de 2055 (ALVES, J., 2008). O envelhecimento populacional implica diretamente no envelhecimento da força produtiva. Isso significa que, em um futuro próximo, os empregos serão ocupados por pessoas com mais de 45 anos, fato que exigirá iniciativas de gestão específicas às necessidades desses profissionais com mais idade, a dita geração *silver* (CEPELLOS; et al, 2013).

Neste contexto, líderes empresariais assumem um papel fundamental no planejamento e na criação de ambientes de trabalho saudáveis. Para tanto, é preciso estar ciente que, apesar das dificuldades em propiciar melhorias nesse cenário, investir na promoção da saúde é uma oportunidade de repensar e reposicionar seu próprio modelo de gestão ao optar por uma agenda positiva de saúde e segurança diante das demandas impostas pelo adoecimento e envelhecimento populacional. Assim, não resta dúvida de que os cuidados com a saúde física, psíquica e a qualidade de vida dos trabalhadores, precisam entrar imediatamente na pauta das organizações preocupadas com a sustentabilidade e futuro do seu negócio.

Essa necessidade de mudança cria um ambiente estimulante, mas também desafiador para as empresas, pois todas enfrentarão o aumento da expectativa de vida e do período laboral dos seus trabalhadores. Como bem observam Ogata & Malik, um aspecto importante na saúde populacional de uma organização é a construção de uma cultura de saúde nas organizações que traga resultados significativos em termos de produtividade e redução de

custos com assistência médica (OGATA & MALIK, 2017). As organizações que se mostrarem mais proativas, nesse sentido, estarão em melhor posição para se manter competitivas, preservando e contribuindo para o envelhecimento saudável de seus trabalhadores, afinal, é sabido que profissionais saudáveis são ativos estratégicos e um diferencial competitivo para os negócios.

A utilização de programas e políticas eficazes no local de trabalho pode reduzir os riscos para a saúde e aumentar a produtividade dos trabalhadores. Populações saudáveis são mais produtivas, gerando retornos mais elevados para seus empregadores e receitas fiscais mais estáveis, resultando em custos menores para os seus empregadores e seus respectivos sistemas de saúde. Além do que, uma população saudável é capaz de prolongar sua vida produtiva no ambiente de trabalho, contribuindo mais para o sistema de bem-estar social e dependendo menos dos benefícios que ele oferece. Consequentemente, um ganho adicional é o aumento da produtividade empresarial, a redução dos gastos com o cuidado da saúde e níveis mais altos de bem-estar (FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL, 2015).

Uma maneira de tangibilizar a redução dos custos por meio da oferta de um programa de saúde no local de trabalho é a redução do absenteísmo entre os trabalhadores, bem como a redução de horas extras para cobrir indivíduos ausentes e, ainda, o custo adicional de treinar trabalhadores substitutos.

Neste sentido, muitos empregadores estão se voltando para programas de saúde no local de trabalho para apoiar empregados na redução do risco de desenvolver doenças crônicas. Nos Estados Unidos, de acordo com artigo publicado *no Medical Benefits*, a *RAND Corporation* divulgou que 70% dos empregadores oferecem algum tipo de programa de saúde e bem-estar para seus trabalhadores. E entre as principais razões para a oferta desse benefício estão, em ordem de prioridade: 1) a melhoria da saúde dos trabalhadores; 2) a diminuição dos prêmios médicos e custos com sinistralidade; 3) o valor percebido pelos indivíduos (RAND CORPORATION, 2015).

Estudos comprovam que empresas que promovem a saúde têm evidenciado retornos positivos. De acordo com os resultados de uma pesquisa publicados pela *Harvard Business Review* em 2010, cada dólar investido em programas estruturados de bem-estar pode gerar uma economia de até 6 dólares nos custos com saúde (BERRY; et al, 2010). Além disso, um estudo realizado em 2012 pela empresa americana de pesquisas *Gallup*, com cerca de 1,4 milhões de trabalhadores de 49.928 indústrias de 49 países, comprovou o vínculo entre o investimento em qualidade de vida, competitividade e produtividade. Ao comparar os

resultados de 25% das unidades de negócios melhor pontuadas versus 25% com pior resultado, os dados mostram que elas têm 48% menos incidentes de segurança, 37% menos absenteísmo, 41% menos problemas com qualidade na produção (defeitos), 21% maior produtividade e resultados 10% mais elevados em lealdade do cliente. A *Gallup* destaca, ainda, que, quando os indivíduos estão prosperando em diferentes dimensões do bem-estar, eles perdem 41% menos dias de trabalho devido a problemas de saúde física, são menos propensos a procurar outro lugar para trabalhar e têm 65% menos probabilidade de ter problemas de saúde ao longo de um ano (SORENSEN, 2013).

Com esse intuito, e baseadas na construção de uma cultura de saúde no ambiente de trabalho, empresas norte-americanas têm buscado o Valor sobre o Investimento (VOI), e não somente o Retorno Financeiro sobre o Investimento (ROI). Para os especialistas, uma abordagem de VOI requer que as empresas avaliem questões mais amplas e não apenas indicadores individuais de saúde dos trabalhadores (GOETZEL, 2007).

Contudo, tão importante quanto implementar e manter os programas de saúde e segurança no ambiente de trabalho é o processo avaliação e acompanhamento das intervenções realizadas, para que seu desempenho seja mensurado e seu impacto avaliado ao longo do tempo. A gestão dos programas permite a identificação de lacunas, além de facilitar o processo de priorização das estratégias de alto impacto que contribuem para a redução do risco de doenças crônicas entre os trabalhadores.

É importante avaliar até que ponto o programa de saúde no local de trabalho pode ser mantido ao longo do tempo, como é percebido pelos empregadores e pela gerência, e seu retorno sobre o investimento - ROI.[...] A avaliação deve concentrar-se em questões que sejam relevantes e úteis para aqueles que utilizarão os resultados, e que o processo de avaliação se alimente num ciclo contínuo de melhoria da qualidade para melhorar e reforçar as atividades existentes, identificar as lacunas potenciais nas ofertas atuais e descrever a eficiência e eficácia dos recursos investidos (Milstein, 1999, p.10 e 11, tradução da autora).

Investir em saúde faz bem, e a realidade do impacto de custos na economia nacional por conta da má qualidade da saúde e segurança pode mudar se a promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes for planejada, implementada e avaliada sob a perspectiva de investimento organizacional.

Neste contexto, o presente Trabalho Aplicado abordou a seguinte pergunta de pesquisa: Como avaliar os resultados dos programas de promoção da saúde ofertados no ambiente de trabalho em uma amostra de indústrias catarinenses?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Geral

Avaliar os programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, oferecidos em indústrias catarinenses, usando o instrumento *Worksite Health ScoreCard* (HSC).

### 1.1.2 Específicos

Aplicar o instrumento HSC e analisar os resultados dos programas de promoção da saúde ofertados pelas indústrias participantes e indicar melhorias;

Realizar uma análise dos domínios do instrumento HSC e indicar melhorias no instrumento.

## 1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DE SANTA CATARINA

O Estado de Santa Catarina tem se destacado positivamente nos índices sociais e de desenvolvimento econômico. Segundo estimativa realizada pelo IBGE para o ano de 2017, o Estado conta com uma população de cerca de 6,2 milhões de pessoas, possui o mais alto índice de expectativa de vida do país, uma das menores taxas de mortalidade infantil e a menor taxa de desigualdade econômica e de analfabetismo do país.

Entre as Unidades da Federação, Santa Catarina lidera o *ranking* de maior expectativa de vida ao nascer, estimada em 79,1 anos, sendo de 75,8 para os homens e de 82,4 anos para as mulheres (IBGE, 2017).

Com relação à redução da taxa de mortalidade infantil, outras mudanças demográficas são fortemente percebidas na pirâmide etária do Estado de Santa Catarina, como a redução da taxa de fecundidade e o aumento na expectativa de vida. As projeções do IBGE para 2020 e 2030 mostram que a maior área da distribuição etária da população está cada vez mais afastada da base, enquanto esta se torna menor. Em 2010, os grupos mais representativos compreendiam a faixa de 15 a 29 anos, com quase 23% abaixo deste estrato e apenas 6,6% acima de 65 anos. Dez anos depois, os grupos mais representativos se concentram na faixa

etária de 25 a 39 anos, havendo queda para 21,7% no grupo mais jovem, passando para 11,3% entre os idosos (Gráfico 1).

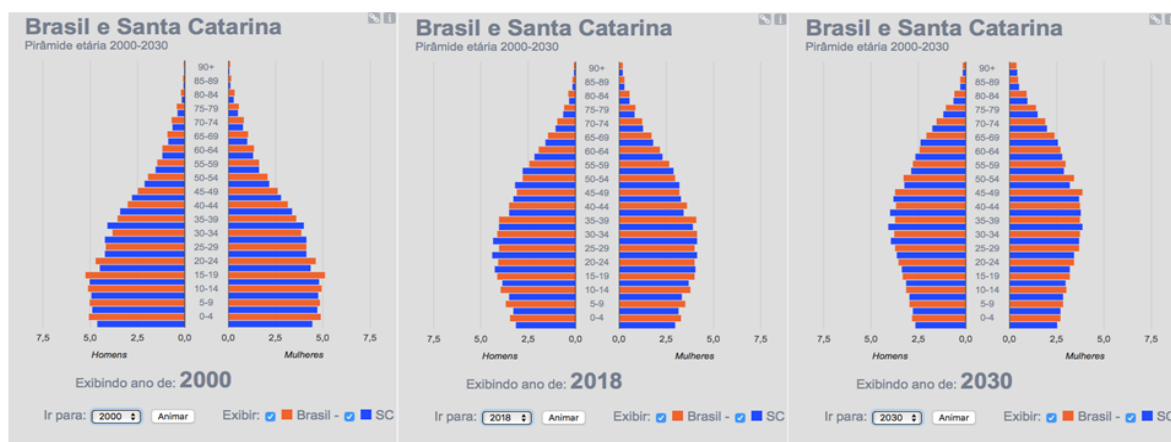


Gráfico 1- Pirâmide etária Brasil e Santa Catarina, com projeções para os anos de 2000, 2018 e 2030

Fonte: IBGE – Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação

Dessa população, 1,4 milhões tinham idade entre 0 a 14 anos, representando 22% da população, 1,3 milhões com idade acima dos 50 anos, representando 21% da população e a maior porcentagem, em termos de idade, representando 30% da população, com idade entre 30 e 49 anos (IBGE, 2010).

A expectativa do IBGE para a população de Santa Catarina em 2030 é de 8 milhões de habitantes. Considerando esse aumento, a evolução em 2030 modificará acentuadamente o perfil mais numeroso da população, localizado entre 30 a 44 anos, diminuindo para 21% a representatividade dos menores de 15 anos e ampliando para 18,5% a participação dos idosos na população.

Esta longevidade implica em uma participação cada vez maior do grupo etário superior aos 65 anos na população que passou de 5,2%, em 2000, para 8,3%, em 2016. Devendo, segundo projeções do IBGE, chegar a 14,6% no Estado, em 2030, acima dos 13,4% estimados para o Brasil. Assim, o Índice de Envelhecimento (IE)<sup>1</sup> de Santa Catarina, que em 2017 foi de 43,8, poderá chegar a 88,2% daqui a 12 anos e, no Brasil, de 38,8 em 2017 para 76,4 em 2030, média inferior a estadual. Havendo sucesso nas projeções, o cenário populacional será de 1 idoso para cada 1 criança em Santa Catarina.

<sup>1</sup>O Índice de Envelhecimento compara a população acima de 60 anos ou mais, para cada grupo de 100 pessoas menores de 15 anos de idade.



Quando confrontado com a população em idade ativa, a relação de pessoas com mais de 65 anos que, em 2017, era de 8,7%, tem previsão de, em 2018, ser de 9,7%, e em 2030, de 14,64% em Santa Catarina. Essa é a parcela da população que terá um aumento mais significativo, podendo representar um acréscimo de um pouco mais de 50% neste último período. Com isso, a taxa de razão de dependência<sup>2</sup> será diretamente impactada, uma vez que o volume da população com idade superior a 65 anos aumentará em detrimento da população com até 14 anos de idade. A razão de dependência foi de 39,90% em 2017, projetada para 40,02% em 2018 (Gráfico 2), e pode chegar a 45,42% em 2030 no Estado. Para o Brasil, esse indicador, que foi de 44,25% em 2017, pode chegar igualmente a 45% em 2030 (IBGE, 2017).

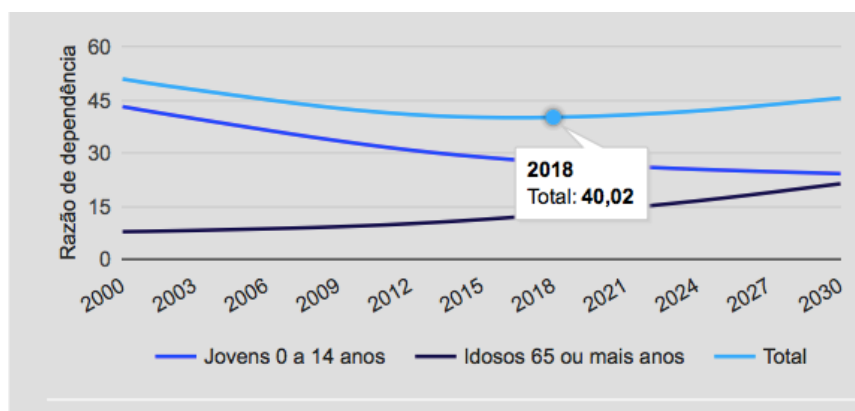


Gráfico 2 - Razão de dependência entre jovens e idosos em Santa Catarina, de 2000 a 2030  
Fonte: IBGE – Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Santa Catarina possuía 6,8 milhões de habitantes em 2015. Nesse mesmo ano, a população economicamente ativa era de 3,7 milhões, cerca de 54% da população total. O Estado possuía a maior proporção de pessoas de 16 anos ou mais ocupadas em empregos formais (75,6%), além da maior média de horas semanais trabalhadas no emprego principal, com 40,2 horas (PNAD, 2017). Estes valores contribuíram para a manutenção do menor índice de Gini (0,419) entre as Unidades da Federação, indicador que mede a desigualdade de renda, e posicionaram Santa Catarina na 4ª colocação entre os Estados com maior rendimento médio mensal do trabalho (R\$ 2.170). Com o nível da taxa de desocupação, estimada em 6,3% no 4º trimestre de 2017, Santa Catarina mantém um dos níveis mais baixos comparados à Região Sul que é de 7,7%, e

<sup>2</sup>É a razão entre segmento etário da população definido como economicamente dependente, com idade inferior a 14 anos, e superior a 65 anos, e o segmento etário potencialmente produtivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

ao Brasil de 11,8%. Com uma população em idade de trabalhar estimada em 5,8 mil pessoas, o Estado mantém o nível de ocupação em 61,8%, com um aumento de 1,7 pontos percentuais em relação ao mesmo período do ano anterior, e ligeiramente acima do observado na Região Sul com 59,7%, e com a média do país de 61,8% (PNAD, 2017).

Do total de pessoas ativas, 2.167.923 estavam empregadas formalmente em dezembro de 2016, distribuídas em 224.353 estabelecimentos. Cerca de 98% dessas empresas são de micro ou pequeno porte e os empregos estão distribuídos quase igualmente entre micro e pequenas (51,3%) e médias e grandes (48,7%). Relacionado à escolaridade, 15,7% dos trabalhadores da indústria tem o ensino fundamental incompleto, 27,3% tem o fundamental completo, enquanto 48,8% concluíram o ensino médio, e apenas 7,5% possuem curso superior. Desses, os cursos com maior representatividade são administração de empresas, com 15,4%, e direito, com 13,2%, da parcela da formação superior (FIESC, 2017).

### 1.3 PANORAMA DE SAÚDE

Segundo a PNS, em 2013, no Brasil, havia 146,3 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade e, destas, 66,1% auto-avaliaram<sup>3</sup> sua saúde como boa ou muito boa. A mesma pesquisa, porém, referiu que 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma Doença Crônica não Transmissível (PNS, 2014).

As doenças respiratórias crônicas, distúrbios músculo-esqueléticos, perda auditiva induzida por ruído e problemas de pele são as doenças ocupacionais mais comuns nesse ambiente. Certos riscos ocupacionais, como lesões, ruído, agentes carcinogênicos, partículas transportadas pelo ar e riscos ergonômicos são responsáveis por uma parte substancial da carga de doenças crônicas. Apenas um terço dos países, no entanto, tem programas para resolver esses problemas (OMS, 2017).

Anualmente, 12,2 milhões de pessoas, a maioria em países em desenvolvimento, morrem de doenças não transmissíveis enquanto ainda estavam em idade ativa de trabalho. Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao trabalho, bem como doenças cardiovasculares e depressão são causadas pelo estresse ocupacional, e resultam em taxas crescentes de doença de longo prazo

---

<sup>3</sup>A avaliação do estado de saúde consiste na percepção que o indivíduo tem da sua própria saúde.

e ausência no trabalho. Os problemas de saúde relacionados ao trabalho geram uma perda econômica de cerca de 4 a 6% do PIB para a maioria dos países. E cerca de 70% dos trabalhadores não possuem nenhum seguro para compensá-los em caso de doenças e lesões profissionais (OMS, 2017).

### 1.3.1 Fatores de risco à saúde

Como mencionado na introdução deste trabalho, um conjunto relativamente pequeno de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas não transmissíveis e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades.

A pesquisa Vigitel, realizada em 2015, nas capitais brasileiras, e publicada em 2016, revelou que, entre os fatores de risco, o uso do tabaco é prática comum para 10% da população adulta entrevistada, com idade superior a 18 anos, sendo essa igualmente a média em percentuais da capital de Santa Catarina. Esse indicador no Estado manteve-se com a taxa de 13% no período de 2011 a 2013, conseguindo reduzir e manter em 10% até então. Entre as capitais com maior frequência de fumantes estão Porto Alegre, com 14,9%, e São Paulo, com 13,7%, entre os que fumam 20 cigarros ou mais e a faixa etária varia entre 55 e 64 anos e essas têm em média até 8 anos de estudo. Uma perspectiva que chamou a atenção é que 8% dos entrevistados relataram ser fumantes passivos no ambiente de trabalho.

No que se refere ao consumo de álcool o Vigitel identificou que 13% dos adultos conduzem veículos motorizados após consumirem qualquer quantidade de bebida alcoólica e Florianópolis é a capital com a taxa mais elevada entre as Unidades Federativas. O Distrito Federal tem o percentual mais elevado no consumo de 4 ou mais doses de bebida alcoólica numa mesma ocasião, com 24%, e Florianópolis ficou em 5º lugar com 20% dos adultos que bebem.

A pesquisa revelou, ainda, que 51% dos brasileiros estão acima do peso ideal e, desses, 19% são obesos. Em Florianópolis esse indicador está um pouco abaixo da média nacional, compondo 15,7% de obesidade. Já com relação à prática insuficiente de atividade física o resultado variou de 38%, no Distrito Federal a 59% em Recife, e a inatividade física variou de 12% em Florianópolis a 20% em João Pessoa.

O consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais dias na semana) registrou um leve aumento de 4 pontos percentuais nos últimos quatro anos no Brasil. Em Florianópolis, depois

de um elevado aumento de 17% de 2011 a 2014, houve uma queda brusca de 6% em um ano, sendo relativamente puxada pela população masculina, que passou de 50% para 39% nesse mesmo período. O consumo recomendado de frutas e hortaliças teve ligeira queda para a população brasileira, passando de 36% para 34% no último ano, enquanto Florianópolis tem mantido um sutil, mas constante, aumento nas taxas, que é, atualmente, de 25% da população consumindo a quantidade de cinco porções por dia de frutas e hortaliças conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde. Outro fator importante é o consumo de alimentos com gordura, pois se constatou que 31% da população consome carnes com excesso de gordura e 51% não dispensam o leite integral. Dos respondentes da pesquisa, 23% referiram consumir refrigerantes em 5 ou mais dias na semana e 15% informaram que ingerem mais sal do que deveriam no consumo alimentar.

De acordo com a última PNS, realizada em 2013, Santa Catarina tinha alguns indicadores críticos e acima da média nacional: 8,3% das pessoas fizeram uso de medicamento para dormir nas últimas duas semanas da pesquisa. Além disso, 4,1% do grupo etário nunca aferiu sua pressão arterial e 12,6% não realiza exame de sangue para avaliar os níveis de glicemia. Tais informações se somam aos maiores valores de pessoas diagnosticadas com depressão (12,9%) e com câncer (3,9%), além da segunda posição entre aqueles com insuficiência renal crônica (2,6%). No entanto, esses dados revelam uma cultura populacional ainda pouco proativa para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as relacionadas à hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto.

