



REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)

ISSN: 1980-4164

ISSN: 1413-2311

Escola de Administração da UFRGS

Toffoli, Denise Balchiunas; Malik, Ana Maria
AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DE
EXCELÊNCIA BRASILEIROS: CUIDANDO DO CUIDADOR¹

REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto
Alegre), vol. 25, núm. 1, 2019, Janeiro-Abril, pp. 116-147
Escola de Administração da UFRGS

DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.235.88748>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401172000005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UFRGS
redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

**AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA
BRASILEIROS: CUIDANDO DO CUIDADOR¹**

Denise Balchiunas Toffoli²

Ana Maria Malik³

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.235.88748>

RESUMO

A construção da Cultura de Saúde compreende a implantação de programas de saúde e bem-estar no local de trabalho, como um conjunto de estratégias compostas por programas, políticas, benefícios e suportes ambientais, atendendo às necessidades de saúde e segurança dos funcionários e familiares, sendo necessário ainda que hospitais realizem diagnósticos para avaliar suas ações. O estudo objetivou analisar ações de saúde e bem-estar nos hospitais de excelência visando a construção de uma cultura de saúde sob a ótica dos gestores e membros dos comitês de promoção de saúde e bem-estar e verificar a aplicabilidade do questionário da versão brasileira do *Centers for Disease Control and Prevention - CDC - Worksite Health ScoreCard – HSC* na realidade brasileira. Foi aplicado aos sujeitos de pesquisa o questionário da versão brasileira do *CDC Worksite Health ScoreCard*, com tratamento dos dados por análise estatística descritiva. A partir das respostas fornecidas, evidenciou-se que os hospitais possuem programas efetivos de saúde e bem-estar, com peculiaridades que refletem as políticas e cultura de cada um. Observaram-se lacunas na aplicação do questionário resultante da existência de políticas públicas de prevenção e tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

¹ Recebido em 09/12/2018; aprovado em 25/03/2019.

² Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo - FGV.Saúde; São Paulo – SP (Brasil) - de.balchi@gmail.com

³ Fundação Getulio Vargas (FGV) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo - FGV.Saúde; São Paulo – SP (Brasil) - Ana.Malik@fgv.br

Palavras-chave: Cultura de saúde. Saúde populacional. Organizações e sistema de saúde. Hospitais.

ACTIONS AND HEALTH PROGRAMS IN BRAZILIAN HOSPITALS OF EXCELLENCE: CARING FOR THE CAREGIVER

117

ABSTRACT

The building of a Health Culture includes the implementation of health and wellness programs in the workplace. They consist of programs, policies, benefits and environmental support, in order to meet health and safety needs of employees and their families. It is essential that hospitals perform diagnoses to evaluate their actions. The study aimed to identify actions of health promotion and well-being implemented in hospitals to build a health culture according to the views of managers and committees related to the promotion of health and wellness and to assess the applicability of the Brazilian version of the Centers for Disease Control and Prevention - CDC - Worksite Health ScoreCard - HSC to the Brazilian reality. The translated questionnaire was applied to research subjects. Data were presented through descriptive statistical analysis. Based on the answers, it can be said that the hospitals have effective health and wellness programs, with peculiarities that reflect their policies and culture. There were issues regarding the applicability of the questionnaire due to the existence of public policies for the prevention and treatment of some risk factors for chronic non-communicable diseases.

Keywords: Health culture. Population health. Organizations and health systems. Hospitals.

ACIONES Y PROGRAMAS DE SALUD EN HOSPITALES DE EXCELENCIA BRASILEÑOS: CUIDANDO DEL CUIDADOR

RESUMEN

La construcción de la Cultura de Salud comprende que la implantación de programas de salud y bien estar en el trabajo, entendidos como un conjunto de estrategias compuestas por programas, políticas, beneficios y soportes ambientales, atendiendo a las necesidades de salud