### 1.3.2 Mortalidade

Em 2015, a primeira causa dos óbitos esteve relacionada às doenças do aparelho circulatório, o equivalente a 28%, e isso representa mais de 10 mil óbitos relacionados no ano em Santa Catarina. Nesse grupo, as doenças isquêmicas do coração representaram 32%, e as cerebrovasculares, 26% das causas de óbitos (Gráfico 3). Vale citar, também, que as doenças hipertensivas são a 5ª maior causa de morte do grupo das doenças do aparelho circulatório, representando 15% nesse grupo. As doenças hipertensivas acometem mais mulheres (57%) do que homens, ao contrário das demais doenças do aparelho circulatório, como as isquêmicas do coração e infartos, que são mais prevalentes entre os homens, chegando a 60% dos casos.

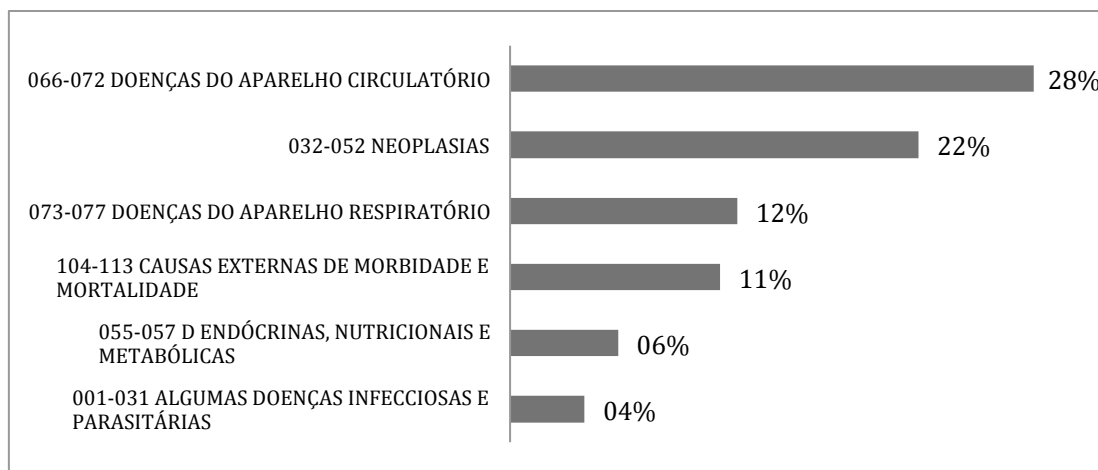


Gráfico 3 - Mortalidade por grupos de causas para as seis causas com maior prevalência na população de Santa Catarina, 2015.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – Elaborado pela autora.

As neoplasias representam a segunda maior causa de morte em Santa Catarina, representando 22% dos óbitos, com um montante de um pouco mais de 8 mil registros. Entre as principais causas de morte neste grupo está a neoplasia maligna da traquéia, brônquios e pulmões com 44%.

Em terceiro estão as doenças do aparelho respiratório, com destaque para a pneumonia com 41% das mortes e maior prevalência entre as pessoas acima dos 50 anos, representando 90% dos casos. Dos casos de pneumonia acima de 50 anos, 70% estão relacionados às pessoas com mais de 70 anos, e entre os sexos, a doença tem a mesma proporção de acometimento de 50% para ambos os sexos.

A quarta maior incidência de óbitos está relacionada às causas externas, sendo a principal causa o acidente de transporte, representando 38% das causas desse grupo, que representou 11% das fatalidades em 2015.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas compõem 5% das mortes, sendo 80% provocada pela diabetes *mellitus*, também predominantemente em pessoas acima dos 50 anos de idade e atingindo principalmente as mulheres, caracterizando 55% dos casos de mortes para as pessoas desse sexo. As doenças virais e bacterianas totalizaram 25% de todas as causas de morte no grupo das doenças infecciosas e parasitárias.

A distribuição das causas de mortalidade por faixa etária pode ser visualizada no Gráfico 4, elaborado a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), excluindo-se os óbitos mal definidos (100-102) e os óbitos com idade e sexo ignorados. Destaca-se,

ainda, que os três grandes grupos seguiram os critérios de agrupamento de óbitos da Organização Mundial da Saúde (Nogueira, 2004) conforme Quadro 1, a seguir.

<b>Grupo</b>	<b>Classificação CID-BR-10</b>
Doenças transmissíveis, desnutrição, condições maternas e causas perinatais	001-031 Algumas doenças infecciosas e parasitárias . 056 Desnutrição . 060 Meningite . 073 Influenza (gripe) . 074 Pneumonia . 075 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores 088-091 Gravidez, parto e puerpério 092-096 Algumas afecções originárias no período perinatal
Doenças não-transmissíveis	Todas as demais causas, excluindo as mal definidas (100-102)
Causas externas	Causas externas de morbidade e mortalidade (103-112)

Quadro 1 - Critérios de agrupamento dos óbitos

Fonte: Nogueira, 2004. IPEA

Dos três grandes grupos de mortalidade selecionados pela OMS, o primeiro abrange as doenças transmissíveis, a desnutrição, as condições maternas e as causas perinatais. De modo geral, esse grupo tem maior peso na estrutura de mortalidade dos países em desenvolvimento. O segundo grupo, por sua vez, distingue as causas associadas ao extenso e bem variado conjunto das doenças não-transmissíveis, cujo peso na estrutura de mortalidade cresce na medida em que o país se desenvolve e há um envelhecimento relativo de sua população. O terceiro grupo, finalmente, refere-se não a enfermidades, mas a eventos que resultam em morte – são as causas externas, abrangendo acidentes de transporte, quedas, agressão e suicídios (Nogueira, 2004, p. 140).

É possível observamos que as doenças não transmissíveis, impactam em 61% da mortalidade da população em idade produtiva, entre 15 e 59 anos. Além de representar 88% dos óbitos de pessoas com 60 anos ou mais, Gráfico 4, sendo, portanto, as que mais impactam na mortalidade da população adulta na referida faixa etária.

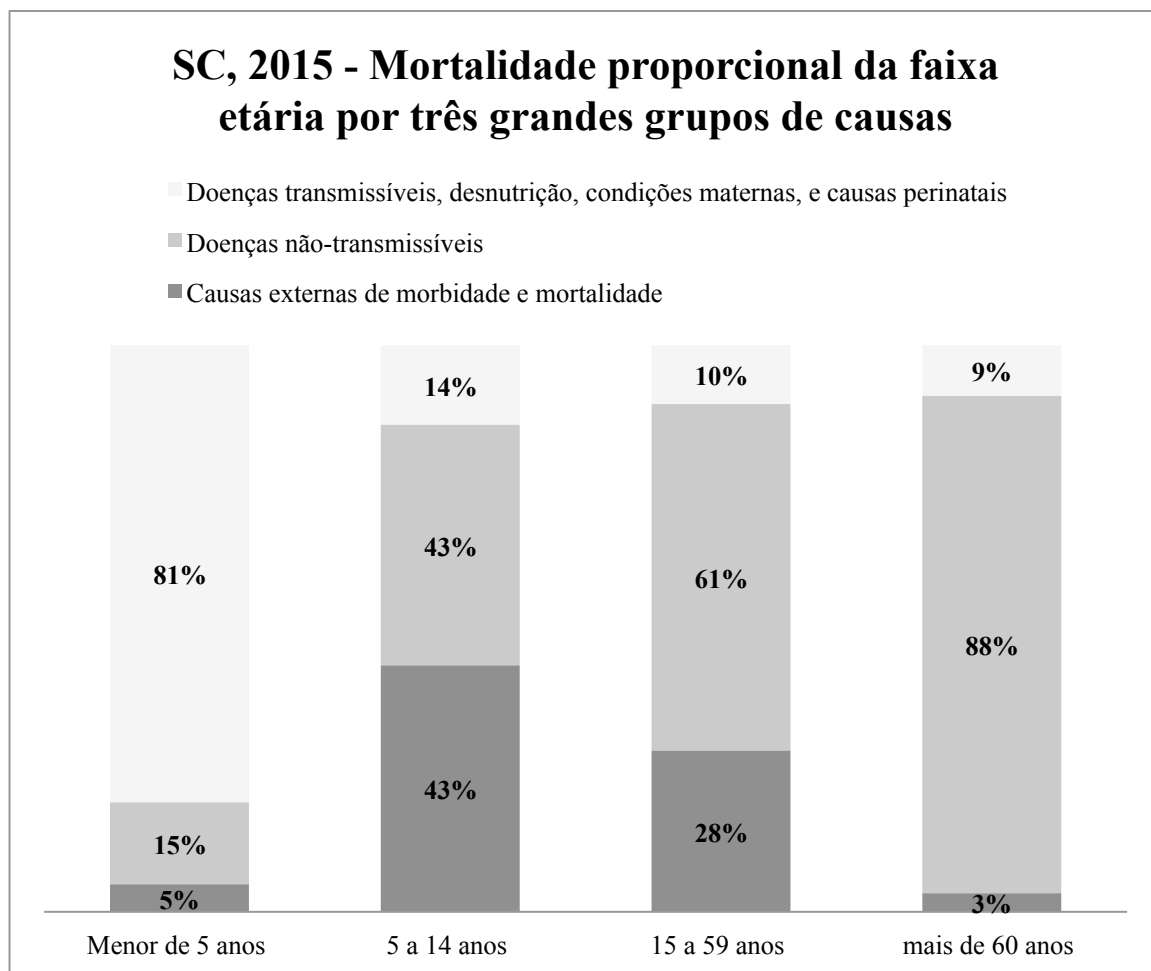


Gráfico 4 - Mortalidade proporcional da faixa etária por três grandes grupos de causas, na população de Santa Catarina 2015.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – Elaborado pela autora.

Em média, 57% de todos os grupos de causas de mortalidade acometem mais o sexo masculino. A mortalidade por causas externas, contudo, acomete, significativamente, os trabalhadores do sexo masculino, representando 80% dos casos. A desagregação dos dados de mortalidade masculina por causa externa, mostra que 81% dos casos são de acidentes de transporte e 90% por agressão e estão relacionados com um maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos<sup>4</sup> (APVP) já que estão concentradas na faixa de 20 a 29 anos. Essa mortalidade e anos potenciais de vida perdidos comprova que temos um grande desafio relacionado ao adoecimento, acidentes e, conseqüentemente, aos afastamentos dos trabalhadores das atividades laborais.

<sup>4</sup>O APVP quantifica o tempo não vivido quando a morte ocorre antes dos 70 anos.

### 1.3.3 Afastamentos do trabalho

Dos afastamentos totais ao trabalho, apenas 7% estão relacionados a atividades ocupacionais e a grande maioria, 93%, não têm ligação com as atividades laborais. Os afastamentos geram uma despesa significativa para as empresas nos primeiros 15 dias de afastamento e, após esse período, o custo é direcionado para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) que, por sua vez, sobrecarrega as contas públicas. As causas de afastamentos ocupacionais, em Santa Catarina estão, em sua maioria, relacionadas a acidentes, correspondendo a 59% (Gráfico 5).

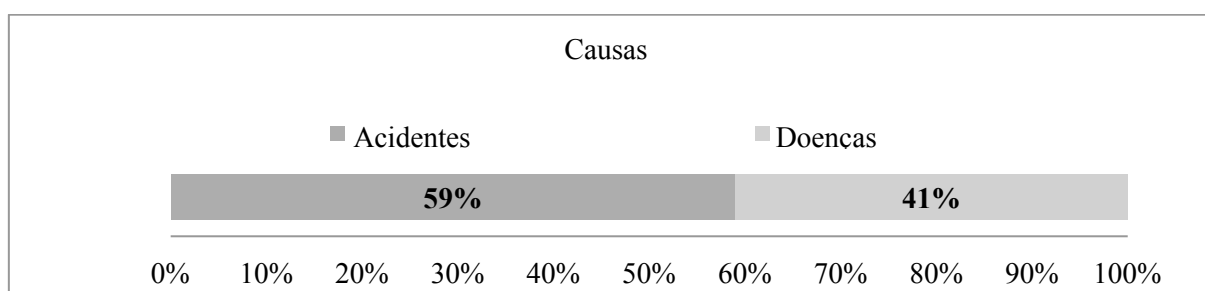


Gráfico 5 - Causas de afastamentos em Santa Catarina, de 2012 a 2017.

Fonte: MPT. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, 2017 – Elaborado pela autora.

Destaca-se que os homens foram responsáveis por 77% dos afastamentos acidentários no INSS e as mulheres responsáveis por 51% dos afastamentos por motivo de doenças (Gráfico 6).

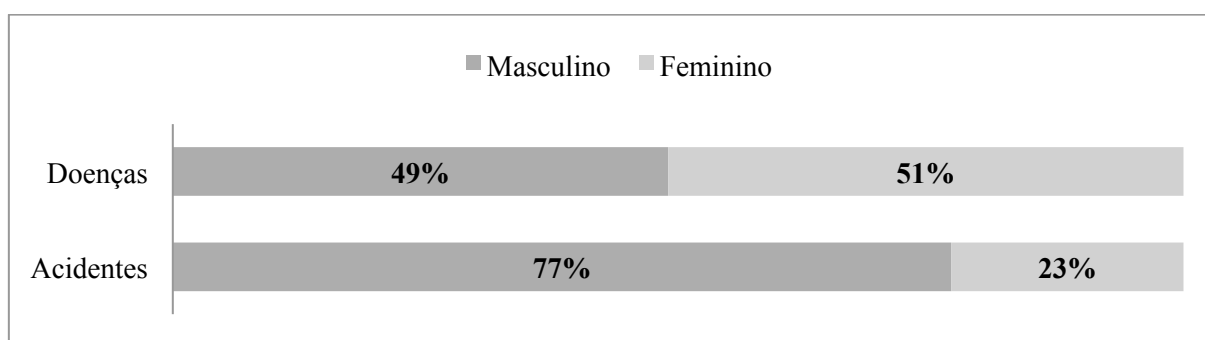


Gráfico 6 - Causas de afastamentos, distribuição por sexo e por motivo em Santa Catarina, de 2012 a 2017

Fonte: MPT. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, 2017 – Elaborado pela autora.



No período de 2012 a 2017 foram gastos R\$ 27 bilhões com os benefícios acidentários<sup>5</sup> (incluindo auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente ou sequelas) e 305.299.902 dias foram perdidos neste mesmo período no Brasil (Ministério Público do Trabalho, 2017).

No Estado de Santa Catarina, foram registrados 132.749 auxílios-doença por acidente do trabalho no período de 2012 a 2017. O impacto previdenciário dos afastamentos na localidade foi na ordem de R\$ 1,3 bilhões, com a perda de 30.665.258 dias de trabalho (MPT, 2017). Ainda de acordo com o Ministério Público do Trabalho, foram registradas, no INSS, 25.249 Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT) em Santa Catarina, no ano de 2017. Das comunicações registradas, 118 foram mortes acidentárias notificadas, que corresponde à quantidade de segurados que faleceram em decorrência do acidente do trabalho (MF/DATAPREV/INSS, 2017).

Como podemos observar na Tabela 01, o número de acidentes do trabalho, tanto o absoluto quanto os acidentes com CAT e sem CAT, têm diminuído ao longo dos anos de 2014 a 2016, conforme publicação no Anuário Estatístico da Previdência Social (2016).

Quantidade de acidentes do trabalho em Santa Catarina						
Anos	Total	Com CAT Registrada				Sem CAT Registrada
		Total	Motivo			
			Típico	Trajeto	Doença do trabalho	
2014	46.004	29.862	23.115	5.869	838	16.142
2015	38.748	26.630	20.421	5.627	582	12.118
2016	36.650	25.227	18.953	5.794	480	11.423

Tabela 1 - Quantidade de acidentes do trabalho em Santa Catarina, de 2014 a 2016

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social, 2016 – Elaborado pela autora.

<sup>5</sup> O benefício acidentário é devido ao segurado acidentado, ou ao(s) seu(s) dependente(s), quando o acidente ocorre no exercício do trabalho a serviço da empresa, equiparando-se a este a doença profissional ou do trabalho ou, ainda, quando sofrido no percurso entre a residência e o local de trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a redução da capacidade para o trabalho (PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2017).

Acidentes sem CAT Registrada correspondem ao número de acidentes cuja Comunicação de Acidentes do Trabalho não foi cadastrada no INSS. O acidente é identificado por meio de um dos possíveis nexos: Nexo Técnico Profissional/Trabalho, Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) ou Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho. Esta identificação é feita pela nova forma de concessão de benefícios acidentários (Previdência Social, 2016).

Entre os setores com mais comunicações de doenças e acidentes e trabalho, tem-se a seguinte ordem: fundição de ferro e aço, atividades hospitalares, abate de suínos, aves e outros pequenos animais. Mas entre os setores econômicos com mais afastamentos estão o transporte rodoviário de carga, administração pública em geral, construção de edifícios e confecção de peças do vestuário. Já, entre os 10 agentes mais causadores de acidentes, em 1º lugar estão as motocicletas e motonetas, representando 8%; seguido por metal (inclui liga ferrosa e não ferrosa) com 7%; em 5º os veículos, 3,8%; e em 6º os veículos rodoviários motorizados, 3,9%. Mas, quando observado quais desses agentes são os grandes causadores dos óbitos, os veículos rodoviários motorizados ocupam o 1º lugar no *ranking* e são responsáveis por 21% dos casos, seguidos por veículos em 2ª posição com 15%, motocicletas e motonetas em 3º, significando 10,5% e edifícios ou estruturas em 4º lugar com 7% das causas.

Entre os motivos mais frequentes de acidente e doenças do trabalho em Santa Catarina, estão a dorsalgia (dor nas costas), fratura ao nível do punho e da mão, lesões do ombro seguidas por fratura da perna incluindo tornozelo. Dentre as dorsalgias, destaca-se a lombalgia, cuja cronicidade tem sido associada ao trabalho sentado ou pesado, ao levantamento de pesos, à falta de exercício e a problemas psicológicos. Os casos descritos como ocupacionais são associados a atividades que envolvem contratura estática ou imobilização, por tempo prolongado, de segmentos corporais como cabeça, pescoço ou ombros, tensão crônica, esforços excessivos, elevação e abdução dos braços acima da altura dos ombros, com o emprego de força e de vibrações do corpo inteiro (MUROFUSE, 2005). As doenças osteomusculares representaram 39.878 afastamentos do trabalho em Santa Catarina no período de 2012-2017, sendo a dorsalgia, conforme categoria a Classificação Internacional de Doenças (CID), a responsável por 36% dos afastamentos, representando quase 15 mil pessoas nesse mesmo período (MPT, 2017), Gráfico 7. As doenças osteomusculares são a principal causa dos afastamentos ocupacionais. Essa classe de doenças

ocupacionais é causada, principalmente, por ritmo excessivo de trabalho, sobrecarga e falta de ergonomia (LEOLATTO, 2013).



Gráfico 7 - Afastamentos do trabalho por motivo de doenças, principais causas em Santa Catarina, no período de 2012 a 2017

Fonte: MPT. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, 2017 – Elaborado pela autora.

#### 1.3.4 Aposentadorias

Quando analisados os principais motivos das aposentadorias concedidas em Santa Catarina, no período de 2014-2016, podemos observar que as causas geradas por invalidez contabilizam, em média, 21% de todas as aposentadorias, conforme Tabela 2. A média Brasil, para esse mesmo período, entre todas as aposentadorias concedidas, é de que 18% dessas são geradas por invalidez.

Quantidade de aposentadorias concedidas em Santa Catarina							
Anos	Total	Grupos de espécies					Invalidez
		Total	Tempo de contribuição			Idade	
			42	46	Outras		
2014	43.711	21.714	20.386	959	369	10.743	11.254
2015	42.659	23.387	20.800	2.130	457	10.272	9.000
2016	54.939	31.965	28.329	2.856	780	13.454	9.520

Tabela 2 - Quantidade e motivo das aposentadorias concedidas em Santa Catarina, de 2014 a 2016

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social, 2016 – Elaboração da autora.

Em termos de valores financeiros, as aposentadorias por invalidez em Santa Catarina contabilizaram o equivalente a 17% de todo o valor de aposentadorias concedidas no período, representando R\$ 36 milhões do total de R\$ 207.095 concedidos entre todos os motivos. Já no Brasil, entre todas as modalidades de aposentadoria, as aposentadorias por invalidez chegaram aos 10% da parcela, um percentual bem inferior à média catarinense, mas também significativo.

No ano de 2016, a Previdência Social concedeu 5,1 milhões de benefícios, dos quais 88,3% eram previdenciários, 6,8% assistenciais e 4,9% acidentários. Comparado com o ano de 2015, a quantidade de benefícios concedidos aumentou 18,1%. Conforme dados da Previdência Social, referentes ao valor dos benefícios, as espécies mais concedidas foram todas previdenciárias, constituindo-se o auxílio-doença a maior parcela, com 43%, seguida pela aposentadoria por tempo de contribuição e a aposentadoria por idade, cujas participações foram de 15,0% e 10,5%, respectivamente. Diferentemente do que imaginamos, os benefícios concedidos às pessoas com 60 anos ou mais representaram apenas 22,4% de todos os benefícios concedidos no Brasil. De acordo com a Previdência Social, esse percentual é aparentemente reduzido devido ao fato que 66,2% do valor das concessões independe da idade como, por exemplo, os benefícios de curta duração ou benefícios decorrentes de invalidez, tais como os auxílios previdenciários, os benefícios acidentários, além do salário-maternidade, e o amparo ao portador de deficiência e ao idoso.

### **1.3.5 Saúde suplementar**

A busca pelos serviços públicos e privados de saúde tem sentido uma constante elevação da assistência e dos custos relacionados. Se as condições atuais continuarem inalteradas, os gastos de saúde no Brasil poderão chegar a níveis insustentáveis para todos os financiadores. Hoje, o país gasta 9% do PIB em saúde, com resultados e desfechos muitas vezes abaixo do ideal e abaixo da média de outros países com o mesmo percentual de investimento.

Esses indicadores impactam diretamente o governo, que tem um grande desafio, com o crescimento de gastos com a saúde acima da inflação, a transição demográfica e o aumento da prevalência das doenças crônicas. De acordo com o IBGE, no período de 2011-2014 a população sofreu com o aumento dos gastos de saúde em 2% acima da renda média, chegando a representar 8% dos gastos totais das famílias brasileiras. Os gastos dos empregadores com

planos privados de saúde para seus colaboradores acompanham essa variação dos aumentos, passando dos 6% em 2002 para 12% da folha de pagamento em 2015. O gasto *per capita* mensal de planos de assistência médico-hospitalar tem se mantido numa constante crescente (Gráfico 8), passando dos R\$ 86,7 em 2007 para R\$ 237,06 em 2016, um aumento de 174% em apenas 9 anos (IESS, 2017).

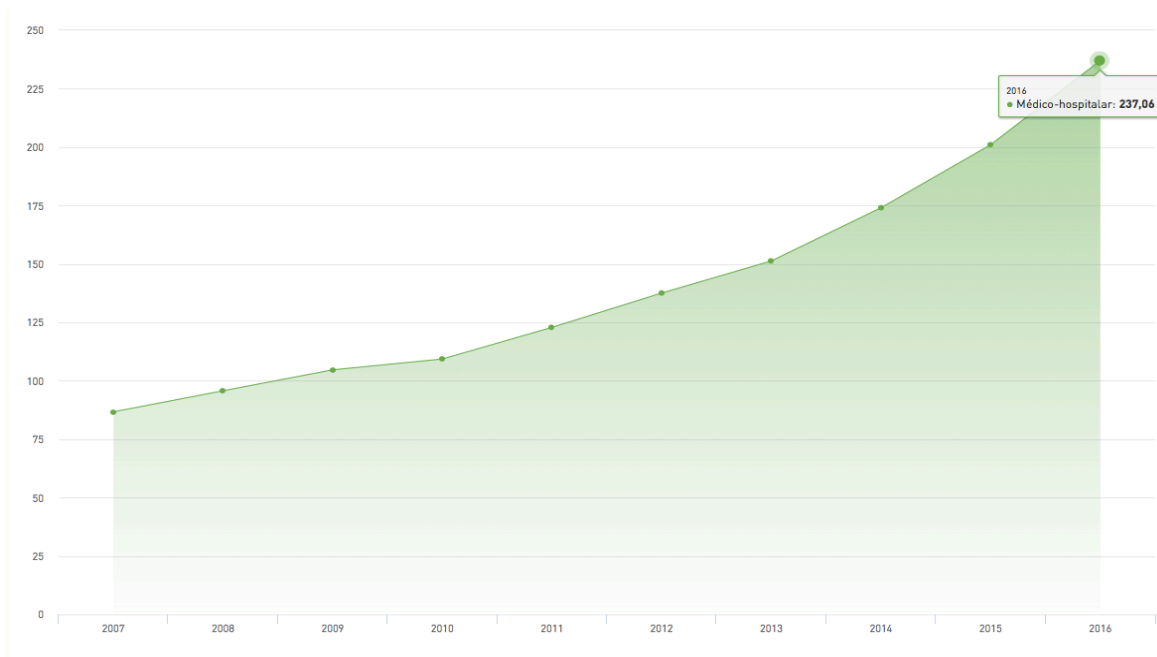


Gráfico 8 - Gasto *per capita* mensal de planos de assistência médico-hospitalar, no período de 2007 a 2016  
Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2017.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Santa Catarina tem 23,2% de taxa de cobertura de planos privados de saúde. Sendo que 75% de todos os planos médico hospitalares, no Estado, são planos por contratação coletivo empresarial (ANS, 2017) e no Brasil essa taxa é de 67% conforme apresenta o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2017). Neste sentido, o empregador tem um papel importante, não só na manutenção desses investimentos, mas principalmente como um grande protagonista nas intervenções de promoção e prevenção da saúde e segurança no ambiente de trabalho na busca do equilíbrio dessa conta.

Esse cenário, com as principais causas de mortalidade e anos potenciais de vida perdidos, comprova que estamos vivenciando um grande desafio relacionado ao adoecimento, acidentes e, consequentemente, aos afastamentos dos trabalhadores das atividades laborais.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO**

#### **2.1.1 Conceito de promoção da saúde**

A Carta de Ottawa (1986) divulgada na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem ser capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como o objetivo de viver. A saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas vai além dos estilos de vida saudáveis em direção de um bem-estar global (WHO, 1986, p.1, tradução da autora).

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa, abrange cinco importantes áreas de atuação: capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidade individuais e coletivas, criação de ambientes saudáveis, implementação de políticas públicas saudáveis, e reorientação dos serviços de saúde.

A promoção da saúde é o processo que permite as pessoas aumentarem o controle e melhorarem sua a saúde, ou seja, “vai além do foco no comportamento individual, vai em direção a uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais destinadas a beneficiar e proteger a saúde e a qualidade de vida das pessoas, abordando e prevenindo os fatores de risco à saúde, e não apenas concentrando-se no tratamento e na cura” (OMS, 2016, tradução da autora).

Neste sentido, os determinantes sociais da saúde, incluindo as condições mais gerais de uma sociedade, como as questões socioeconômicas, culturais e ambientais, precisam ser consideradas e avaliadas junto às condições de vida e de trabalho das pessoas. Observando aspectos relacionados à habitação, saneamento, educação, e redes sociais desses indivíduos.

Esses determinantes sociais da saúde influenciam diretamente no comportamento e estilos de vida dos indivíduos, resultando em grupos da população mais saudáveis que outros (Batistela, 2007). As condições nas quais as pessoas vivem e trabalham ainda têm relação direta com as doenças, portanto são determinantes para as estratégias e intervenções efetivas para o desenvolvimento da saúde pública. O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), apresenta os “Determinantes Sociais da Saúde e da Doença (DSS)” dispostos em níveis. Considera que os indivíduos estão na base do modelo, com suas características de idade, sexo e fatores genéticos, e logo na camada superior estão o comportamento e os estilos de vida individuais, sendo que essa camada tem que têm relação direta com os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes tão somente das opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos determinantes sociais da saúde, já que essas “opções” estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS, 2007).

Já a promoção da saúde no local de trabalho centra-se em “uma série de fatores que podem não estar suficientemente cobertos na legislação e na prática de programas de saúde ocupacional, como o ambiente organizacional, a promoção de estilos de vida saudáveis e fatores não ocupacionais”. Os fatores não ocupacionais incluem o bem-estar familiar, as condições domésticas e de deslocamento, e os fatores comunitários que afetam a saúde dos trabalhadores (OMS, 2017, tradução da autora). Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o local de trabalho influencia diretamente o bem-estar físico, mental, econômico e social dos trabalhadores e, por sua vez, a saúde de suas famílias, comunidades e sociedade. Tem como grande oportunidade apoiar uma grande quantidade de pessoas num ambiente propício, com educação e acesso para melhorar as condições de saúde.

A Rede Européia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho definiu a promoção da saúde no ambiente de trabalho como: “os esforços combinados dos empregadores, funcionários e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho” (OMS, 2017, tradução da autora). Esta visão da promoção da saúde no local de trabalho enfatiza questões relacionadas à melhoria da organização do trabalho e do próprio ambiente de trabalho, envolvendo os trabalhadores na construção do ambiente de trabalho ideal, incentivando habilidades pessoais e desenvolvimento profissional.

As pessoas em idade ativa passam, em média, um terço do tempo no ambiente de trabalho, assim o local de trabalho tem poderosos efeitos sobre a equidade em saúde. Mas, tem-se que considerar que as condições de emprego, cargo, hierarquia e ocupação podem afetar a saúde dos indivíduos. Pessoas que trabalham sob estresse ou condições precárias de emprego, provavelmente fumarão mais, tenderão a praticar menos atividade física regular, e possivelmente, não se exercitarão e optarão por uma dieta alimentar pouco saudável.

“A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emerge marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde” (CARVALHO; et al., 2016).

A preocupação com a sustentabilidade financeira e, concomitantemente, com o bem-estar humano, faz da saúde um tema estratégico para as organizações públicas e privadas, que buscam formas compartilhadas de soluções viáveis para essa demanda global. Assim sendo, os empregadores são líderes capazes de construir ambientes propícios aos seus trabalhadores, promovendo a escolha por hábitos e um estilo de vida mais saudável, favorecendo a redução dos fatores de risco para as doenças crônicas, além de contribuir para um envelhecimento populacional ativo e saudável.

### **2.1.2 Estrutura de programas abrangentes de promoção da saúde**

“É importante considerar que cada empresa tem sua própria cultura e necessidades únicas de uma perspectiva da gestão de saúde. Gestão da saúde se refere à gestão de escolhas de saúde e decisões que influenciam na saúde global e na qualidade de vida” (LANG, 2017, p. 639, tradução da autora). Portanto, para que uma organização, por meio de seus gestores, possa fazer escolhas de saúde, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da sua população e tendências globais. Assim como os principais desafios, e também oportunidades, que podem ser mitigadas ou otimizadas a fim de colaborar para a melhoria da saúde e segurança dos indivíduos.

Alguns programas de promoção da saúde no local de trabalho tendem a se concentrar em uma única doença ou fator de risco como, por exemplo, a prevenção de doenças cardíacas, ou na mudança de práticas e comportamentos pessoais de saúde, como o tabagismo e a dieta alimentar. Mas há uma crescente apreciação de que existem múltiplos determinantes da saúde



dos trabalhadores. Além das intervenções centradas nas pessoas, as iniciativas de promoção da saúde no ambiente de trabalho precisam avançar com uma abordagem mais abrangente, que reconheça a influência combinada de fatores pessoais, ambientais, organizacionais, comunitários e sociais sobre o bem-estar dos trabalhadores.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) propõem uma abordagem sistemática de construção de um programa de saúde no ambiente de trabalho sustentado por quatro etapas: 1. Avaliação; 2. Planejamento e gestão; 3. Implementação; e, 4. Evolução, conforme apresentado na Figura 1 (LANG, 2017, tradução da autora).

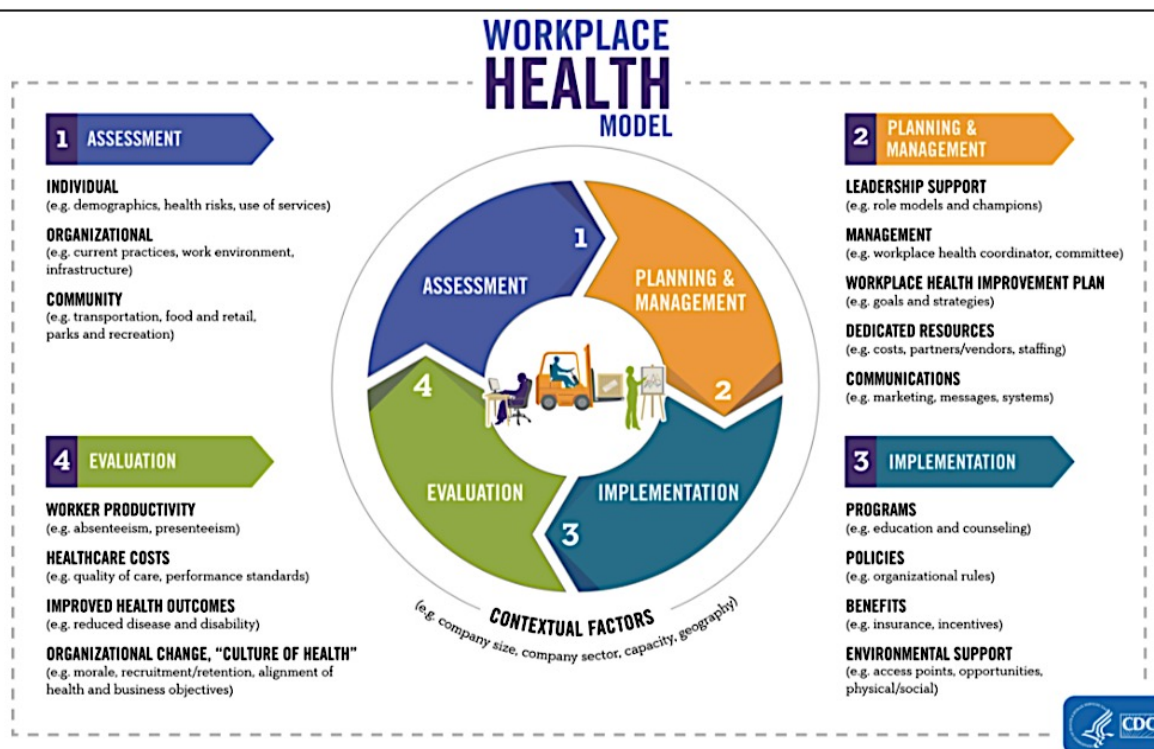


Figura 1 - Modelo de Saúde no Ambiente de Trabalho  
Fonte: *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 2017.

#### 2.1.2.1 Avaliação da saúde populacional

A primeira etapa sugerida considera a importância da “avaliação da saúde populacional” da organização em questão, incluindo fatores de nível individual (estilo de vida, riscos em saúde, apoio social para questões de saúde, uso de serviços de saúde) e fatores organizacionais (incluindo a cultura, ambiente de trabalho, infraestrutura e práticas atuais promotoras de saúde). Tanto questões atuais de saúde quanto os interesses dos trabalhadores devem ser considerados para a priorização das intervenções dos programas e políticas de

saúde, assim como para a avaliação de melhorias contínuas dos programas. Envolver os trabalhadores desde o início é fundamental para o comprometimento e sucesso dos programas.

#### *2.1.2.2 Planejamento do programa*

O “planejamento do programa” é o foco da segunda etapa. Para que um modelo seja bem sucedido é fundamental que exista o envolvimento da liderança com líderes locais apoiando as estratégias e coordenadores do processo de promoção da saúde; de equipes no comitê fazendo parte da estrutura de governança dos programas, para que atuem nas definições estratégicas das metas de médio e longo prazo e nas técnicas para o alcance dos resultados planejados, bem como envolvendo ações específicas necessárias para implementar e avaliar os esforços dos programas.

#### *2.1.2.3 Implementação do programa*

A terceira etapa consiste na “implementação do programa”. A orientação dos especialistas é de que os esforços sejam destinados às ações que contenham uma combinação de estratégias e intervenções individuais e organizacionais que influenciem a saúde. Dividindo-se em quatro outras grandes categorias: programas relacionados à saúde (disponibilizar recursos aos trabalhadores para a promoção de comportamentos mais seguros e saudáveis); políticas relacionadas com a saúde (declarações formais e não formais a respeito das definições organizacionais para a saúde e segurança daquela população); benefícios de saúde (envolve tudo que é ofertado ao trabalhador como: planos e seguros de saúde, subsídios ou descontos para serviços relacionados à saúde); e, por fim, suportes ambientais (tudo aquilo que envolve fatores físicos no ambiente de trabalho e nas proximidades, e que contribuem para a melhoria da saúde dos trabalhadores). Usar várias intervenções, algumas em diferentes dimensões como, por exemplo: programas e políticas para uma única questão de saúde aumentam a eficácia do resultado dos comportamentos de saúde do que intervenções isoladas.

#### 2.1.2.4 Evolução do programa

E, por último, porém não menos importante, está a “evolução do programa” com a questão da determinação do impacto das ações por meio das avaliações. Esse é o ponto crucial para a tomada de decisão a respeito de até que ponto o programa de saúde no ambiente de trabalho pode ser mantido no longo prazo, como ele está sendo percebido pela gerência, e qual é o seu Retorno sobre o Investimento. No entanto, as avaliações devem considerar questões relevantes, apontando possíveis lacunas de oportunidades, melhorias contínuas de qualidade, e eficiência e eficácia dos investimentos. O CDC considera que o processo de avaliação para ser eficaz deve conter seis etapas e quatro padrões (Figura 2) além de envolver diversos *stakeholders* do programa (líderes, trabalhadores e especialistas em avaliação).



Figura 2 - Estrutura do CDC para a avaliação de programas  
Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017.

#### 2.1.3 Avaliação organizacional dos programas

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), uma avaliação da saúde no local de trabalho é um processo que recolhe informações sobre os fatores que dão suporte ou prejudicam a saúde dos trabalhadores em um determinado ambiente, e identificam oportunidades potenciais para melhorar ou resolver tal situação. É um processo que ajuda na

identificação da atual imagem de saúde da empresa, que deve ser analisada antes que os objetivos dos programas sejam desenvolvidos, recursos sejam alocados, estratégias adotadas e intervenções implementadas (CDC, 2017).

Conforme contextualização sobre o debate da avaliação no campo da promoção da saúde, apontando os princípios que devem nortear o estabelecimento de um processo avaliativo neste tema, Akerman; et al., ressaltam que:

A cobrança crescente da sociedade civil por resultados visíveis que atestem o correto uso dos recursos públicos e melhorem sua qualidade de vida; o limitado sucesso de muitos programas; o desconhecimento dos efeitos e impactos produzidos pelos investimentos realizados nas políticas públicas e nos programas e projetos de desenvolvimento social têm feito com que os governos, organizações não governamentais, fundações de corporações públicas e privadas, principalmente agências internacionais de fomento e os países doadores reivindicuem cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoramento e avaliação de processo, resultados e impacto dos programas implementados (AKERMAN; et al., 2002, p. 639).

Os autores abordam ainda que, são raros os programas de promoção da saúde com processos de avaliação que representem o impacto e os resultados, além de que, muitas vezes, limitam-se a comparações finais apenas entre o planejado e o atingido. Neste contexto, percebe-se a grande necessidade de estudos e a aplicação de testes no intuito de encontrar metodologias replicáveis para avaliar os impactos nos resultados de saúde e nos recursos organizacionais investidos.

Para Escrivão, (2016, p. 23) “a epidemiologia gerencial tem os atributos necessários para apoiar gestores na tomada de decisão baseadas em informações técnicas e científicas que definem as necessidades e avaliam os resultados do ponto de vista da população”.

#### 2.1.3.1 O valor para os stakeholders

O nível de investimento da empresa nos programas de saúde dependerá do valor percebido. Mas o valor pode variar de empresa para empresa, ou até mesmo dentro da mesma empresa por *stakeholders* com conceitos distintos. É importante, portanto, levantar quais são as percepções de valor (preferências e necessidades) para projetar a mensuração desses indicadores na avaliação dos programas. Ainda, de acordo com o CDC, o valor consiste em três dimensões: “mérito” (se o programa teve qualidade), “valor” (custo-benefício) e “significado” (se fez algo importante). Sendo que um programa pode ter êxito em todas as dimensões ou apenas em alguma.

Os resultados são eventos que indicam a eficácia do programa, geralmente apresentados a curto, médio ou longo prazo. Medidas de longo prazo normalmente têm relação com reduções de doença ou lesão e os custos associados a elas. Já as medidas de curto e médio prazo referem-se às etapas intermediárias e condutoras para o alcance dos resultados de longo prazo, como por exemplo, redução individual nos riscos de estilo de vida saudável, como a prática de atividade física ou consumo de tabaco, mudanças no processo, políticas de saúde, ou benefícios organizacionais que suportem mudanças no comportamento para um estilo de vida mais saudável (LANG, 2017).

#### *2.1.3.2 Atuação orientada às necessidades*

Segundo Donabedian (1985 apud ESCRIVÃO, 2016, p. 24) é possível criar indicadores para medir os três componentes da qualidade (estrutura, processo e resultado), e Escrivão complementa que a epidemiologia tem uma atuação mais relevante para medir resultados, considerando que “é preciso conhecer previamente a situação de saúde das pessoas e comunidades, para que se possa atribuir a modificação observada no processo de intervenção que está sendo avaliado”.

Para os trabalhadores com condições crônicas, vários programas de gerenciamento de doenças ajudam a gerenciá-las e a manter os custos da assistência mais baixos. Os especialistas observam que os programas mais recentes abordam uma ampla variedade de condições, além dos programas mais tradicionais que ajudam a gerenciar condições como diabetes, cuidados cardíacos, asma, entre outras.