y seguridad de los funcionarios y familiares, siendo imprescindible que los hospitales realicen diagnósticos para evaluar sus acciones. La investigación analizó las acciones de salud y bien estar en los hospitales de excelencia, visando la construcción de una cultura de salud sob la óptica de los gestores y miembros de los comités de promoción de salud y bien estar y verificó la aplicabilidad del cuestionario de la versión brasileña del *Centers for Disease Control and Prevention - CDC - Worksite Health ScoreCard – HSC* en la realidad brasileña con tratamiento de datos por el analisis estatístico descriptivo. A partir de las respuestas fornecidas por los sujetos investigados, los hospitales poseen programas efectivos de salud y bien estar, con peculiaridades que reflejan en la política y la cultura. Fue observado lacunas en la aplicación del cuestionário resultante de la existencia de políticas de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras-clave: Cultura de salud. Salud populacional. Organizaciones y sistema de salud. Hospitales.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por diversas transformações sociais e econômicas, o que resulta em mudanças nas condições e características de saúde das populações. O maior controle das doenças infectocontagiosas e o predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs vêm contribuindo para a transição demográfica e se expressam no aumento da expectativa de vida e na diminuição das taxas de mortalidade, gerando um desafio para o planejamento e a implementação de políticas que agreguem qualidade frente a longevidade da população (BRASIL, 2012; 2017). A expansão das doenças crônicas no Brasil aliada a outros fenômenos como o desemprego, desencadeia maior demanda pelos serviços públicos de saúde. Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2018) apresentam a diminuição da população brasileira coberta por serviços privados em janeiro de 2018 (22,7% da população), sendo que em dezembro de 2015 esse número era de 24%. Aliado a esse dado, verifica-se, como exemplo, uma diminuição relativa dos repasses da União ao estado de São Paulo para financiamento de todas as ações do Sistema Único de Saúde - SUS entre 2016 e 2017, que apresentaram um acréscimo da ordem de 0,4% (de R\$

12.797 milhões para R\$ 12.856 milhões), para uma inflação oficial do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA nesse período de 2,95% (BRASIL, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) são considerados fatores de risco para as DCNTs a inatividade física, o tabagismo, a alimentação não saudável e o uso abusivo de álcool. Doenças cardiovasculares e pulmonar crônica, acidente vascular cerebral, diabetes e câncer estão associados a esses fatores, sendo possível prevenir ou minorar as consequências da maioria destas doenças controlando os fatores de risco. Com o aumento da demanda pelos serviços públicos e a diminuição do seu financiamento, as empresas acabam por assumir papel mais relevante nas ações de promoção à saúde, aumentando sua importância no âmbito da promoção de saúde, visto que nas empresas se desenvolve o trabalho, parte significativa das suas vidas (LIMONGI-FRANÇA; OLIVEIRA, 2005). Isso requer o diagnóstico dos fatores de risco e das condições ambientais do trabalho, com a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais (ALBUQUERQUE; LIMONGI-FRANÇA, 1998).

Programas de saúde no local de trabalho devem ser construídos a partir de uma abordagem sistemática, coordenada e abrangente. Os resultados da implementação dessas ações podem promover mudanças, por um lado, no comportamento, na saúde e no moral da força de trabalho; por outro lado, nos custos com saúde, na produtividade e na cultura das organizações, conforme considera o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2016). Os programas devem contemplar o conceito ampliado da produção de saúde, que abrange responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos e busca pela autonomia dos usuários e suas famílias, devendo estar presentes na organização do trabalho com os trabalhadores comprometidos com esse movimento (FEUERWERKER; CECILIO, 2007). Foram investigados hospitais entendidos como organizações em que se busca recuperar a saúde dos seus clientes, com a premissa de que seus trabalhadores devem estar saudáveis para promover saúde e bem-estar aos usuários e receber ações internas nesse sentido.

Os objetivos desse estudo foram: 1) analisar ações de saúde e bem-estar nos hospitais de excelência visando a construção de uma cultura de saúde, sob a ótica de gestores e membros dos comitês de promoção de saúde e bem-estar; 2) verificar a aplicabilidade do questionário da versão brasileira do *Centers for Disease Control and Prevention - CDC - Worksite Health ScoreCard – HSC* na realidade brasileira.

1 SAÚDE POPULACIONAL, NO TRABALHO, DCNTS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Saúde é um recurso para a vida e não um objetivo, podendo ser representada operacionalmente em nível individual ou populacional (STARFIELD, 2001). A compreensão dos modelos cultural e de gestão das organizações de assistência à saúde é fundamental na determinação da efetividade dos serviços prestados. As organizações devem perceber o significado da saúde dos seus integrantes, usuários e da sociedade, considerando suas características socioculturais, econômicas, ambientais e o respectivo perfil epidemiológico.

Para tanto, pode-se lançar mão do conceito de saúde populacional (EVANS; BARER; MARMOR, 1994). O termo surgiu com a preocupação de descobrir por que algumas pessoas são saudáveis e outras não. Essa busca destaca a importância de conhecer os determinantes de saúde (KINDIG; STODDART, 2003), que consistem em uma variedade de interações entre influências proximais e distais na saúde de indivíduos e de populações, incluindo o contexto político, as políticas, a distribuição do poder e de riqueza, os ambientes social e físico, o sistema de saúde e seus serviços além das características genéticas, biológicas e histórico-culturais (STARFIELD, 2001).

Associados aos fundamentos de saúde populacional e vinculados ao contexto de saúde ocupacional das organizações, Fernandes e Ferreira (2015) apontam para o aumento no número de distúrbios relacionados à rotina do trabalho, afetos à Qualidade de Vida no Trabalho – QVT. Ferreira (2015) define QVT como preceito de *compliance* para a promoção do bem-estar individual e coletivo, o fortalecimento pessoal dos colaboradores e o exercício da cidadania organizacional nos ambientes de trabalho.

No contexto de saúde ocupacional e saúde populacional na prevenção e controle das DCNTs o *World Economic Forum* (WEF, 2017) propõe que a saúde centrada no ser humano é uma estratégia que pode melhorar o gerenciamento das doenças crônicas mais prevalentes no mundo: cardiovasculares, mentais, respiratórias, câncer, obesidade e diabetes. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) relata que essas são responsáveis por 68% das 38 milhões de mortes ocorridas em 2012 no mundo, (26 milhões de óbitos), impondo a necessidade de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população para o exercício de suas atividades (CRIMMINS; HALBERG, 2009; WHO, 2014). Espera-se para 2030 um aumento de 65% no número de perda de vidas produtivas decorrentes das DCNTs (WEF, 2008).

Nos Estados Unidos da América as DCNTs vêm causando ameaça à competitividade das empresas com altos custos nos cuidados de saúde, estimando-se em 2010 o gasto com as doenças cardiovasculares em US\$ 444 bilhões (ROEMER et al., 2013). As DCNTs no Brasil em 2011 foram responsáveis por mais de 68,3% do total de óbitos, destacando as doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16,4%), doenças respiratórias (6%) e diabetes (5,3%). Tais doenças mais que triplicaram entre 1930 e 2006, destacando o tabagismo, consumo alimentar inadequado, sedentarismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas como fatores de risco (BRASIL, 2012). Os dados apresentados pela Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 2016 (BRASIL, 2017), indicam que entre 2006 e 2016 a frequência de fumantes diminuiu a uma razão de 0,62% aa e a frequência da prática de atividade física no tempo livre aumentou em média de 1,17% aa. Em sentido oposto, os indicadores de sobrepeso e obesidade aumentaram a uma razão de 1,21% aa e 0,73% aa, respectivamente, acompanhando o aumento dos diagnósticos médicos de hipertensão e diabetes.