Mas, para isso, é necessário realizar a avaliação de risco à saúde da população da organização e, somente após, os empregadores podem adotar uma variedade de abordagens para intervir. Indivíduos com condições crônicas de saúde, por exemplo, podem ser encaminhados ou convidados a participar de programas educacionais com tópicos que vão desde questões nutricionais, controle do estresse e enxaqueca. Os programas podem ser divulgados na forma de folhetos informativos ou em reuniões. Já indivíduos com alto risco de desenvolver doenças crônicas, podem ser convidados a participar de sessões de aconselhamento com técnicos de saúde. Alguns programas podem ser disponibilizados no formato *online* ou de auto-serviço. Segundo especialistas, essas modalidades são usadas com mais frequência para indivíduos que são essencialmente saudáveis, podem ter alguns fatores

de risco, mas ainda não pertencem ao grupo de indivíduos que representam os "altos custos" organizacionais com saúde. A partir daí, os empregadores podem ampliar a intervenção, de modo que os indivíduos com condições crônicas possam obter assistência telefônica para aconselhamento de saúde. Entre os programas mais populares estão os de exercícios físicos, dieta, nutrição e controle do estresse. Mas existe uma gama de programas específicos, como os educacionais direcionados a condições como enxaquecas, por exemplo, para ajudar sua população predominantemente feminina (ROBERTS, 2005).

A equipe de saúde ocupacional deve se beneficiar da capacitação e educação da promoção da saúde para que possam implementá-la como parte de suas práticas de saúde ocupacional. E, ainda, a promoção da saúde no local de trabalho mostrou que competições e prêmios são valiosos instrumentos para envolver as empresas em atividades de saúde e segurança ocupacional. Além de que, as empresas conseguem uma rica publicidade e um impulso no moral da equipe, através da competição, para se tornar uma empresa mais saudável e atenciosa nos cuidados da saúde dos funcionários (OMS, 2018).

#### 2.1.3.3 *Oferta de incentivos*

A oferta de incentivos, pela organização, para aumentar a quantidade de engajados nas práticas de saúde ofertadas é outra estratégia disponibilizada. Em uma pesquisa da *Medical Benefits*, 69% dos empregadores entrevistados tinham programa de saúde no ambiente de trabalho, desses, 75% recebiam incentivos para aumentar a adesão ao programa. Cerca de 60% das micro e pequenas empresas participantes da pesquisa e 90% dos demais empregadores usaram incentivos, principalmente monetários, para promover a adesão aos programas. Na ausência de incentivos, os empregadores relataram uma taxa de participação média de apenas 20%. O estudo concluiu que a aderência aos programas parece aumentar quando existem incentivos monetários ou não-monetários, com uma taxa de participação média de 40%. E que, quando era aplicada alguma penalidade ou cobrança pela não adesão, a taxa de participação média aumentava consideravelmente, passando para 73%. Mas, no geral, apenas de um a dois quintos dos empregados (entre 20% e 40%) participaram anualmente do programa de saúde (*Medical Benefits*, 2015).

#### 2.1.3.4 *Absenteísmo e Presenteísmo*

É um grande desafio engajar e manter um número ideal de participantes nos programas de saúde, e esse desejo tende a ser maior quando pesquisas comprovam que os resultados das intervenções são favoráveis. Uma pesquisa publicada pela Organização Mundial da Saúde demonstrou que as iniciativas de saúde no local de trabalho podem ajudar a reduzir o absenteísmo por doença em 27% e os custos dos cuidados assistenciais de saúde para as empresas em 26% (OMS, 2017).

O absenteísmo é caracterizado pela ausência do indivíduo no ambiente de trabalho. O absenteísmo, por motivo de doença, reflete o estado de saúde dos trabalhadores, com impactos econômicos importantes e geração de custos elevados às empresas e à seguridade social. "A ausência por doença se insere em um contexto de aspectos diferentes e superpostos que incluem a saúde, o ambiente de trabalho, características individuais e aspectos socioeconômicos" (FERREIRA; et al., 2012). Entre eles, podem-se considerar o estado de saúde em si, a cultura organizacional, a insatisfação no trabalho, o baixo apoio social no trabalho, e as condições socioeconômicas dos trabalhadores.

Já o presenteísmo refere-se à perda de produtividade das atividades laborais entre os trabalhadores que estão presentes no local de trabalho. A queda de produtividade, nesse caso, está condicionada a algum problema de saúde. Ainda, de acordo com Schultz, o presenteísmo e o absenteísmo estão frequentemente inter-relacionados pois, para ele, os indivíduos só podem estar ausentes abaixo de um certo limiar de doença e qualidade de vida. Esse limiar pode depender da situação de trabalho, do tipo de doença, do grau de enfrentamento e do apoio disponível na rede social do trabalhador (SCHULTZ, 2007).

Com o objetivo de determinar se os programas de saúde no ambiente de trabalho são eficazes para melhorar o presenteísmo, um estudo, realizado nos Estados Unidos, analisou as taxas de adesão dos empregados aos programas de saúde, a avaliação de saúde desses e a redução dos fatores de risco, e concluiu que as organizações com melhores práticas promotoras de saúde alcançaram níveis mais altos de envolvimento dos empregados, com a redução do risco de saúde em nível populacional 2,35 vezes maior do que as organizações com prática comum nos programas de avaliação de saúde, de apoio e aconselhamento em saúde. Foram consideradas organizações com melhores práticas promotoras de saúde, aquelas

que ofereciam liderança organizacional, triagem de risco à saúde, programas adaptados individualmente e uma cultura de apoio no local de trabalho (TERRY; et al, 2008).

#### *2.1.3.5 Expectativas de resultados*

Nos últimos anos, muitas empresas implementaram iniciativas para melhorar a saúde dos trabalhadores e o ambiente psicossocial de trabalho. As empresas lançaram essas iniciativas, em parte, em resposta às políticas e recomendações públicas, como as da OMS, por exemplo, e, em parte, sustentado pela crença de que promover a saúde e melhorar o ambiente de trabalho resulta no aumento da produtividade e da competitividade. Mas o potencial ganho com esses investimentos derivou não apenas da redução do custo associado ao absenteísmo, à redução da procura por assistência com cuidados de saúde, e, à melhora da doença, como também, ao fato de que, o trabalhador mais saudável pode ter um efeito direto e positivo na produtividade e na eficiência do negócio (ØDEGAARD, 2014).

A promoção da saúde no ambiente de trabalho representa uma das estratégias mais significativas para aumentar a produtividade dos trabalhadores, principalmente num momento em que o presenteísmo, o absenteísmo e os fatores de risco à saúde, principalmente os associados ao envelhecimento populacional, aumentam significativamente. Mas traz também para discussão o fato de que a questão mais importante a ser abordada pelas organizações não é se os programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho devem ou não ser implementados para reduzir os riscos e aumentar a produtividade, mas sim, como tais programas devem ser projetados, implementados e avaliados para alcançar a otimização ideal (CANCELLIERE; et al. 2011).

Schultz considera que os empregadores esperam que, adotando uma abordagem mais abrangente dos serviços de saúde, que inclua a intervenção precoce e o gerenciamento de doenças, eles mantenham seus empregados saudáveis e, mesmo com os custos dos cuidados com a saúde aumentando, ainda assim, consigam ter uma economia por meio da redução dos custos indiretos associados ao absenteísmo e ao presenteísmo (SCHULTZ, 2007).

Atuando na prevenção e no controle de doenças, os empregadores economizarão dinheiro, de forma direta e indiretamente, argumentam os defensores da gestão de saúde da população. De acordo com as estimativas, é possível um retorno de US \$ 1,70 para US \$ 1 em investimentos no primeiro ano. No segundo ano, os empregadores podem esperar um retorno



de 2 para 1 em seu investimento, e no terceiro ano o ROI esperado será de US \$ 2,46 para cada US \$ 1. Mas não se trata apenas de custos diretos, argumenta Sean Sullivan, um dos especialistas na área da gestão de saúde e presidente do *Institute for Health & Productivity Management*. Para ele, o gestor tem que olhar para toda a população e ver o quanto eles são mais saudáveis e produtivos, considerando esse o grande retorno. Sullivan considera, ainda, que empregadores que adotam uma abordagem de gerenciamento de saúde da população podem obter economias de produtividade de duas a três vezes a economia que eles veem nos custos médicos diretos (ROBERTS, 2005).

Muitos estudos defendem o benefício dos programas de saúde no ambiente de trabalho como redutores de custos e de fatores de risco à saúde. Além de identificarem métodos e modelos para avaliar, de forma preditiva, o impacto econômico das intervenções na saúde dos trabalhadores (KELLY; et al., 2010; GOETZEL; et al., 2005).

Para especialistas, o Retorno sobre o Investimento é uma das expectativas mais requeridas pelos empregadores, para que um programa de promoção da saúde seja aprovado e implementado no ambiente de trabalho. No entanto, de acordo com Ron Goetzel, o ROI por si só é uma medida incompleta e inadequada do sucesso da promoção da saúde no ambiente de trabalho. Pois, para o especialista, a equalização do ROI de um para um (empate) já caracteriza que o investimento foi bom, desde que o programa também possa estabelecer melhorias de saúde no sentido amplo, incluindo o bem-estar físico, social, emocional e intelectual. Neste sentido, existe uma nova caracterização para o investimento, considerando o Valor sobre o Investimento, que tem uma visão sistêmica dos resultados associados com a existência de um programa abrangente de promoção da saúde no ambiente de trabalho. Nos Estados Unidos, muitas empresas estão começando a adotar a definição ampla de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948), "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" para alcançar o máximo de VOI. Isso exige que as empresas avaliem e invistam na saúde organizacional e não apenas nas medidas individuais de saúde dos trabalhadores. Essa abordagem redefine a expectativa de que programas de saúde são introduzidos apenas para redução de custos, incorporando avaliações de satisfação no trabalho, o propósito do trabalho, a reputação da empresa, a responsabilidade social corporativa e o desempenho do negócio, medido pela métrica de preço das ações e de outros negócios (GOETZEL, 2007).

Bertera, porém, defende, desde 1990, que dados de retorno sobre o investimento são estimativas conservadoras, pois “excluem outras economias potenciais que podem estar

associadas ao menor absenteísmo, incluindo custos mais baixos para: sinistralidade dos planos de saúde; trabalhadores substitutos; e despesas com assistência médica para tabalhadores” (BERTERA, 1990, tradução da autora).

#### 2.1.3.6 Valorização no mercado de ações de empresas com programas de saúde

O investimento na saúde e no bem-estar dos trabalhadores parece ser uma das práticas adotadas por empresas bem geridas e com alto desempenho. É o que apresentou a recente pesquisa norte-americana que avaliou o desempenho das ações dos 26 vencedores do prêmio *C. Everett Koop National Health Award* (um prêmio dado anualmente a empresas com notáveis culturas de saúde), que foi medido ao longo do tempo, e comparado com o desempenho médio das empresas que compõem o índice Standard & Poor's (S&P) 500. O valor das ações das empresas vencedoras do *KoopAward* superou o índice S&P 500. No período de 14 anos rastreados (2000-2014), os valores das ações das vencedores do Prêmio Koop valorizaram em 325% em comparação com a apreciação média do mercado de 105%. Essa pesquisa comprova, por investidores da Wall Street, o sucesso do negócio de empresas socialmente responsáveis que investem na saúde e bem-estar de seus trabalhadores quando comparadas com outras empresas de capital aberto (GOETZEL; et al., 2016).

No estudo realizado para avaliar o desempenho das ações das empresas de capital aberto que receberam altas pontuações no Boletim de Melhores Práticas de Gestão em Saúde dos Trabalhadores, da HERO e Mercer, uma autoavaliação sobre implementação de práticas de promoção da saúde no local de trabalho, apontou que, ao longo de um período de 6 anos, o preço das ações de empresas com alta pontuação valorizou em 235% em relação à valorização do Índice S&P 500 da Standard and Poor's, que foi de 159% (GROSSMEIER; et al., 2016).

Um ambiente de trabalho que promova a saúde reconhece que um capital humano saudável é essencial para a sustentabilidade dos seus negócios, para tanto integra políticas, sistemas e práticas condizentes com a saúde em todos os níveis da organização, em vez de optar por ações e intervenções que abordem e tratem de situações isoladas que não promovem transformações sistêmicas no ambiente de trabalho, na cultura organizacional e na promoção da saúde dos trabalhadores.

### 2.1.3.7 *Worksite Health ScoreCard: Instrumento de avaliação dos programas*

Um estudo publicado recentemente por Meador mostra que empregadores que utilizaram ferramentas que combinam avaliação e orientação baseada em evidências, estão avançando em direção a uma abordagem abrangente para o bem-estar no ambiente de trabalho. Implementando estratégias em vários níveis de influência, incluindo políticas, benefícios e apoios ambientais, que atingem todos os empregados e são mais sustentáveis ao longo do tempo. As estratégias utilizadas pelos empregadores para tratar os fatores de risco de doenças crônicas variam, e as análises futuras permitirão entender melhor essa variável e os fatores e barreiras que contribuem para a implementação das práticas recomendadas (MEADOR; et al., 2016).

Ainda, segundo Meador; et al., após uma análise descritiva e comparativa de duas das ferramentas mais abrangentes, a *America Work Healthy*, e o *Worksite Health ScoreCard*, que coletivamente foram aplicadas em 1.797 locais de trabalho em 42 Estados, em empresas de diversos portes, setor e localização, concluíram que os instrumentos forneceram aos profissionais e empregadores um inventário de estratégias eficazes de trabalho saudável e pontos de referência que criam uma imagem maior das práticas atuais do que qualquer conjunto de dados sozinho. Embora os autores tenham considerado que os dados não foram representativos, concordaram que preencheram uma lacuna crítica na medida em que não existem dados disponíveis sobre as práticas saudáveis no local de trabalho.

O instrumento *Worksite Health ScoreCard* é um questionário desenvolvido para ajudar os empregadores a avaliar seus programas de saúde. Apresenta uma visão sistêmica do quanto eles têm implementado em estratégias e intervenções de promoção da saúde baseadas em evidências em seus locais de trabalho, identifica lacunas e auxilia na priorização das intervenções de alto impacto para prevenir doenças crônicas (CDC, 2012).

O HSC foi desenvolvido em 2008 pela Divisão de Doenças Cardíacas e Prevenção de Acidentes Vasculares do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em colaboração com o Instituto de Estudos de Produtividade e Saúde da Universidade de Emory, Instituto de Pesquisa Triângulo e Centro Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas do CDC, e *experts* da academia e setor privado. O HSC foi testado experimentalmente com nove empregadores em 2008, nove empregadores em 2010, e 70 profissionais de promoção de saúde no local de trabalho também em 2010, para garantir que a

ferramenta fosse claramente redigida e simples de completar. A ferramenta foi então revista para atender às necessidades apontadas nos testes (KOFFMAN, 2013).

O instrumento HSC consiste em perguntas que recebem pontuação com base no nível de evidência científica e da magnitude do impacto sobre a saúde para tal estratégia. Suas propriedades psicométricas, validade e confiabilidade, foram testadas em um estudo de validação, conduzido pelo Instituto de Estudos de Produtividade e Saúde da *Emory University* que envolveu uma amostra de 93 empresas, de diferentes locais dos Estados Unidos. Nesta pesquisa, a taxa média de concordância foi de 77%, e os respondentes relataram que o instrumento foi útil e, em média, 49% de todas as intervenções possíveis estavam sendo praticadas nas empresas pesquisadas. Os autores concluíram que o HSC é uma ferramenta válida e confiável para avaliar os programas de promoção da saúde, políticas e suporte ambiental (ROEMER, EC; et al, 2013).

De acordo com Oliveira e Malik (2016) a necessidade de indicadores para a avaliação externa e de processos de gestão é uma realidade de todas as organizações. Conforme publicação “Avaliação de Resultados – do livro Gestão em Saúde” o modelo *Balanced ScoreCard* é abordado como modelo referencial para vários sistemas de gestão de desempenho:

A estrutura do BSC contempla, de forma equilibrada, indicadores financeiros e não financeiros, objetivos de curto e longo prazo e informações para o uso interno (processos internos e aprendizagem e crescimento) e externo (clientes e financeiro). Este sistema permite formular, comunicar, executar e rever a estratégia organizacional, já que os indicadores são vinculados aos objetivos estratégicos OLIVEIRA e MALIK, 2016, p. 150).

O HSC pode ser usado por qualquer pessoa que seja responsável pela promoção da saúde no local de trabalho, como gerentes de recursos humanos ou de benefícios de saúde, funcionários de educação em saúde, coordenadores e membros de comitês de saúde e bem-estar, e profissionais de saúde ocupacional. Para os especialistas, departamentos ou agências de saúde locais ou estaduais podem estimular e apoiar empregadores e grupos empresariais a usarem esta ferramenta, como forma de construir locais de trabalho mais saudáveis, criar pontos de referência (*benchmarks*) de melhores práticas em saúde e monitorar melhorias nos programas de promoção da saúde em seus locais de trabalho ao longo do tempo. Esta informação pode ajudar a direcionar recursos e apoiar oportunidades para melhorar os programas (CDC, 2012).

#### 2.1.3.8 Processo de tradução e adaptação cultural do instrumento HSC para o Brasil

O *Health ScoreCard*, foi formulado na língua inglesa para aplicação em empresas de diferentes portes e melhoria dos processos de gestão em saúde. Para utilização desse questionário em outros idiomas foi necessário seguir uma metodologia adequada para sua tradução, adaptação cultural e validação antes de sua aplicação. O questionário não pôde ser apenas traduzido, foi necessário uma avaliação rigorosa de sua tradução e adaptação cultural, bem como a avaliação de suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) após sua tradução. O processo de tradução e adaptação cultural seguiu procedimentos internacionalmente aceitos para garantir que a nova versão do questionário traduzido e adaptado seja de fato adequada à cultura e ao idioma do local em que será aplicado, de forma a permitir que os resultados obtidos desse questionário possam ser comparados ao de outros estudos internacionais (WILD; et al., 2015; e HERDMAN, 1997). E ainda, de acordo com os autores acima citados, as etapas envolvidas nesse processo incluem: 1º tradução inicial; 2º reconciliação; 3º retro-tradução (*Back-translation*); e 4º revisão por um comitê de especialistas. E, entre as principais equivalências que devem ser avaliadas estão: equivalência semântica; equivalência idiomática; equivalência experiencial; e equivalência conceitual. E, por fim, o pré-teste e a revisão final da tradução.

O processo de tradução e adaptação cultural foi realizado em duas etapas. A primeira etapa para o Brasil foi realizada por Soares; et al., e a segunda etapa por Guimarães; et al., sendo essa segunda ainda não publicada.

Com o objetivo de contribuir para que as organizações pudessem avaliar adequadamente seus programas de promoção de saúde no trabalho, foi realizada, em 2014, a primeira etapa de tradução e adaptação cultural do Questionário *Worksite Health ScoreCard* sob a coordenação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. No estudo em questão, foram traduzidos e adaptados para uso no Brasil 12 dos 16 domínios do instrumento, sendo eles: suporte organizacional, controle do tabagismo, 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 e resposta à emergência em caso de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco (SOAREZ; et al., 2016). Nessa primeira etapa, foram traduzidos e adaptados, seguindo os critérios de aculturação, doze domínios, com uma amostra de conveniência que incluiu 27 indivíduos de provedores de seguros de saúde e

empresas de diversos portes e setores em São Paulo. Os dados foram analisados usando estatística descritiva. A idade média da amostra foi de 38 anos, a maioria dos indivíduos eram do sexo feminino (21 de 27) e eram responsáveis por programas de promoção da saúde nesses locais de trabalho. A maioria das perguntas estava acima do valor mínimo de compreensão estabelecido em 90%. Os participantes consideraram o questionário muito útil para determinar a extensão dos programas de promoção da saúde existentes e identificar áreas que poderiam ser desenvolvidas. Nesse trabalho, concluiu-se que a versão, do questionário HSC, em português do Brasil poderia ser uma medida válida e útil para avaliar o grau de implementação das intervenções de promoção da saúde com base em evidências. Na ocasião, a equipe responsável pela tradução e aculturação dos 12 domínios do questionário realizou seu trabalho seguindo os parâmetros internacionalmente recomendados para a tradução e aculturação de instrumentos.

E com o intuito de dar sequência ao trabalho anteriormente iniciado, percebeu-se a importância da adaptação cultural dos quatro domínios remanescentes do questionário *Worksite Health ScoreCard* para o português brasileiro, sendo eles: apoio a amamentação, saúde e segurança no trabalho, doenças preveníveis por vacinação e recursos comunitários. Este trabalho foi desenvolvido e patrocinado pela Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina (FIESC) e conduzido sob a supervisão da Professora Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. Para a realização do pré-teste, foram convidados 23 profissionais de indústrias e instituições associadas à FIESC. Estes profissionais atuavam, em sua maioria, em funções relacionadas à saúde e segurança no trabalho e possuíam ampla experiência e conhecimento na área.

O tipo de amostragem adotada para a realização deste estudo, devido às características do mesmo, foi a amostragem não probabilística por conveniência. Os profissionais participantes foram, em sua maioria, mulheres (73,9%), com formação em curso de pós graduação (78,3%), trabalhadores da área de saúde e/ou segurança no trabalho (47,8%), cumpridores de jornada de trabalho em tempo integral (91,3%) e idade média de 43,3 anos (D.P.  $\pm$  10,8).