No Brasil, o SUS, instituído pela Lei Federal 8.080/90, estabelece a assistência universal e integral à saúde. Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs - no Brasil, 2011-2022’, considerando estratégias e políticas setoriais de modo a fortalecer o desenvolvimento e a implementação de ações de prevenção e controle das DCNT na população e em grupos populacionais específicos, priorizando os compromissos contidos na Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (2003), Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde (2004), Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2006) e a Estratégia Regional para Doenças Crônicas da Organização Pan-Americana de Saúde (2007). O Plano objetiva minimizar as consequências dessas doenças no país abrangendo a população em todas as fases da vida, da gestação até a terceira idade, com a integração de ações fortalecendo e incorporando políticas setoriais e intersetoriais, a sistematização de dados e informações das DCNTs e fatores de risco. Na instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, foram priorizadas ações voltadas à alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, expansão da atenção básica, ampliação da distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes e ampliação de exames preventivos para os cânceres da mama e do colo do útero. De modo sistemático, o Plano aborda as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e

obesidade) (BRASIL, 2011). Anteriormente em 2001, a Lei Federal 10.216 instituiu a Política Nacional da Saúde Mental, compreendendo estratégias e diretrizes para organizar as ações de assistência às pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange principalmente a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, síndrome do pânico, síndrome de *burnout* e gastrite nervosa, além de pessoas com quadros de uso nocivo e dependência de substâncias como álcool, cocaína, crack e outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

2 CULTURA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÕES E PESSOAS

Para Baicker, Cutler e Song (2010) e Goetzel et al. (2016) iniciativas de redução de riscos à saúde em locais de trabalho resultam para os trabalhadores no aumento de bem-estar e autoestima, satisfação com o trabalho, melhoria do estado de saúde e redução do estresse, enquanto que para a empresa gera aumento da produtividade, redução do absenteísmo, presenteísmo e rotatividade, melhoria da imagem, maior comprometimento dos funcionários com a organização e consequente redução com gastos em saúde.

Todas essas preocupações levaram à proposição de novos conceitos definidos como ‘Cultura de Saúde’, procurando trazer às organizações a necessidade de prover saúde e bem-estar à força de trabalho. Crimmins e Halberg (2009) denominaram ‘Cultura de Saúde’ a crença que enfatiza a importância da saúde do trabalhador por meio de suporte de gerenciamento e fornecimento de programas nas empresas que podem promover mudanças de comportamentos, gerar redução dos fatores de risco à saúde e a promoção de saúde da população. Para o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2016) programas de saúde e bem-estar no local de trabalho se referem a um conjunto coordenado e abrangente de estratégias que incluem políticas, programas, benefícios, suportes ambientais e orientações para a comunidade envolvida, de forma a atender às necessidades de saúde e segurança de todos os funcionários e familiares.

A *American Hospital Association* (AHA, 2011) afirma que os programas de saúde e bem-estar que fazem parte dessa cultura podem ser definidos como uma combinação de ferramentas de identificação de risco, programas educacionais e mudanças no ambiente de trabalho, devendo estar integrados aos objetivos estratégicos da organização. Fabius et al. (2013) reiteram a necessidade da participação de seus atores, principalmente as lideranças

compromissadas financeiramente, garantindo sua sustentabilidade e a efetividade no sucesso da sua implementação, privilegiando segurança e saúde.

Limongi-França e Rodrigues (2009) consideraram que as organizações devem refletir de maneira coerente as práticas relacionadas à saúde e à doença, com os diferentes atores e processos, proporcionando suporte às ações de promoção de saúde e bem-estar à força de trabalho e familiares como valor próprio da cultura da organização.

3 HOSPITAIS E A CULTURA DE SAÚDE

Um dos desafios do processo gerencial dos hospitais é conseguir coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais nele realizados, para um cuidado integral (MERHY; CECÍLIO, 2003). A prestação de serviços de saúde no Brasil ainda é fortemente centrada em médicos e hospitais, evidenciando a importância da instituição hospital como *locus* referido e privilegiado para os cuidados de saúde (FARIA et al., 2010; PAIM et al., 2011). Espera-se, portanto, que o cuidado a seus colaboradores deve estar coadunado à finalidade dos hospitais.