De acordo com a Professora Dra. Liliana Guimarães, esse estudo apresentou limitações que devem ser mencionadas como, por exemplo, o tipo de amostragem adotada, por conveniência, e a representatividade da amostra pesquisada, tendo em vista que esta se limitou à indústrias e instituições do Estado de Santa Catarina. No entanto, apesar das limitações presentes, os resultados obtidos são válidos e a tradução e adaptação cultural dos

quatro domínios remanescentes do questionário *Worksite Health ScoreCard* vem complementar a versão produzida inicialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, tornando-a disponível em português, em sua totalidade, e contribuindo para a oferta de um instrumento válido e útil para a avaliação dos programas de promoção de saúde no trabalho, com base em evidências nas organizações brasileiras.

### 3 METODOLOGIA

O presente Trabalho Aplicado caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa. Com o objetivo principal de avaliar os programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho, oferecidos em uma amostra composta por 114 indústrias do Estado de Santa Catarina, aplicou-se o instrumento *Worksite Health ScoreCard* (HSC) para avaliar os resultados dos programas nos possíveis comportamentos de saúde dos trabalhadores e nos resultados organizacionais.

#### 3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

O referencial teórico do presente trabalho foi elaborado com base em pesquisa bibliográfica no sistema de bibliotecas digital da Fundação Getulio Vargas (FGV), em busca de artigos científicos indexados nas bases EBSCO, Scielo, Lilacs e CAPES, considerando os seguintes descritores em inglês e português: *health promotion*/ promoção da saúde; *workplace health promotion*/ promoção da saúde no ambiente de trabalho; *employee health promotion*/ promoção da saúde do trabalhador; *evaluation in health promotion*/ avaliação em promoção de saúde; *workplace wellness*/ bem-estar no local de trabalho; *return on investment*/ retorno sobre o investimento; *value on investment*/ valor sobre o investimento.

Em busca de informações (globais, nacionais e estaduais) específicas na temática saúde, e segurança no trabalho e suas implicações, outras fontes de informações foram consultadas: *homepages* de organizações como *World Health Organization*, Organização Panamericana de Saúde, *Centers for Disease Control and Prevention*, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Previdência Social, Ministério da Saúde (DATASUS), Sistema de Informação de Mortalidade, Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, Federação das Indústrias de Santa Catarina, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e periódicos brasileiros, tais como: *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública* e *Revista Pan-americana de Saúde*; e livros texto clássicos, tais como dos autores Vecina Neto e Malik; Escrivão Junior, e Ogata.



### 3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo observacional descritivo realizado com as indústrias do Estado de Santa Catarina conduzido no ano de 2016.

### 3.3 LOCAL E POPULAÇÃO ALVO DO ESTUDO

Em Santa Catarina existiam 50.805 estabelecimentos industriais em 2016. Desses, 87,35% eram estabelecimentos de microporte industrial, 10,57% pequenas indústrias, 1,74% indústrias de médio porte, e 0,28% indústrias de grande porte. O setor da construção civil tem destaque por representar 31,6% da indústria catarinense, o têxtil e confecção por representar 18,5%, móveis e madeira 10,6%, seguida pela indústria metal-mecânica e metalúrgica com 7,9% e agroalimentar com 7,2%. Em 2016, a indústria catarinense foi responsável por 734.620 empregos, e os setores mais representativos na empregabilidade foram o têxtil e confecção com 21,8%, o agroalimentar, 15%, a construção civil, 12,5%, e móveis e madeira por 8,9% dos empregos (FIESC, 2017).

### 3.4 PROCESSO AMOSTRAL

A seleção da amostra utilizada neste estudo foi não-probabilística por conveniência. Uma das vantagens de se utilizar esse tipo de amostragem é por conta de sua simplicidade e baixo custo, além disso permite que um grande número de respondentes sejam entrevistados em um curto período de tempo. Para isto, foram estabelecidos a priori, os critérios de inclusão do estudo, sendo considerados elegíveis todas as indústrias localizadas no estado de Santa Catarina, que faziam parte do *mailing*<sup>6</sup> da Federação das Indústrias de Santa Catarina e nas quais possuíam e-mail cadastrado de gestores de recursos humanos ou de gestores de saúde e segurança das indústrias. Com base nestes critérios totalizaram 8.374 indústrias elegíveis e que foram convidadas a participar do estudo e responder o instrumento.

---

<sup>6</sup> *Mailing* é uma lista, ou banco de dados, que obtêm nomes e demais dados de contato de clientes, organizados de forma a facilitar a identificação de clientes em potencial.

### 3.5 INSTRUMENTO E VARIÁVEIS MENSURADAS

O instrumento utilizado no presente estudo foi o *Worksite Health ScoreCard* (HSC) inclui perguntas das estratégias baseadas em evidências, melhores práticas e intervenções que fazem parte de uma abordagem abrangente de saúde no local de trabalho que circunscreve as principais condições de saúde que influenciam nos custos de saúde e produtividade. Trata-se de uma ferramenta ampla e abrangente que toca em uma série de tópicos de saúde e fatores de risco, incluindo: suporte organizacional, controle do tabagismo, nutrição, atividade física, controle de peso, gerenciamento do estresse, depressão, pressão arterial elevada, colesterol alto, diabetes, resposta de emergência ao ataque cardíaco, acidente vascular cerebral, apoio à lactação, recursos comunitários, doenças preveníveis por vacinação, saúde e segurança no trabalho.

Quando aplicado de forma completa, com os 16 domínios, possui 125 questões (dicotômicas “SIM” ou NÃO”) que perguntam aos empregadores se eles têm ou não uma intervenção específica em seus locais de trabalho (Apêndice A). As questões são agrupadas em dezesseis domínios/áreas temáticas relacionadas com as principais condições de saúde que abarcam os custos de saúde e produtividade.

No sistema de pontuação do HSC, os valores variam de 1 a 3 pontos (onde 1 = bom, 2 = muito bom e 3 = ótimo). Este valor em pontos reflete o potencial impacto que a estratégia tem nos resultados ou comportamentos de saúde desejados e o peso da evidência científica que dá suporte a este impacto (Apêndice B).

Para calcular a pontuação total do HSC soma-se o valor de todos os pontos das questões respondidas com SIM. Para calcular a pontuação de domínios específicos, soma-se o valor de todos os pontos das questões respondidas com SIM em cada um dos domínios (ex. Controle do tabagismo). O escore total e dos domínios específicos são somados com base nos valores dos pesos atribuídos a cada questão que recebeu a resposta “SIM”. As respostas “NÃO” recebem pontuação zero. O escore total pode variar de 0 a 215, quando aplicado o instrumento por completo. Embora cada domínio possa ser respondido como um módulo isolado, os autores do questionário recomendam que os empregadores respondam todo o questionário, para melhor avaliarem a abrangência do programa de promoção da saúde em locais de trabalho (CDC, 2012).

O HSC inclui perguntas baseadas em muitas estratégias focadas em evidências, melhores práticas e intervenções que fazem parte de uma abordagem abrangente de saúde no local de trabalho específica para áreas de determinado tópico. Estas estratégias incluem serviços de aconselhamento de promoção da saúde, apoios ambientais, políticas, benefícios para a saúde e outros programas, no local de trabalho, mostrados para serem eficazes na prevenção de doenças crônicas e condições de saúde relacionadas (Quadro 2).

Domínios	Número de questões	Pontuação máxima possível
Suporte Organizacional	18	33
Controle do Tabagismo	10	19
Nutrição	13	21
Atividade Física	9	24
Controle de Peso	5	12
Gerenciamento de Estresse	6	14
Depressão	7	18
Pressão Alta	7	17
Colesterol Alto	6	15
Diabetes	6	15
Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco	4	4
Resposta à emergência em caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco	9	17
Apoio à Lactação	6	15
Saúde e Segurança no Trabalho	10	22
Doenças Preveníveis por Vacina	6	18
Recursos Comunitários	(não contabilizado)	(não contabilizado)

Quadro 2 - CDC *Worksite Health ScoreCard* (HSC)

Fonte: *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 2012 – Elaborado pela autora.

Na época da aplicação da pesquisa, o instrumento *Worksite Health ScoreCard* possuía doze domínios traduzidos para o português e, desses, observou-se que a aplicação de dois domínios (Sinais e Sintomas de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco; e Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Acidente Cardíaco) envolviam intervenções normalmente não praticadas nos ambientes de trabalho das empresas brasileiras, optando assim por retirar esses dois domínios do questionário de pesquisa. E, além dos dez domínios originais do HSC, foi definida a inserção de algumas questões adicionais (sociodemográficas), que foram consideradas como respostas obrigatórias (Apêndice C).

### 3.6 LOGÍSTICA

Para realizar a pesquisa, em um primeiro momento foi enviado um convite via e-mail para todas as empresas elegíveis convidando para responder o HSC em sua versão online. A pesquisa foi aplicada com uso da “ferramenta *suapesquisa.com.br*”, desenvolvida pela *SiteBlaster*. O questionário permaneceu disponível pelo período de 40 dias, de 05/09/2016 a 14/10/2016. Como estratégia para aumentar a adesão de respondentes do estudo foram realizados envios de e-mails semanais. Além disso, com intuito de sensibilizar os gestores também foram realizados contatos via telefone para explicar as vantagens, incentivando as mesmas a concluírem o questionário e a informarem qualquer tipo de dificuldade enfrentada. Apesar das tentativas de sensibilização totalizaram nesta pesquisa 114 respondentes.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da pesquisa foi composta pelos dados e informações de saúde, além dos modelos teóricos de programa de promoção da saúde encontrados na literatura e trazidos para o presente trabalho, com os resultados da aplicação do instrumento de pesquisa HSC. As respostas das indústrias foram exportadas para os *softwares Power BI e Excel*, sendo as duas ferramentas da *Microsoft*, para que os dados fossem analisados e as estatísticas descritivas fossem realizadas. Inicialmente, foram utilizadas medidas de frequência com valor absoluto e percentual das variáveis sociodemográficas. Para calcular os escores dos módulos do HSC foi inicialmente contabilizada a pontuação obtida em cada módulo e realizada a média, além do percentual das ações. E para calcular a percentual de ações de promoção da saúde por porte industrial as empresas foram agrupadas por porte (definido pelo número de trabalhadores) e hierarquizadas pela pontuação obtida com a aplicação do questionário do HSC, dentro de cada grupo (porte).

Foram feitas análises e discussões para avaliar os resultados dos programas de promoção da saúde, da amostra de indústrias participantes, nos possíveis comportamentos de saúde dos trabalhadores e nos resultados organizacionais, além de indicações de melhorias. Houve, também, análise dos domínios do instrumento HSC com indicações de melhorias no instrumento.

### 3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As 114 empresas de Santa Catarina que responderam o questionário receberam uma devolutiva baseada no modelo utilizado e publicado no manual do *Worksite Health ScoreCard* do *Centers for Disease Control and Prevention*. Foram elaborados relatórios individuais de consolidação dos resultados e enviados por e-mail para as 114 empresas participantes da pesquisa, com informações do ponto de vista gerencial, sugerindo que os gestores refletissem sobre as possibilidades de melhoria das estratégias e intervenções conforme lacunas evidenciadas.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

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 09 de outubro de 2017 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 pesquisa foi aprovada com o Número do Parecer: 2.418.776 em 06 de dezembro de 2017.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PESQUISA DE AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE (HSC)

#### 4.1.1 Perfil da amostra

##### 4.1.1.1 Perfil dos respondentes do questionário

Os profissionais respondentes da pesquisa foram, em sua maioria, mulheres (64%), trabalhadores da área de recursos humanos (51,8%) ou de saúde e segurança no trabalho (26,3%), Tabela 3.

(n=114)	
SEXO	
Homens	36,0%
Mulheres	64,0%
ÁREA/ SETOR DE ATUAÇÃO	
Recursos humanos	51,8%
Saúde e/ou segurança do trabalho	26,3%
Administrativo	13,2%
Proprietário (a)	7,0%
Financeiro	1,8%

Tabela 3 - Características dos respondentes  
Fonte: Elaborado pela autora.

##### 4.1.1.2 Perfil das Indústrias

No total, 208 indústrias iniciaram a pesquisa e 114 finalizaram, representando um percentual de 45% de desistência após iniciar o preenchimento. Uma hipótese para o expressivo quantitativo de evasão deve-se ao possível fato de o questionário conter 87 questões relacionadas ao instrumento original (HSC) fora as demais dezoito questões inseridas para o cadastro da empresa e dados demográficos dos trabalhadores.

É importante mencionar que, do total das 114 indústrias respondentes, 11,4% eram microindústrias, 43,9% eram indústrias de pequeno porte, 27,2% indústrias de médio porte, e 17,5% eram indústrias de grande porte (Tabela 4).

(n=114)			
Porte das indústrias	Total entre as concluintes	Representação entre as concluintes	Quantidade de trabalhadores
Grande	20	17,5%	29.784
Média	31	27,2%	8.009
Pequena	50	43,9%	2.848
Micro	13	11,4%	106
Total	114		40.746

Tabela 4 - Perfil das indústrias que concluíram a pesquisa por porte  
Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às características setoriais das indústrias, eram, em sua maioria, atuantes no segmento têxtil e confecção (20,7%) e móveis e madeira (18,5%), Tabela 5.

SETOR INDUSTRIAL	
Têxtil e confecção	20,7%
Móveis e Madeira	18,5%
Alimentos e bebidas	14,1%
Metalmecânica e metalurgia	12,0%
Construção de edifícios, obras de infraestrutura, e serviços para a construção	10,9%
Celulose e papel	8,7%
Produtos químicos e plástico	5,4%
Saúde	3,3%
Extração de petróleo	2,2%
Coleta, tratamento e disposição de resíduos	2,2%
Tecnologia da informação e comunicação	2,2%

Tabela 5 - Perfil das indústrias que concluíram a pesquisa por setor  
Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.1.1.3 Perfil dos trabalhadores das indústrias

Logo, a amostra de 114 indústrias permitiu avaliar o perfil sociodemográfico de uma população de 40.746 trabalhadores vinculados às empresas respondentes.

Referente ao gênero dos trabalhadores, as empresas relataram ter 59% de trabalhadores do sexo masculino e 41% do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 54% dos indivíduos têm entre 18 e 35 anos e 34% estão acima de 36 anos de idade. Cerca de 3% tem mais de 55 anos de idade e estavam vinculados a 72,8% das empresas respondentes, enquanto os trabalhadores com menos de 18 anos equivalem a 12% do total estavam vinculados a 40,3% das empresas respondentes, Gráfico 9.

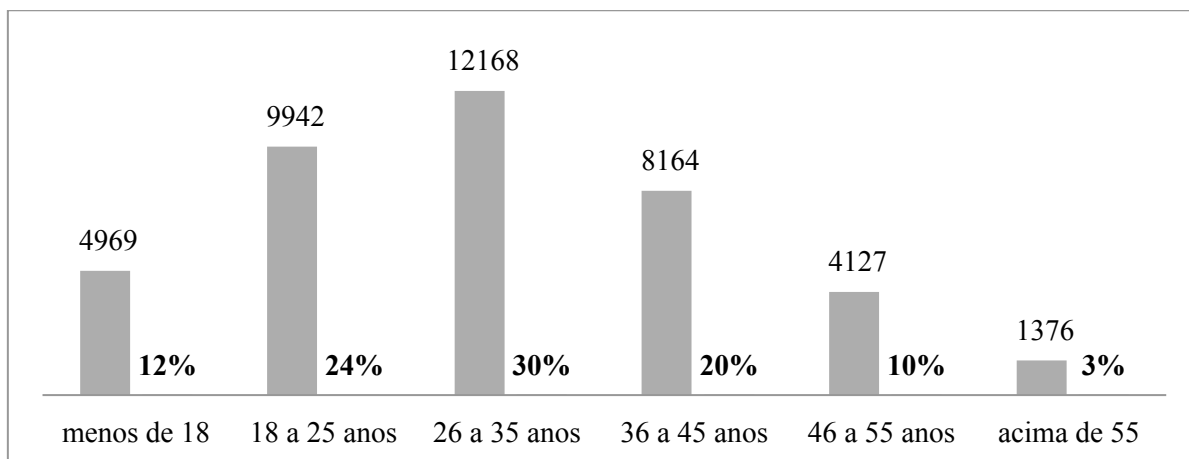


Gráfico 9 - Perfil etário dos 40.746 trabalhadores das indústrias respondentes  
Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos perceber que a amostra permite comparar alguns dados de saúde em Santa Catarina como, por exemplo, as doenças hipertensivas que acometem mais mulheres (57%) do que homens, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que compõem 5% das mortes, sendo 80% provocada pelo diabetes *mellitus*, predominantemente em pessoas acima dos 50 anos de idade e atingindo principalmente as mulheres, caracterizando 55% dos casos de mortes para as pessoas desse sexo. E, ao contrário, as doenças do aparelho circulatório, como as isquêmicas do coração e infartos, são mais prevalentes entre os homens, chegando a 60% dos casos. Soma-se a essas a mortalidade por causas externas, que acomete significativamente o sexo masculino, representando 80% dos casos, e estão relacionados com um maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) concentradas na faixa de 20 a 29 anos, faixa etária essa onde acumula mais de 40% dos trabalhadores das empresas participantes do estudo.

Outro fator importante é que os afastamentos e aposentadorias concedidas por motivo de doenças e acidentes também são altamente impactados, em alguns tipos de causas, por gênero, destacando que os homens foram responsáveis por 77% dos afastamentos acidentários no INSS e as mulheres responsáveis por 51% dos afastamentos por motivo de doenças (MPT,



2017). Tais indicadores remetem para a necessidade da elaboração de estratégias e intervenções centradas no perfil e desafios de saúde populacional, considerando principalmente gênero e faixa etária.

Em relação à faixa etária, além de algumas análises já apresentadas acima, foi possível observar também que mesmo diante do avanço da longevidade dos trabalhadores, a amostra teve ainda uma parcela bastante reduzida de trabalhadores acima dos 55 anos de idade, representado por apenas 3% da população total. No entanto, 72,8% das empresas respondentes relataram ter ao menos um trabalhador com idade superior aos 55 anos. Assim, mesmo sendo uma parcela baixa de trabalhadores, quase 80% das empresas já vive essa realidade. Nesse sentido, redobra a atenção para as doenças crônicas não transmissíveis que, hoje, já impactam em 61% de mortalidade da população em idade produtiva, entre 15 e 59 anos e que, diante do aumento da expectativa de vida da população, o percentual de acometimento tende a aumentar consideravelmente, se nada for feito em relação à promoção da saúde e à prevenção de doenças preveníveis.

No tocante à escolaridade 52% cursaram até o ensino fundamental, sendo que, desses, 11% não chegaram ao 4º ano, 17% não concluíram a antiga 8ª série e 24% conseguiram concluir; 30% tem o ensino médio completo, enquanto apenas 14% da amostra coletada teve acesso ao ensino superior de graduação e 4% à pós-graduação, Gráfico 10.

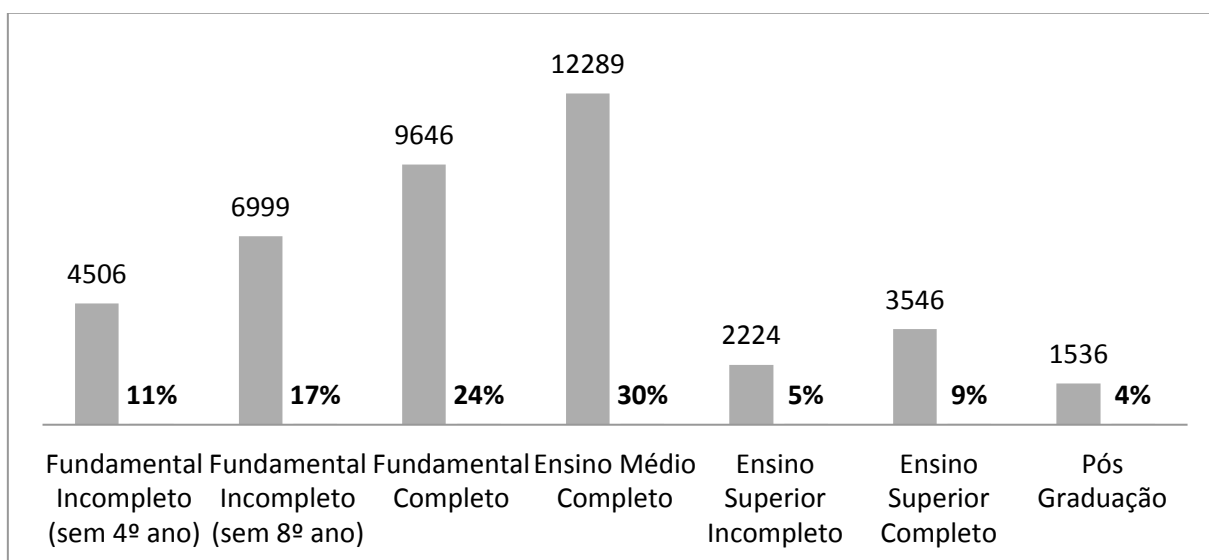


Gráfico 10 - Escolaridade dos 40.746 trabalhadores das indústrias respondentes  
Fonte: Elaborado pela autora.

Podemos considerar que a baixa escolaridade do trabalhador da indústria é um fator preocupante no sentido do desenvolvimento humano e possíveis barreiras a comportamentos mais saudáveis e seguros. A OMS define que a equipe de saúde ocupacional deve-se beneficiar da capacitação e educação da promoção da saúde (OMS, 2018). E as pesquisas Vigitel e PNS abordam algumas relações entre quantidade de anos de estudo e os hábitos de saúde, como, por exemplo, as pessoas que fumam 20 cigarros ou mais têm em média até oito anos de estudo (VIGITEL, 2016), uma relação entre a baixa escolaridade e comportamentos de risco à saúde.

Com o propósito de obter a informação do percentual de beneficiários de planos de saúde suplementar, essa questão foi inserida no questionário e 43% das indústrias participantes declararam disponibilizar esse benefício aos seus trabalhadores. Em Santa Catarina 23% da população é beneficiária de algum plano privado de saúde e, a saber, 75% das contratações são coletivo empresariais (ANS, 2017).

Das 114 indústrias que completaram a pesquisa, seis dessas (5%) não atingiram nenhum ponto. Essas, pertenciam aos setores: têxtil, construção civil e móveis e madeira, e tinham entre 32 e 1.050 trabalhadores, ou seja, eram indústrias de pequeno a grande porte, e apenas uma dessas, sendo de pequeno porte, fornecia plano de saúde aos seus trabalhadores.

Sobretudo, o resultado da pesquisa permitiu avaliar que, a amostra de 114 indústrias atingiu 23,58% da pontuação máxima possível entre as estratégias e intervenções promotoras de saúde no ambiente de trabalho. Um percentual inferior quando comparado a média de 49% de intervenções praticadas na amostra de 93 empresas nos Estados Unidos (ROEMER; et.al., 2013), e também ao fato de que 70% dos empregadores nos Estados Unidos oferecem algum tipo de programa de saúde e bem-estar a seus trabalhadores (RAND CORPORATION, 2015). Embora esse percentual, de forma isolada, não tenha grande relevância, uma vez que o dado não possibilita qualificar a abrangência dos programas e sua eficácia. Pois a literatura mostrou que apenas 6,9% dos empregadores oferecem programas de promoção da saúde com estratégias coordenadas, abrangentes e sistemáticas em promoção da saúde (LANG, 2017).

O Gráfico 11 dá uma visão geral da representatividade das ações por porte industrial. Como se pode ver, as indústrias de grande porte apresentaram, em sua maioria, mais intervenções em saúde (35%) do que as médias, pequenas e microindústrias, que tiveram uma média de 23%, 22% e 15%, respectivamente, de ações promotoras de saúde.

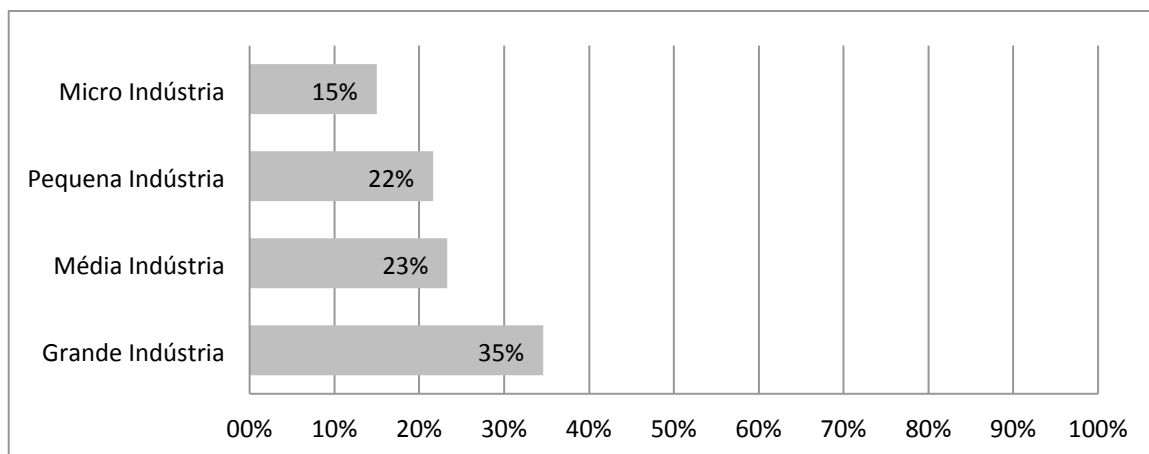


Gráfico 11 - Percentual de estratégias e intervenções em saúde praticadas por porte industrial

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.1.2 Avaliação dos programas de promoção da saúde

##### 4.1.2.1 Resultados organizacionais

A maior pontuação atingida, entre as empresas, foi de 158 pontos, o equivalente a 84% da pontuação baseada em evidência científica entre todas as ações possíveis. Apenas 9 indústrias, o equivalente a 7,9%, atingiram mais de 50% da pontuação máxima possível, conforme Tabela 6.

Porte industrial	Trabalhadores	Plano Saúde	PtsAtingidos	Intervenções
Média	130	Sim	158	84%
Micro	18	Sim	151	80%
Grande	2008	Sim	133	71%
Grande	666	Sim	128	68%
Micro	17	Sim	124	66%
Grande	950	Sim	115	61%
Grande	900	Sim	112	60%
Grande	1593	Não	108	57%
Grande	701	Sim	105	56%

Tabela 6 - Indústrias que atingiram mais de 50% na avaliação de intervenções em promoção da saúde no ambiente de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

Sendo que, dessas, 67% atingiram entre 50% e 70%, e 33% atingiram mais de 70% da pontuação. Entre essas empresas, apenas uma não fornecia plano de saúde para seus colaboradores, e 67% eram de grande porte, 22% microempresas, e 0,1% (apenas uma) era de médio porte (conforme critério de classificação de empresas do Serviço Brasileiro de Aprendizagem (SEBRAE & IBGE, 2013). As duas empresas que mais pontuaram, entre 80% e 84%, tinham 18 e 130 trabalhadores, respectivamente.

Além disso, entre as duas empresas que mais pontuaram em todos os domínios, as ações não praticadas por ambas, foram: disponibilização ou oferta de feira livre para compra de frutas e verduras no local ou redondezas da empresa; e a disponibilização de locais para compra de alimentos dentro da organização. Sendo que as duas ações pertencem ao domínio Nutrição, na dimensão Suporte Ambiental, e apresentaram impacto de nível 1 nos comportamentos e resultados de saúde. As duas empresas com maior pontuação nas ações promotoras de saúde no ambiente de trabalho pertenciam ao porte industrial de média e microempresa, não se limitando ao grupo de grandes empresas.

O questionário utilizou-se do método de pontuação baseada em evidência científica, trabalho coordenado pelo CDC, para identificar o nível de ações estratégicas e de intervenções que os empregadores praticam no local de trabalho. Para cada um dos domínios há uma pontuação máxima possível e, na somatória total desses 114 questionários respondidos, seria possível alcançar 21.432 pontos no máximo. Porém, as 114 indústrias da amostra de Santa Catarina atingiram o montante de 5.054 pontos, uma média de 44 pontos dos 188 possíveis por empresa, o que representa 23,58%, Tabela 7.

Domínio	Pts. Máx. Possível	Pts. Obtidos	Pts. Média	Média de Ações
Suporte Organizacional	3.762	1.241	10,9	32,99 %
Controle do Tabagismo	2.166	708	6,2	32,69 %
Pressão Alta	1.938	508	4,5	26,21 %
Atividade Física	2.736	710	6,2	25,95 %
Gerenciamento do estresse	1.596	387	3,4	24,25 %
Diabetes	1.710	330	2,9	19,30 %
Controle do peso	1.368	264	2,3	19,30 %
Colesterol Alto	1.710	309	2,7	18,07 %
Depressão	2.052	288	2,5	14,04 %
Nutrição	2.394	309	2,7	12,91 %
	21.432	5.054	44,3	23,58 %

Tabela 7 - Pontuação atingida nos domínios entre as 114 indústrias, e média das estratégias e intervenções em saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 7 demonstra que os domínios com maior incidência de ações no ambiente de trabalho foram: suporte organizacional e controle de tabagismo, cada domínio teve aproximadamente 33% das ações possíveis sendo ofertadas no ambiente laboral.

Já a Tabela 8 permite uma visão abrangente sobre o desempenho das empresas por porte industrial em cada um dos domínios abordados, além da média geral atingida entre as 114 indústrias, e a pontuação máxima possível.

Domínio	Grande Indústria	Média Indústria	Pequena Indústria	Micro Indústria	Pontuação Média Atingida	Pontuação Máxima Possível
Suporte Organizacional	15,1	10,9	9,6	9,5	11,3	33
Atividade Física	9,4	6,5	6,3	3,2	6,4	19
Nutrição	3,2	5,5	2,6	1,5	3,2	17
Controle do Tabagismo	8,6	4,2	5,5	4,5	5,7	24
Depressão	3,4	3,8	2,7	1,2	2,8	14
Pressão alta	8,6	3,1	3,6	2,2	4,4	15
Colesterol Alto	4,4	2,7	2,1	2,4	2,9	12
Diabetes	5,3	2,5	2,5	1,8	3,0	15
Gerenciamento de estresse	3,6	2,3	3,6	1,2	2,7	18
Controle de peso	3,6	2,3	2,3	0,7	2,2	21

Tabela 8 - Pontuação média das ações nos domínios por porte industrial  
Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.1.2.2 Resultados nos comportamentos de saúde

De acordo com o CDC, cada pergunta é confiável e válida, e afere determinada pontuação para cada resposta, com base no nível de evidências científicas e de magnitude do impacto sobre a saúde e resultados organizacionais para cada ação (CDC, 2012).

No entanto, no Tabela 9 consta a pontuação total possível entre todas as 114 empresas respondentes, segmentados por domínios (soma dos pontos de cada uma das questões contidas no domínio), considerando que esse valor em pontos reflete o potencial impacto que as estratégias podem ter nos resultados ou comportamentos de saúde, e a pontuação obtida no somatório das 114 empresas, ordenados pela classificação decrescente de impacto.

Domínio	Pontuação Máx = Classificação de Impacto		Pontuação do resultado da amostra	Classificação do resultado da amostra
Suporte Organizacional	3762	1º	1241	1º
Atividade Física	2736	2º	710	2º
Nutrição	2394	3º	309	7º
Controle do Tabagismo	2166	4º	708	3º
Depressão	2052	5º	288	9º
Pressão alta	1938	6º	508	4º
Colesterol Alto	1710	7º	309	8º
Diabetes	1710	8º	330	6º
Gerenciamento de estresse	1596	9º	387	5º
Controle de peso	1368	10º	264	10º

Tabela 9 - Resultados das ações da amostra classificados pelo impacto nos comportamentos de saúde e resultados organizacionais

Fonte: Elaborado pela autora.

A média do impacto nos resultados da amostra do estudo, Tabela 9 e Gráfico 12, evidencia que as estratégias e intervenções nos domínios de gerenciamento do estresse, diabetes e pressão alta estão bem abaixo do ideal para que se possa atingir resultados desejados em saúde. Em suma, percebe-se que os domínios com maior impacto na mudança de comportamento e resultados organizacionais são aqueles que têm o poder de induzir a mudança do estilo de vida para aqueles voltados a hábitos mais saudáveis. Provocações dessa natureza estão distribuídas em todos os domínios do instrumento *Health ScoreCard*. Pode-se observar que são, em sua maioria, estratégias ou intervenções que disponibilizam informação, acesso e envolvem os trabalhadores, de forma abrangente, e cercam uma série de tópicos de saúde e fatores de risco. Como mero exemplo, os domínios atividade física e depressão, se não promovido o seu gerenciamento no ambiente de trabalho, têm probabilidade de impactar nos custos diretos e indiretos com saúde e afastamentos. A literatura apontou que os transtornos mentais correspondem a apenas 1% das causas de morte em Santa Catarina (SIM, 2015), porém, é a segunda maior causa dos afastamentos médico previdenciário (MPT, 2017). Outro exemplo, são as doenças osteomusculares, principal causa dos afastamentos ocupacionais, somente a dorsalgia (dor nas costas) é responsável por 36% de todos os motivos, sendo essa uma causa de doença que tem relação com a ergonomia, o estresse, a tensão e a inatividade física (MUROFUSE, 2005). Desse modo, extendendo o exemplo aos

demais domínios, fica evidente que a atuação abrangente com práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, envolvendo os indivíduos saudáveis e não saudáveis, tem a possibilidade de reduzir significativamente as maiores causas atuais de adoecimento e afastamento do trabalho, por meio de comportamentos mais saudáveis dos trabalhadores.

Da mesma forma, o Gráfico 12 representa a média do impacto distribuída por domínios, entre o impacto máximo possível e as estratégias e intervenções que estão sendo praticadas pelas empresas do estudo. Um dado que chama bastante a atenção é o fato dos domínios nutrição e depressão estarem entre os cinco domínios com maior impacto nos comportamentos de saúde e resultados organizacionais, conforme estabeleceu o CDC, porém obtiveram as menores pontuações no grupo de estudo.

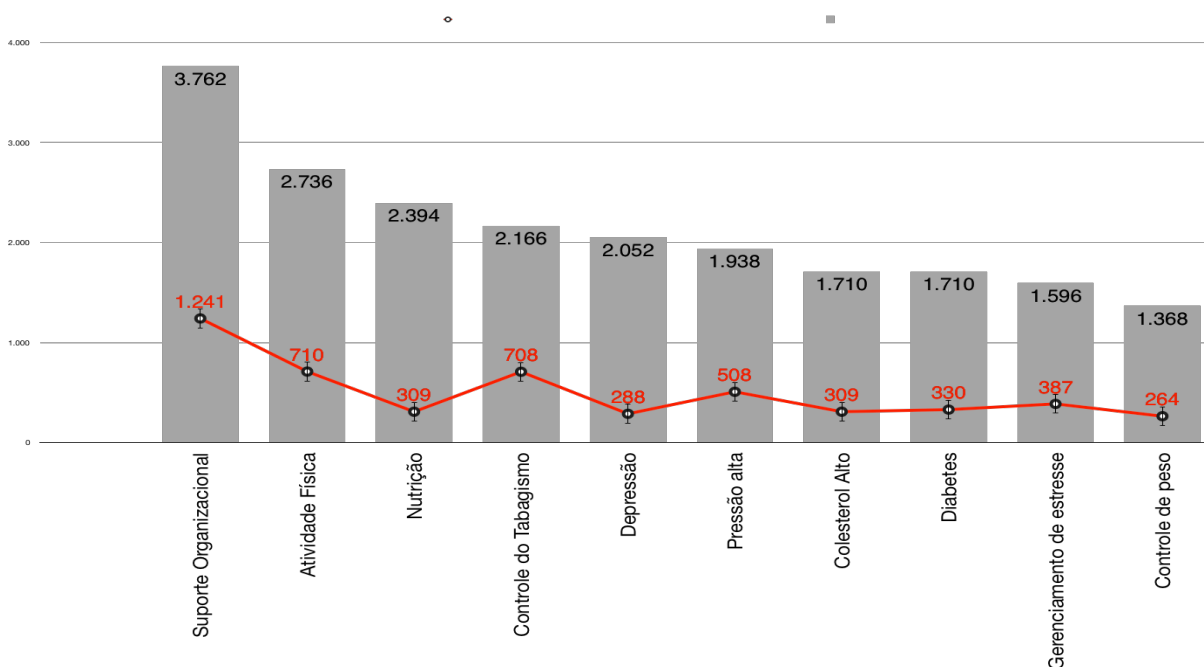


Gráfico 12 - Impacto das estratégias e intervenções em saúde, por domínios das 114 indústrias do estudo

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante do exposto, o baixo resultado nesses dois domínios, nutrição e depressão, representa que estas empresas estão promovendo estratégias e intervenções não alinhadas às maiores necessidades de saúde populacional. A depressão, em Santa Catarina, é um dos indicadores críticos em saúde, com a taxa de 12,9%, percentual acima da média nacional (PNS, 2013). A depressão é igualmente uma das doenças com significativa participação nas estatísticas de presenteísmo e de absenteísmo. Uma parcela dessas causas está atrelada ao estresse ocupacional, que tem resultado em crescentes taxas de doença de longo prazo e ausência no trabalho (OMS, 2017). Para Roberts, os programas de nutrição e depressão são as

práticas mais comuns entre as que podem ser disponibilizadas no formato *online* ou de auto-serviço. São programas que podem ser divulgados na forma de folhetos informativos ou em reuniões para aqueles indivíduos que são essencialmente saudáveis, mas podem ter alguns fatores de risco, embora ainda não pertençam ao grupo de indivíduos que representam os "altos custos" organizacionais com saúde. Já indivíduos com alto risco de desenvolver doenças crônicas, podem ser convidados a participar de sessões de aconselhamento com técnicos de saúde (ROBERTS, 2005). Com isso, observa-se que a atuação não depende, em sua maioria, de grandes investimentos e esforços.

#### *4.1.2.3 Dimensões das estratégias e intervenções*

Com o intuito de observar o perfil das seis estratégias ou intervenções mais pontuadas no geral, sem classificação por porte industrial, ou agrupamento por domínios, pode-se analisar todas as respostas e hierarquizadas de forma decrescente, Tabela 10.

A questão pertencente ao domínio “controle de tabagismo” (a política de proibição do uso de cigarros no ambiente de trabalho) está evidenciada com alto impacto nos comportamentos de saúde e resultados organizacionais (3 pontos), e contribui em dois pontos percentuais ao ano na melhoria da sessão-tema tabagismo. Essa ação pertence à dimensão de “políticas”, que tem relação às declarações formais ou informais que visam proteger ou promover a saúde dos trabalhadores e contribuem para apoiar grandes grupos de pessoas simultaneamente. As demais questões relacionadas ao controle de tabagismo contabilizam um ponto cada uma, tendo um menor impacto no estilo de vida, porém são fundamentais para o alcance dos resultados. Entre essas, a ação que se refere à comunicação de avisos com informações sobre a política antitabagismo é a única que pertence à dimensão “suporte ambiental” que tem relação aos fatores físicos no local de trabalho e nas proximidades, que ajudam a proteger e melhorar a saúde dos trabalhadores. As demais estratégias ou intervenções estão no grupo de “políticas” mas, para todas, a expectativa de melhora no período de um ano é de zero a um ponto percentual. Já o fato de disponibilizar um ambiente para guarda e preparo de alimentos, não representa grande impacto sobre comportamentos de saúde, uma vez que há pouca garantia de que esses alimentos que serão consumidos são saudáveis. Essa ação pertence à dimensão de “suporte ambiental”, e espera-se de 0 (zero) a um ponto percentual de melhoria em um ano. No instrumento do HSC, na dimensão “programas”, a avaliação da ação que requer o envolvimento ativo da liderança, soma dois



pontos no impacto, e espera-se que tenha uma evolução de um a dois pontos percentuais ao ano. As ações relacionadas a “programas” são oportunidades disponibilizadas no local de trabalho para os trabalhadores mudarem ou manterem comportamentos positivos em saúde por meio de recursos externos. Destaca-se que essa estratégia é uma das chaves para o sucesso de programa de saúde. A liderança tem papel fundamental na estruturação da governança dos programas, seja no planejamento e amplitude dos programas, apoiando os coordenadores, ou participando na definição das estratégias, indicadores e metas de médio e longo prazo.

Nº questão	% Ações	Peso da Evidência	Pergunta
AÇÕES MAIS PRATICADAS NO AMBIENTE DE TRABALHO			
19	73,68%	3	Possuiu uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?
21	70,18%	1	Colocou avisos (incluindo avisos de proibido fumar) com informações sobre a política antitabagismo?
20	69,30%	1	Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?
28	68,42%	1	Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?
37	65,79%	1	Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?
3	61,40%	2	Demonstrou apoio e comprometimento organizacionais voltados à promoção da saúde no trabalho em todos os níveis hierárquicos?
AÇÕES MENOS PRATICADAS NO AMBIENTE DE TRABALHO <sup>7</sup>			
35	1,75%	3	Subsidiou ou forneceu descontos para alimentos e bebidas mais saudáveis oferecidos em máquinas automáticas de venda, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra?
32	1,75%	3	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?
33	2,63%	2	Forneceu informações nutricionais (mais completas que os rótulos com informações nutricionais padrão) sobre sódio, calorias, gordura trans ou gordura saturada para os alimentos e bebidas vendidos
31	2,63%	1	Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em máquinas automáticas de venda?
63	2,63%	2	Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?
38	3,51%	1	Disponibilizou ou promoveu uma “feira livre”, vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?

Tabela 10 - Questões mais e menos pontuadas, praticadas no ambiente de trabalho, amostra das 114 indústrias  
Fonte: Elaborado pela autora.