A *Health Research & Educational Trust – HRET*, em parceria com a *Robert Wood Foundation* vêm trabalhando para a construção de uma cultura de saúde em hospitais estadunidenses. Estudos realizados em dez hospitais caracterizaram a cultura de saúde como aquela em que ficar e permanecer saudável é um valor social fundamental e orientador em que todas as pessoas, independentemente de sua condição étnica, geográfica ou socioeconômica, podem viver vidas mais longas e saudáveis (HRET, 2014). Lang, Cluff e Payne (2017) avaliaram a implementação de ações de promoção de saúde e bem-estar por empregadores estadunidenses, concluindo que ações contínuas podem melhorar significativamente a condição de saúde da população atendida, o que foi corroborado por estudos conduzidos por Safeer et al. (2018) nas diferentes unidades do *John Hopkins Medicine*. A aplicação do CDC (2014a) em momentos distintos indicaram melhora na saúde dos colaboradores e no ambiente de trabalho com ações concretas e a consequente construção de uma ‘Cultura de Saúde’.

4 A VERSÃO BRASILEIRA DO *CDC WORKSITE HEALTH SCORECARD - HSC*

O Questionário da Versão Brasileira do *CDC Worksite Health ScoreCard - HSC* (Brasil, 2016) foi baseado no questionário *CDC* (2014a) concebido nos Estados Unidos da América, a partir da constatação do crescimento dos gastos em saúde e da necessidade da implementação de programas de promoção de saúde. É um instrumento elaborado para avaliar e acompanhar o grau de implementação de ações de promoção da saúde, particularmente as DCNTs e os fatores de risco. O questionário está baseado em evidências e impactos de programas de redução de risco individual ligados a suporte ambiental para comportamentos saudáveis coordenados e integrados a outras atividades de bem-estar. O Laboratório de Inovações Assistenciais em Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar da ANS reconheceu no *CDC Worksite Health ScoreCard - HSC* propriedades adequadas, permitindo sua utilização no Brasil (SOÁREZ et al., 2016). A tradução e a adaptação cultural do questionário foram realizadas por pesquisadores dos departamentos de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP- e da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

O sistema de pontuação do *Health ScoreCard* reflete o nível de efeitos em ações de promoção de saúde comprovadas. Atribui-se um valor de 1 a 3 pontos (Quadro 1), para cada item do questionário, refletindo o nível de impacto que a estratégia tem sobre os resultados ou comportamentos de saúde desejados, com o peso da evidência científica dando suporte a esse impacto. Por exemplo, matérias de conscientização como folhetos (1 ponto) têm resultados menos significativos na saúde do funcionário do que programas de autogerenciamento ou aconselhamento sobre estilo de vida (3 pontos). Perguntas não respondidas foram consideradas como ‘não’, independente da estratégia ser ou não aplicável ao local de trabalho. O valor atribuído foi ‘0’ para as questões não respondidas e para as questões respondidas com ‘não’ (BRASIL, 2016).

Quadro 1 - Atribuição de peso por evidência e impacto

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

Fonte: adaptado de Brasil (2016).

A versão brasileira do *CDC* apresenta doze domínios, com 100 questões e o máximo possível de 209 pontos, conforme a Tabela 1 (BRASIL, 2016).

Tabela 1 - Domínios, número de questões e pontuação máxima por domínio do questionário

Domínio	Número de questões	Pontuações máximas em cada seção
Suporte Organizacional	18	33
Controle do Tabagismo	10	19
Nutrição	13	21
Atividade Física	9	24
Controle de Peso	5	12
Gerenciamento de Estresse	6	14
Depressão	7	18
Pressão Alta	7	17
Colesterol Alto	6	15
Diabetes	6	15
Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral - AVC e Ataque Cardíaco – AC	4	4
Resposta à emergência em caso de Acidente Vascular Cerebral -AVC e Ataque Cardíaco – AC	9	17
Total	100	209