<sup>7</sup>As estratégias e intervenções menos pontuadas foram inseridas no Quadro 5 apenas para fins de informação, pois não serão analisadas.

Com isso, as ações e estratégias mais implementadas no ambiente de trabalho, no somatório das 114 indústrias, esteve sustentado por três das quatro dimensões (políticas, suporte ambiental, programas e benefícios). Ao contrário, os esforços não parecem ter sido combinados de forma equilibrada entre estratégias e intervenções organizacionais e individuais, tendendo mais para ações organizacionais, entre as seis.

Em síntese, nota-se que, no geral, são ações de saúde que, para serem implementadas, exigem baixo investimento financeiro porém alto nível de esforço e maturidade cultural organizacional.

#### 4.1.3 Avaliação dos domínios em saúde

Os domínios com maior incidência de ações no ambiente de trabalho foram: Suporte Organizacional e Controle de Tabagismo, cada um teve o equivalente a 33% das ações possíveis sendo ofertada no ambiente laboral, Gráfico 13.

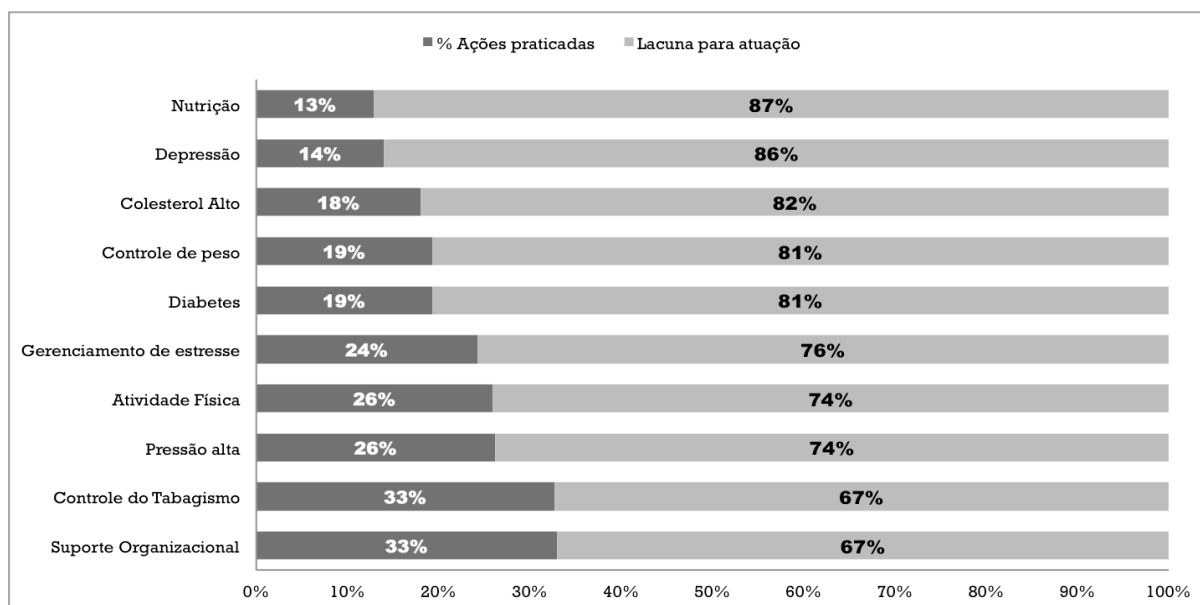


Gráfico 13 - Resultado geral por domínios, amostra das 114 indústrias

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre os domínios com ações com menor pontuação ficaram: Nutrição e Depressão (Gráfico 14). Sendo Nutrição o menos pontuado nas grandes indústrias (15%) e pequenas empresas (12,29%), o segundo menos, nas médias (14,9%) e o terceiro, nas micro (7,33%). A Depressão foi o menos pontuado nas médias (12,77%), o segundo, nas grandes (18,89%), e micro (6,84%), e o terceiro menos pontuado (14,78%) nas indústrias de pequeno porte.

O domínio Suporte Organizacional, quando segmentado por porte industrial, foi o mais pontuado na micro indústria (28,67%), e o segundo mais pontuado nos três demais portes industriais sendo, 45,76%, 32,94% e 29,03% nas grandes, médias e pequenas empresas, respectivamente. E o Controle de Tabagismo foi mais pontuado nas indústrias de médio (34,13%) e pequeno porte (29,08), o 2º nas micro (23,89%) e o 3º mais pontuado nas grandes (45,26%). Entre os programas com maior representatividade nas grandes indústrias o Controle de Pressão Alta atingiu 50,59% das ações no domínio, Gráfico 14.

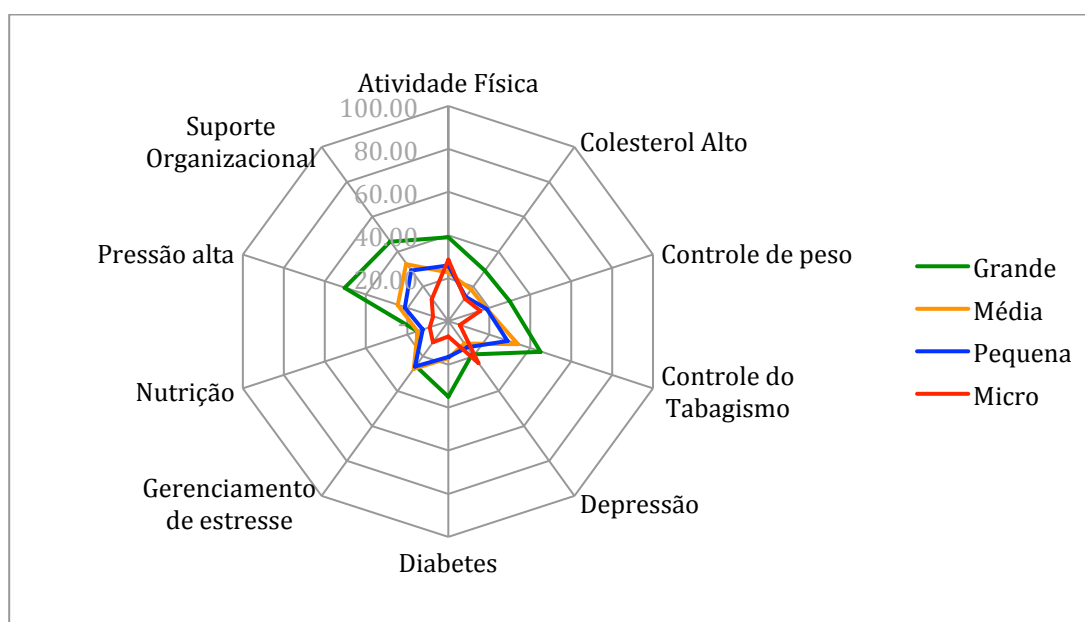


Gráfico 14 - Comportamento dos domínios por porte, amostra das 114 indústrias

Fonte: Elaborado pela autora.

O resultado da pesquisa obtido por meio do instrumento do CDC *Health ScoreCard* possibilita que as empresas possam se comparar com elas mesmas ao longo do tempo, ou com outras empresas com a mesma classificação de porte, ou setor, conforme representado no Gráfico 15.

Para essa representação foi selecionada uma empresa, de forma aleatória, no grupo das 20 indústrias de grande porte, que concluíram a pesquisa, e comparada com a média entre todas do mesmo porte.

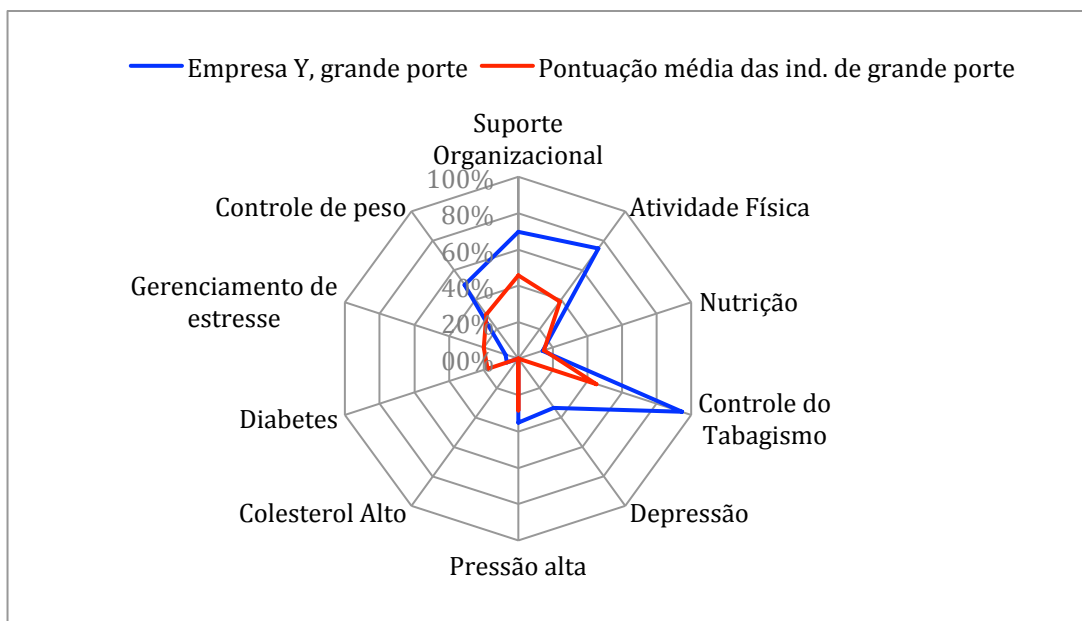


Gráfico 15 - Comportamento dos domínios por porte, amostra das 114 indústrias  
Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 11 contém as questões mais e menos pontuadas por domínio, os seus percentuais de frequência, ordenadas do maior para o menor entre as mais pontuadas. A tabela foi elaborada a partir das respostas das 114 indústrias participantes.

	Nº questão	% Ações	Peso da Evidência	Pergunta
<b>CONTROLE DO TABAGISMO</b>				
<b>Mais pontuada</b>	19	73,68%	3	Possuiu uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?
<b>Menos pontuada</b>	24	7,89%	2	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?
<b>NUTRIÇÃO</b>				
<b>Mais pontuada</b>	37	65,79%	1	Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?
<b>Menos pontuada</b>	35	1,75%	3	Subsidiou ou forneceu descontos para alimentos e bebidas mais saudáveis oferecidos em máquinas automáticas de venda, cafeterias ou outros?
<b>SUPORTE ORGANIZACIONAL</b>				
<b>Mais pontuada</b>	03	61,40%	2	Demonstrou apoio e comprometimento organizacionais voltados à promoção da saúde no

				local de trabalho em todos os níveis hierárquicos?
<b>Menos pontuada</b>	7	13,16%	1	Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou “histórias de sucesso” de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?
<b>GERENCIAMENTO DE ESTRESSE</b>				
<b>Mais pontuada</b>	57	55,26%	1	Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?
<b>Menos pontuada</b>	58	13,16%	3	Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>				
<b>Mais pontuada</b>	47	42,11%	1	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios da atividade física?
<b>Menos pontuada</b>	50	14,04%	3	Disponibilizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de atividade física?
<b>PRESSÃO ALTA</b>				
<b>Mais pontuada</b>	69	39,47%	3	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?
<b>Menos pontuada</b>	75	18,42%	2	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?
<b>CONTROLE DE PESO</b>				
<b>Mais pontuada</b>	51	34,21%	2	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 devolutivas?
<b>Menos pontuada</b>	55	7,02%	3	Realizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de peso?
<b>DIABETES</b>				
<b>Mais pontuada</b>	83	27,19%	1	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de diabetes?
<b>Menos pontuada</b>	87	14,04%	2	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)?
<b>DEPRESSÃO</b>				
<b>Mais pontuada</b>	66	25,44%	3	Proporcionou aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo

				de vida?
<b>Menos</b> pontuada	63	2,63%	2	Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?
<b>COLESTEROL ALTO</b>				
<b>Mais</b> pontuada	77	22,81%	1	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de colesterol alto?
<b>Menos</b> pontuada	80	15,79%	3	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de colesterol ou triglicerídeos?

Tabela 11 - Questões mais e menos pontuadas entre os domínios, amostra das 114 indústrias

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As empresas podem avaliar seus programas de saúde no ambiente de trabalho de forma sistêmica utilizando o *Worksite Health ScoreCard*. Avaliar até que ponto os programas de saúde no ambiente de trabalho podem ser mantidos ao longo do tempo, como é percebido pelos trabalhadores e líderes e o seu possível retorno sobre o investimento. Para isso, a avaliação deve se concentrar em questões relevantes e úteis, deve alimentar um ciclo contínuo de melhorias de qualidade, identificar lacunas potenciais nas atuais ofertas e, ainda, descrever a eficiência e eficácia dos recursos investidos. Além de que, o plano de avaliação deve ser desenvolvido como parte do processo de planejamento dos programas, além de ser uma etapa anterior a qualquer tipo de intervenção em saúde.

Os resultados resumem-se basicamente à eficácia do programa no curto, médio e longo prazos, considerando que os dois primeiros (curto e médio prazos) são passos intermediários, caracterizados como a redução individual nos riscos de saúde (ex.: consumo de tabaco), sendo esses os condutores necessários para o alcance dos resultados de longo prazo, que por sua vez estão caracterizados à redução de doenças ou lesões e aos custos associados a essas. São aspectos muito semelhantes aos objetivos dos programas.

Embora exista a necessidade de que os programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho sejam abrangentes, empregando um processo sistemático desde o planejamento até as avaliações, a partir da literatura, pode-se concluir que as empresas que atuam dessa forma obtêm resultados positivos, principalmente com a redução dos custos relacionados aos adoecimentos e afastamentos, com os comportamentos de saúde dos trabalhadores, com a elevação e qualidade da produtividade e, conseqüentemente, com a valorização e competitividade empresarial.

O *Worksite Health ScoreCard* foi concebido para auxiliar empregadores na identificação de lacunas nos programas, na priorização de estratégias de alto impacto, além de beneficiar que os gestores possam ampliar seu entendimento dos programas, políticas, e práticas implementadas com um olhar voltado àquelas que contribuem para comportamentos mais saudáveis por parte dos trabalhadores e possam ainda monitorar mudanças ao longo do tempo.

A pesquisa revelou que, os programas de saúde ofertados pelas indústrias participantes não correspondem aos conceitos de programas abrangentes, e com estratégias e intervenções

integradas às principais necessidades de saúde populacional. Sobretudo, notou-se que as estratégias e intervenções promotoras de saúde, em sua maioria, aconteceram de forma isolada. Ou seja, não foram priorizadas de acordo com aquelas capazes de gerar um maior impacto nos resultados organizacionais e nos comportamentos de saúde, e que refletem nas principais causas de afastamentos do trabalho como, por exemplo, a depressão. E permitiu, ainda, identificar as principais lacunas nas atuais ofertas, e quais ações deveriam ser tomadas afim de obter os resultados desejados em saúde. Além de possibilitar a revisão dos programas, dando ênfase para a combinação de intervenções a nível individual com mudanças no ambiente organizacional, sustentadas pelas quatro dimensões (programas, políticas, suporte ambiental, benefícios) propondo assim uma abordagem promissora de sucesso.

Dentre às propostas de melhorias para o questionário de avaliação dos programas de promoção da saúde, uma delas seria a inserção de um método preditivo para calcular o retorno sobre o investimento em cada um dos domínios de saúde do HSC e/ou estratégias e intervenções de saúde no ambiente de trabalho.

Além disso, outra oportunidade de melhoria seria a estruturação de uma metodologia que permitisse acompanhar a evolução dos resultados, ao longo do tempo, de alguns indicadores individuais de saúde. Sendo possível assim, a ampliação da avaliação de impacto entre o previsto (baseado na evidência científica do CDC) e o atingido (evolução e melhoria das condições de saúde de uma determinada população de trabalhadores). Permitindo a avaliação entre o possível impacto sob os comportamentos de saúde e a possível redução das doenças crônicas não transmissíveis da população observada.

Percebe-se também que o instrumento do CDC, o *Worksite Health ScoreCard*, fornece a possibilidade de comparação da empresa com ela mesma ao longo do tempo, ou com outras empresas referências de boas práticas, classificadas por porte empresarial ou setor de atuação.

Ainda assim, seriam importantes novos estudos complementares que possibilitem a avaliação da evolução organizacional, acerca da mudança de comportamentos da população, assim como o acompanhamento das reduções dos custos associados aos adoecimentos.

Sugere-se também, que sejam realizadas pesquisas com amostras maiores e representativas com o instrumento *Worksite Health ScoreCard* agora em sua versão completa, no contexto brasileiro.

E, por fim, o presente estudo não se limita a área geográfica da amostra, podendo ser aplicado a qualquer região e setor empresarial.



## REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco. *et al.* **Avaliação em promoção da saúde:** foco no "município saudável". Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.5, p.638-646, out. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000600016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 mai 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000600016>.

ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade.** Braudel Papers. São Paulo, v.1, p.1 - 13, 2008.

AMMENDOLIA, C. *et al.* **Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism.** BMC Public Health. 16, 1, 1-18, Nov. 25, 2016. ISSN: 14712458.

BATISTELLA C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86. Disponível em <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header\\_pdf.php?id=505&ext=.pdf&titulo=Cap.>](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=505&ext=.pdf&titulo=Cap.>). Acesso em: 15 jun 2018.

BERRY, L.L; MIRABITO, A.M; BAUN, W.B. **What's the hard return on employee wellness programs? The ROI data will surprise you, and the softer evidence may inspire you.** Harvard Business Review. 12, 104, 2010. ISSN: 0017-8012.

BERTERA, R.L. **The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population.** *American Journal Of Public Health.* United States, 80, 9, 1101-1105, Sept. 1990. ISSN: 0090-0036.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas:** Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acesso em 22 de mar. 2018.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua – PNAD,** 2017. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Trimestral/Comentarios\\_Sinteticos/2017\\_4\\_trimestre/pnadc\\_201704\\_trimestre\\_comentarios\\_sinteticos\\_SantaCatarina.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Comentarios_Sinteticos/2017_4_trimestre/pnadc_201704_trimestre_comentarios_sinteticos_SantaCatarina.pdf)>. Acesso em 01 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Previdência Social. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/scripts10/dardoweb.cgi>>. Acesso em 07 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre nascidos vivos - SINASC**, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>> Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>>. e: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Trabalho – MPT. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho**. Disponível em: <<https://observatoriosst.mpt.mp.br>>. Acesso em: 07 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Brasília. v.23.p1-934.250. <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads2018/01/AEPS-2016.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2018).

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2014. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind\\_Mortalidade\\_Infantil/Ind\\_Mortalidade\\_Infantil\\_graf.def](http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_Mortalidade_Infantil/Ind_Mortalidade_Infantil_graf.def)>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **Health and its social determinants**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 de jun. 2018.

CANCELLIERE, C. *et al.* **Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers?** a systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 11, Suppl 4, 395-405, Jan. 5, 2011. ISSN: 14712458.

\_\_\_\_\_. **Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers?** a systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 11, Suppl 4, 395-405, Jan. 5, 2011. ISSN: 14712458.

CARVALHO, DEBORAH M. *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção / National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 6, 1683, 2016. ISSN: 1413-8123.

Centers for Disease Control and Prevention. **The CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, and Related Conditions.** Atlanta: US Department of Health and Human Services, 2012.

CEPELLOS, VM. *et al.* **Envelhecimento nas organizações: preconceito ou tendência?.** GV-executivo. 12, 2, 24-27, July 2013. ISSN: 18068979

ESCRIVÃO JUNIOR, Á. A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Orgs). **Gestão em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FERREIRA, R. C. *et al.* **Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, abr. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 abr. 2018. Epub 24-Fev-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>.

FIESC. Federação das Indústrias de Santa Catarina. **SC em dados, 2017.** Disponível em: <<http://www.portalsetorialfiesc.com.br/fiesc/2017/12/13/santa-catarina-em-dados-2017>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. **Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off,** 2015. Disponível em <[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Maximizing\\_Healthy\\_Life\\_Years.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Maximizing_Healthy_Life_Years.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2018.

GOETZEL, R.Z. *et al.* **Return on investment in disease management: a review.** Health Care Financing Review. 4, 1, 2005. ISSN: 0195-8631.

\_\_\_\_\_. **The Stock Performance of C. Everett Koop Award Winners Compared With the Standard & Poor's 500 Index.** Journal of Occupational & Environmental Medicine. 58, 1, 9-15, Jan. 2016. ISSN: 10762752.

\_\_\_\_\_. **Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study.** J Occup Environ Med. 2007;49(2):111.

GROSSMEIER, J. *et al.* **Linking Workplace Health Promotion Best Practices and Organizational Financial Performance: Tracking Market Performance of Companies With Highest Scores on the HERO Scorecard.** Journal Of Occupational And Environmental Medicine. United States, 58, 1, 16-23, Jan. 2016. ISSN: 1536-5948.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. **'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires.** Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation. Netherlands, 6, 3, 237-247, Apr. 1997. ISSN: 0962-9343.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2017. **Portal Brasil em Síntese.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2017. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas de Mortalidade do Brasil 2017** :<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos.html>. Acesso em: 24 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/44/47044>>. Acesso em: 29 de mar. 2018.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Disponível em: <<https://iessdata.iess.org.br/dados/caged>>. Acesso em: 30 de mar. 2018.