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

5 MÉTODO

O Brasil conta com aproximadamente 6.000 hospitais, tendo sido selecionados para esse estudo os seis definidos como ‘Filantrópicos de Excelência’ pelo Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI/SUS até 2016 (Lei 12.101/2009)⁴, considerando um universo de aproximadamente 200 estabelecimentos hospitalares passíveis de participação no Programa. Para obtenção dessa classificação e o direito à isenção da contribuição previdenciária patronal e tributária (BRASIL, 2009; 2014), foi exigido dos hospitais o cumprimento de critérios técnicos gerais, além da adoção de práticas de qualidade reconhecidas em campos da gestão hospitalar (FREIRE et al., 2012), sendo requerido como contrapartida o fortalecimento do SUS pelo compartilhamento da qualificação técnica com outros hospitais e o aperfeiçoamento do sistema público de saúde. Assumiu-se, portanto, que os hospitais de excelência têm responsabilidade institucional na disseminação de informações e experiências em ações diversas, também voltadas à promoção de bem-estar para seus funcionários (BRASIL, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP publicada no Diário Oficial da União de 13 jun. 2013, o projeto foi submetido em 23. nov. 2016 à Plataforma Brasil, base nacional de registros de pesquisa envolvendo seres humanos para todos os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, sob número CAAE:62313716.4.0000.0070, e aprovado em 27.12.2016. Três hospitais aceitaram participar da pesquisa.

Adotou-se o questionário da versão brasileira do *CDC Worksite Health ScoreCard* (BRASIL, 2016). Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2017, considerados sujeitos de pesquisa os responsáveis pela concepção e viabilização das ações (gestores de recursos humanos, gestores de benefícios, gestores de planos de saúde, gestores de promoção de saúde e bem-estar) ou sua implementação (membros do comitê de promoção de saúde e bem-estar no local de trabalho), conforme previsto no instrumento. Os questionários foram aplicados nas instituições, contando com a privacidade necessária e adequada e garantido o sigilo e preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os respondentes. Em continuidade, foi realizada análise estatística descritiva dos dados pontuados. As características gerais dos 29 participantes, dos hospitais A, B e C, foram descritas por meio de distribuição de frequência simples.

⁴ Em 2016, em ordem alfabética, os hospitais de excelência eram: Alemão Oswaldo Cruz (SP), do Coração (SP), Israelita Albert Einstein (SP), Moinhos de Vento (RS) Samaritano (SP) e Sírío Libanês (SP) (Brasil, 2014).

Para comparar as médias dos escores nos três hospitais, segundo o domínio de interesse, utilizou-se o teste de *Kruskal Wallis e Dunn*, teste de comparações múltiplas processados em software Stata 13.0, adotando-se como critério de significância estatística $p < 0,05$. Utilizou-se o teste ‘t de *student*’, para verificar a diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre as médias das pontuações dos gestores e membros dos comitês de cada hospital para cada domínio respondido, a variância dos resultados e o desvio padrão no que se refere aos doze domínios.

Para verificar se houve correlação entre as respostas dos gestores e membros do comitê para cada hospital, considerando-se o tempo de casa e a pontuação total obtida, utilizou-se o cálculo de correlação de *Pearson ‘p’*, utilizando-se do aplicativo *Excel* 2016. Analisou-se a frequência das respostas ‘sim’ do questionário, conforme o peso das questões e o seu domínio.

6 RESULTADOS

6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO CDC (BRASIL, 2016)

Os doze domínios apresentados pelo CDC (BRASIL, 2016) propõem três categorias distintas: A) Condições para implementação das ações de promoção de saúde, representado pelo domínio ‘Suporte organizacional’; B) Fatores de risco para as DCNTs, representados pelos domínios ‘Atividade física’, ‘Nutrição’, ‘Controle do tabagismo’ e ‘Controle do peso’, e por fim, C) Doenças Crônicas Não Transmissíveis, representados pelos domínios ‘Depressão’, ‘Pressão alta’, ‘Sinais e sintomas de AVC ou AC’, ‘Resposta à emergência em caso de AVC ou AC’, ‘Colesterol alto’, ‘Diabetes’ e ‘Gerenciamento de estresse’.

A Tabela 2 apresenta as características dos doze domínios do CDC (BRASIL, 2016), considerando os pesos das questões, o número de questões de cada domínio.