KELLY, E. et al. **The Novartis Health Index: a method for valuing the economic impact of risk reduction in a workforce.** Journal of Occupational and Environmental Medicine. 5, 528, 2010. ISSN: 1076-2752.

KOFFMAN, D.M. **The Centers for Disease Control and Prevention Worksite Health ScoreCard.** American Journal of Health Promotion. 28, 2, TAHP-6-TAHP-7, Nov. 2013. ISSN: 08901171.

LANG, J.E. **Using employer case studies to highlight best practices and tailored strategies to build comprehensive Workplace Health Programs.** *American Journal of Health Promotion*. Thousand Oaks, California, 31, 1, 79-88, Jan. 2017. ISSN: 0890-1171.

LEOLATTO, C.L.; BREHMER, L.C. de F.; MIRANDA, F.A.C. **As várias faces das lesões por esforço repetitivo e das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho.** : Some faces of the cumulative trauma disorders related to the work. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 16, 1, 66, Jan. 2013. ISSN: 15167704.

MALTA, D. C. *et al.* **Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos:** estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 22, n. 3, p. 423-434, set. 2013 . Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?>

MEADOR, A. *et al.* **Comparing 2 National Organization-Level Workplace Health Promotion and Improvement Tools, 2013-2015.** *Preventing Chronic Disease*. 13, 1-14, Sept. 29, 2016. ISSN: 15451151.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde / Health care networks.** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 5, 2297, 2010. ISSN: 1413-8123.

MILSTEIN, R; WETTERHALL, S. **Framework for program evaluation in public health.** *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*. Atlanta, Georgia, 48, 36, 1-8, Sept. 18, 1999. ISSN: 0149-2195.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. **Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, p. 364-373, June 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 abr. 2018.

NOGUEIRA, R. P. **Mortalidade por três grandes grupos de causa no Brasil.** IPEA, 2004. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/ENSAIO1\\_Roberto9.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ENSAIO1_Roberto9.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2018.

ØDEGAARD, F; ROOS, P. **Measuring the Contribution of Workers' Health and Psychosocial Work-Environment on Production Efficiency.** *Production & Operations Management*. 23, 12, 2191-2208, Dec. 2014. ISSN: 10591478.

OGATA, A.J; MALIK, A.M. **FOCO NA SAÚDE, NÃO NA DOENÇA.** *GV-executivo*. 16, 4, 36-40, July 2017. ISSN: 18068979

OLIVEIRA, A. E. M; MALIK, A. M. Avaliação de resultados. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Orgs). **Gestão em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2018. Disponível em: <[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/)>. Acesso em: 09 abr 2018.

RAND Corporation. **Workplace wellness programs**: services offered, participation, and incentive. Medical Benefits. 1, 2015.

ROBERTS, S. **New approach addresses root causes of illnesses**. Business Insurance. 39, 9, 11-22, Feb. 28, 2005. ISSN: 00076864.

ROEMER, EC; *et al.* **Reliability and validity testing of the CDC Worksite Health ScoreCard**: an assessment tool to help employers prevent heart disease, stroke, and related health conditions. Journal of Occupational and Environmental Medicine. 5, 520, 2013. ISSN: 1076-2752.

SCHULTZ, A.B; EDINGTON, D.W. **Employee health and presenteeism**: a systematic review. Journal Of Occupational Rehabilitation. Netherlands, 17, 3, 547-579, Sept. 2007. ISSN: 1053-0487.

SOAREZ, P. C. de. *et al.* **Cross-cultural adaptation of the CDC Worksite Health ScoreCard questionnaire into Portuguese**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.62, n.3, p.236-242, June 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302016000300236&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000300236&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.236>.

SORENSEN, S. **How employee engagement drives growth**. Gallup Business Journal. 4, June 2013.

TERRY, PE; *et al.* **Association between nine quality components and superior worksite health management program results**. Journal Of Occupational And Environmental Medicine. United States, 50, 6, 633-641, June 2008. ISSN: 1536-5948.

WHO. World Health Organization. **Global status report on non communicable diseases**, 2014.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Healthy workplaces**: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. 2010. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44307>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Prevenção de doenças crônicas, um investimento vital.** Organização Pan-Americana de Saúde; WHO; 2005.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion.** First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> Acesso em: 10 jan. 2018.

WILD, D; *et al.* **Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures:** report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value In Health: The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research. United States, 8, 2, 94-104, Mar. 2005. ISSN: 1098-3015.

WORKPLACE WELLNESS PROGRAMS: **services offered, participation, and incentive.** Medical Benefits. 1, 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Questionário CDC *Worksite Health ScoreCard*

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



6	Promoveu e divulgou estrategicamente programas de promoção da saúde para seus funcionários?	Responda 'sim', se, por exemplo, o programa de promoção da saúde do seu local de trabalho possui uma marca ou logotipo, utiliza diferentes canais de comunicação, ou envia mensagens frequentes.	1	0
7	Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou 'histórias de sucesso' de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?		1	0
8	Adaptou alguns programas de promoção da saúde e materiais educativos à língua, ao grau de instrução, à cultura e à prontidão a mudanças dos diferentes segmentos da força de trabalho?	Responda 'não', se você acreditar que sua organização não necessite adaptar seus programas de promoção da saúde e materiais educativos para grupo(s) específicos (s).	3	0
9	Possuiu um comitê de promoção da saúde ativo?	Responda 'sim' se existir um comitê de promoção da saúde e ele estiver envolvido no planejamento e na implementação de programas.	2	0
10	Possuiu um coordenador de promoção da saúde remunerado com a função (em tempo integral ou parcial) de implementar um programa de promoção da saúde no seu local de trabalho?	Responda 'sim', se a implementação de programa(s) de promoção da saúde no seu local de trabalho estiver incluída na descrição de funções e metas de desempenho de um funcionário remunerado.	2	0
11	Possuiu um 'líder' (ou mais de um) que fosse forte defensor do programa de promoção da saúde?	Responda 'sim', se houver alguém no seu local de trabalho que promova ativamente os programas para melhorar a promoção da saúde no local de trabalho.	2	0
12	Possuiu um orçamento anual ou recebeu financiamento específico para programas de promoção da saúde?		2	0
13	Definiu objetivos anuais para a organização em termos de promoção da saúde?		2	0
14	Incluiu referências à melhoria ou à manutenção da saúde dos funcionários nos objetivos corporativos ou na missão da organização?	Responda 'não', se os objetivos corporativos ou a missão da organização fizerem referência somente à segurança e à saúde ocupacional, sem mencionar a melhoria da saúde de sua força de trabalho.	1	0
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 coleta dados sobre os riscos à saúde dos funcionários, gastos com assistência médica, satisfação dos funcionários, ou pesquisas de clima organizacional.	2	0

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

25	Fornecer ou promover aconselhamento gratuito ou subsidiado para parar de fumar?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0
26	Informou aos funcionários sobre programas ou cobertura de planos de saúde que incluíam aconselhamento e medicação para parar de fumar?		2	0
27	Ofereceu incentivos àqueles que pararam de fumar, ou aos fumantes em processo de parar de fumar, ou que estejam envolvidos em grupos para parar de fumar?	Responda 'sim', se, por exemplo, a sua organização der descontos em planos de saúde, aumento no benefício por invalidez ou seguro de vida adicional a não fumantes ou a fumantes ativamente tentando parar de fumar.	1	0
28	Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho não vende cigarros e similares nas dependências da organização em máquinas automáticas de venda ou em locais operados por terceiros.	1	0
<b>NUTRIÇÃO</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
29	Disponibilizou locais para compra de alimentos e bebidas?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possui máquinas automáticas de venda de alimentos e bebidas, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra.	0	0
30	Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis nas cafeterias ou lanchonetes?	Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garante a disponibilização de verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio em cafeterias ou lanchonetes.	1	0
31	Possuiu uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em máquinas automáticas de venda?	Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garantir a disponibilização das verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio nas máquinas automáticas de vendas.	1	0

32	Garantiu que a maioria (mais de 50%) das opções de alimentos e bebidas disponibilizadas em máquinas automáticas de venda, bem como cafeterias, lanchonetes ou outros pontos de compra fosse saudável?	Responda 'sim', se os alimentos saudáveis forem produtos como leite desnatado, leite semidesnatado, água, água com sabor sem adição de açúcar, bebidas dietéticas, sucos de fruta 100% naturais, lanches de baixa caloria e de baixo sódio ou frutas frescas. (Consulte o Guia Alimentar para a População Brasileira ou as Diretrizes para Operações Federais de Pontos de Venda)	3	0
33	Forneceu informações nutricionais (mais completas que os rótulos com informações nutricionais padrão) sobre sódio, calorias, gordura trans ou gordura saturada para os alimentos e bebidas vendidos nas cafeterias, lanchonetes ou outros pontos de compra?		2	0
34	Identificou opções de alimentos e bebidas mais saudáveis por meio de avisos ou símbolos?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho colocar um coração ao lado de um produto mais saudável próximo a máquinas automáticas de venda, lanchonetes ou outros pontos de compra.	3	0
35	Subsidiou ou forneceu descontos para alimentos e bebidas mais saudáveis oferecidos em máquinas automáticas de venda, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra?		3	0
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.	1	0
37	Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?	Responda 'sim', se o seu local de trabalho possuir micro-ondas, pia, geladeira, ou cozinha.	1	0
38	Disponibilizou ou promoveu uma 'feira livre', vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?		1	0
39	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios de se comer de forma saudável?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos benefícios em comer de forma saudável como um tema único ou se os benefícios da alimentação saudável estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0

40	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre nutrição?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de nutrição como tema único ou se nutrição estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0
41	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para alimentação saudável?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
42	Disponibilizou instalações para a prática de atividade física no local de trabalho?		3	0
43	Subsidiou ou deu descontos no valor cobrado pelo uso das instalações para a prática de atividade física no local de trabalho ou fora dele?		3	0
44	Disponibilizou outros tipos de suporte à atividade física ou recreativa?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir trilhas ou pistas para caminhada/corrida, mapas com rotas apropriadas para caminhada, bicicletários, quadra esportiva, espaço aberto destinado à prática de exercícios ou atividades recreativas, chuveiro e vestiários.	3	0
45	Colocou avisos em elevadores, portas de acesso às escadas e outros locais-chave, estimulando os funcionários a utilizar as escadas?	Responda 'não', se o seu local de trabalho está situado em um prédio térreo.	3	0
46	Proporcionou programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupo para funcionários (além do uso de instalações para prática de exercícios)?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir programas de caminhada ou alongamento, exercícios em grupo ou treinamento com pesos.	3	0
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 saúde.	1	0

48	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre atividade física?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de atividade física como tema único ou se a atividade física estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	2	0
49	Realizou ou subsidiou avaliações de condicionamento físico, aconselhamento, acompanhamento e indicação de atividades físicas no local de trabalho ou em instalações comunitárias para prática de exercícios?		3	0
50	Disponibilizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de atividade física?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
<b>CONTROLE DE PESO</b>				
Nº	Pergunta	Resposta	Sim	Não
51	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, avaliações da composição corporal, tais como altura e peso, índice de massa corporal (IMC) ou outras avaliações da taxa de gordura (além de Avaliação de Fatores de Risco - AFR), seguidas de devolutiva		2	0
52	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de sobrepeso e obesidade?	Responda 'sim', se estes materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de sobrepeso e obesidade como um tema único ou se os riscos de sobrepeso e obesidade estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0

53	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre controle de peso?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de controle de peso como tema único ou se o controle de peso estiver incluído em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
54	Proporcionou aos funcionários acima do peso ou obesos aconselhamento gratuito ou subsidiado, individual ou em grupo, sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
55	Realizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de peso?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
<b>GERENCIAMENTO DE STRESSE</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
56	Proporcionou espaços específicos para os funcionários realizarem atividades de relaxamento, tais como meditação, yoga, ou biofeedback?		1	0
57	Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho patrocinar ou organizar eventos para entrosamento de equipes, piqueniques, celebração de datas festivas, ou times de funcionários para prática de esportes.	1	0

58	Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?	Responda 'sim', se esses programas tratem de gerenciamento de estresse como tema único ou se o gerenciamento de estresse estiver incluído em outros temas de saúde. Responda 'sim', se esses programas forem realizados de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
59	Proporcionou programas sobre competências pessoais/ equilíbrio entre trabalho e vida pessoal?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer clínicas ou serviços voltados ao atendimento da terceira idade, creche ou serviços voltados ao cuidado de crianças, indicações de serviços, reembolso de mensalidades ou honorários, ou outros programas similares, que podem ser oferecidos por terceiros, funcionários do local de trabalho ou programas de assistência ao empregado.	3	0
60	Proporcionou aos gerentes treinamento para identificar e reduzir questões relacionadas ao estresse no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer treinamentos com foco em discussões sobre avaliação de desempenho, comunicação, gestão de pessoal, assertividade, gestão de tempo ou resolução de conflitos.	3	0
61	Proporcionou oportunidades para que funcionários participassem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho der oportunidades aos funcionários para participem nas decisões sobre ambiente e processo de trabalho, horário de trabalho, resolução participativa de problemas e gestão de demandas de trabalho.	3	0
<b>DEPRESSÃO</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
62	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento clínico de depressão (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguido de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico, quando necessário?	Responda 'sim', se esses serviços forem fornecidos diretamente por meio de sua organização, ou indiretamente pelo plano de saúde.	3	0
63	Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?		2	0



64	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem de depressão?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem depressão como um tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde.	2	0
65	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem de depressão como tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
66	Proporcionou aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
67	Proporcionou aos gestores treinamento sobre depressão no local de trabalho?	Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer aos gestores treinamento sobre como reconhecer questões relativas à segurança, à produtividade e à depressão, e recursos da empresa ou da comunidade para manejo da depressão.	2	0
68	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para tratamento de depressão e aconselhamento em saúde mental?		3	0
<b>PRESSÃO ALTA</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
69	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento de pressão alta (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguida de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?		3	0
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 saúde	1	0

71	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de pressão alta?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de pressão arterial alta como um tema único ou se a prevenção e controle de pressão alta estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
72	Ofereceu aos funcionários com pressão alta ou pré-hipertensos monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
73	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de pressão arterial?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
74	Disponibilizou aparelhos para monitoramento de pressão arterial com instruções para que os funcionários realizassem suas próprias medições?		2	0
75	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?		2	0
<b>COLESTEROL ALTO</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
76	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento para colesterol alto (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco) seguido por uma devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?		3	0
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	1	0

		incluídos em outros temas de saúde.		
78	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de colesterol alto?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de colesterol alto como um tema único ou se a prevenção e controle de colesterol alto estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
79	Proporcionou aos funcionários com colesterol alto monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
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.	3	0
81	Proporcionou plano de saúde com cobertura gratuita ou de baixo custo para compra de medicamentos para controle de colesterol ou triglicerídeos?		2	0
<b>DIABETES</b>				
N°	Pergunta	Resposta	Sim	Não
82	Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, autoavaliações (online ou em papel) de pré-diabetes ou fatores de risco para diabetes, seguidas de rastreamento de nível de glicose no sangue e encaminhamento clínico, quando necessário?		3	0

83	Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de diabetes?	Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de diabetes como um tema único ou se os riscos de diabetes estiverem incluídos em outros temas de saúde.	1	0
84	Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de diabetes?	Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de diabetes como um tema único ou se a prevenção e controle de diabetes estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
85	Ofereceu aos funcionários com níveis anormais de glicose no sangue (pré-diabetes ou diabetes) monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
86	Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de diabetes?	Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.	3	0
87	Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos e produtos para controle de diabetes (kits de monitoramento, seringas, fitas de teste de glicose)?		2	0

**APÊNDICE B: Tabelas de evidência científica, magnitude do impacto das estratégias ou intervenções, e cálculo de resultados sobre a saúde para tal estratégia.**

<b>EVIDÊNCIA CIENTÍFICA</b>	
<b>Fraco (1 ponto)</b>	Quando a relação de evidências da pesquisa é fragmentada, não havendo estudos experimentais. Há um debate entre especialistas no campo sobre se o impacto causal é ou não plausível ou existe.
<b>Sugestivo (2 pontos)</b>	Quando dois ou mais estudos apontam relação de causa e efeito, não havendo estudos de grupo controle randomizados. A maioria dos especialistas acredita que o impacto causal é plausível e consistente com o conhecimento em áreas relacionadas.
<b>Suficiente (3 pontos)</b>	Quando apresentam dois ou mais estudos semi-experimentais, não havendo estudos de grupo controle randomizados. Especialistas acreditam que a relação é provavelmente causal, e estudos eliminaram a maioria das variáveis alternativas de confusão ou explicações alternativas.
<b>Forte (4 pontos)</b>	Quando a relação de causa e efeito está fundamentada em pelo menos um estudo com grupo controle randomizado. Ou três ou mais estudos quase-experimentais bem planejados, com pouco ou nenhum debate entre os especialistas de relação causal.

<b>AValiação de Impacto</b>	<b>Definição das Categorias de Avaliação</b>
<b>Pequeno (1 ponto)</b>	Melhoria de 0 a 1 ponto percentual em 1 ano
<b>Suficiente (2 pontos)</b>	Melhoria de 1 a 2 pontos percentuais em 1 ano
<b>Grande (3 pontos)</b>	2 ou mais pontos percentuais de melhora em 1 ano

CHAVE DE PONTUAÇÃO PONDERADA						
Base de evidências:	+	Impacto do Item:	=	Valor ajustado	=	Valor final do ponto de impacto na saúde
1 = Fraco	1 = pequeno			Pts Totais = 2,3 Valor = 1		1 = bom
2 = Sugestivo	2 = médio			Pts Totais = 4,5 Valor = 2		2 = muito bom
3 = Suficiente	3 = grande			Pts Totais = 6,7 Valor = 3		3 = ótimo
4 =Forte	-			-		-

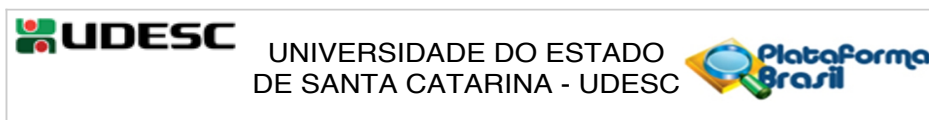
**APÊNDICE C: Questões demográficas inseridas na pesquisa de avaliação dos programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho.**

<b>1. PERFIL DOS TRABALHADORES</b>
<b>1.1 Número total de trabalhadores</b>
<b>1.2 Número de trabalhadores por sexo:</b> (Masculino) (Feminino)
<b>1.3 Número de trabalhadores por faixa etária:</b> Menos de 18 anos: De 26 a 35 anos: De 36 a 45 anos: De 46 a 55 anos: Acima de 55 anos:
<b>1.4 Número de trabalhadores por escolaridade:</b> Fundamental Incompleto (não concluiu a 4ª série): Fundamental Incompleto (não concluiu a 8ª série): Fundamental Completo (concluiu a 8ª série): Ensino Médio Completo (concluiu o 2º grau): Cursando Ensino Superior: Ensino Superior Completo: PósGraduação:
<b>2. ORGANIZAÇÃO</b>
<b>2.1 Estado da instalação da organização</b>
<b>2.2 CNAE</b> (consulte o seu CNAE aqui: <a href="http://www.receita.fazenda.gov.br">www.receita.fazenda.gov.br</a> )
<b>2.3 Atividade econômica em que a sua organização está inserida:</b> Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura Indústria Extrativista Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas Transportes, Armazenagem e Correio Alojamento e Alimentação Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas Outras Atividades de Serviços Saúde Humana e Serviços Complementares Atividades Imobiliárias Informação e Comunicação

Educação
Indústria de Transformação
Atividades Adminsitrativas e Serviços Complementares
Água, Esgoto, Atividades de Gestão de Resíduos e Descontaminação
Artes, Cultura, Esportes e Recreação
Eletricidade e Gás
Serviços Domésticos
Organismos Internacionais e outras Instituições Extraterritoriais
Administração Pública, Defesa e Seguridade Social
Atividades Financeiras de Seguros e Serviços Relacionados
Construção
Outra
<b>2. 4 Os trabalhadores estão cobertos por planos de saúde?(Sim) (Não)</b>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do CEP Plataforma Brasil



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Benchmarking Empresarial em Saúde

**Pesquisador:** IZALTINA ADAO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78777017.8.0000.0118

**Instituição Proponente:** SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA

**Patrocinador Principal:** Serviço Social da Indústria SESI

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.418.776

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa advinda do Departamento Nacional do Serviço Social da Indústria - SC. Pesquisadora Izaltina Adão mestranda do Mestrado Profissional em Gestão de Saúde da FGV EAESP- Escola de Administração de Empresas de São Paulo.