Tabela 2 - Categorias dos Domínios do CDC (Brasil, 2016)

		Pontuação máxima	Ranking	Número de questões	Peso 1	Peso 2	Peso 3
A	Suporte organizacional	33	1	18	5	11	2
B	Atividade física	24	2	9	1	1	7
	Nutrição	21	3	13*	6	3	3
	Controle do tabagismo	19	4	10	4	3	3
	Controle do peso	12	11	5	1	1	3
	Total domínios de fatores de risco	76		37	12	8 (16)	16 (48)
C	Depressão	18	5	7		3	4
	Pressão alta	17	6	7	1	2	4
	Resposta à emergência em caso de AVC ou AC	17	6	9	3	4	2
	Colesterol alto	15	8	6	1	1	4
	Diabetes	15	8	6	1	1	4
	Gerenciamento do estresse	14	10	6	2		4
	Sinais e sintomas de AVC ou AC	4	12	4	4		
	Total domínios DCNTs	100		45	12	11 (22)	22 (66)
	Total de pontos possível	209		100	29	60	120

*- Uma pergunta do domínio Nutrição não possui pontuação.

Fonte: elaborada pelas autoras.

O domínio ‘Suporte organizacional’ apresenta, isoladamente, o maior número de perguntas (18) e a mais alta pontuação possível do questionário (33), com a maior parte das perguntas com peso 2. Os domínios que tratam dos fatores de risco somam um total de 76 dos 209 possíveis, com 17 perguntas de peso 1, 8 de peso 2 e 16 de peso 3, num total de 55 questões, indicando que o questionário privilegia ações consistentes e de maior impacto, traduzidas nas perguntas de peso 3 e em menor efetividade as de peso 2. O questionário propõe quatro domínios, ou classes de fatores de risco, que isoladamente apresentam uma pontuação expressiva. Entende-se que o domínio ‘Atividade física’, que propõe a segunda maior pontuação (24 pontos), enquanto agente de prevenção às DCNTs é de fácil implementação pelas organizações indicando que ações referentes a esse domínio devem ser realizadas de modo mais célere, e assim sucessivamente. Os domínios que versam sobre as DCNTs apresentam 45 questões num total de 100 pontos possíveis. Isso aponta para a

valorização de ações de maior impacto e evidência, representadas pelas questões de peso 3 (22 perguntas que somam 66 pontos possíveis), o dobro das questões de peso 2 (11 perguntas que perfazem 22 pontos possíveis), e 12 questões de peso 1. Excetuado o domínio ‘Sinais e sintomas de AVC ou AC’, as pontuações máximas apresentadas pelos demais seis domínios, variam entre 14 e 18 pontos possíveis, com a maior parte das questões de peso 3, indicando o questionário considera que as ações de combate às DCNTs são efetivas. O questionário apresenta dois domínios referentes a transtornos mentais (‘Depressão’ e ‘Gerenciamento de estresse’) e Acidentes Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco (‘Sinais e sintomas de AVC ou AC’ e ‘Resposta à emergência de AVC e AC’). O domínio ‘Sinais e sintomas’ é composto apenas de questões de peso 1, referentes à publicização dessa enfermidade.

Esses números apontam que o CDC (BRASIL, 2016) considera mais fortemente em seu conteúdo questões que indicam ações de maior impacto e evidência, visto o predomínio de perguntas de peso 3. Considera-se ainda que a estrutura do questionário possibilita sua aplicação em momentos diversos, de modo que seja possível analisar a performance das instituições pesquisadas em sua totalidade ou segundo o domínio analisado referente às ações de prevenção ou profilaxia das DCNTs.

6.2 DESCRIÇÃO DOS RESPONDENTES

Os três hospitais dos quais se obteve resposta possuem estruturas próprias e independentes para a realização de ações de saúde e bem-estar. Os gestores desses três hospitais são apresentados como ‘Coordenadores’, ‘Gerentes’, ‘Supervisores’ e ‘Superintendentes’, nomenclaturas próprias das funções de direção. Os membros dos comitês são apresentados por suas formações em saúde ou voltadas às funções afetas à saúde ocupacional e segurança do trabalho. Essa diversidade de denominações pode indicar que não há estabelecido um padrão específico de nomenclatura, sugerindo que ações dessa natureza ainda são incipientes, sendo adaptadas pelos diferentes hospitais para suas realidades ou inspirações de momento. Os hospitais pesquisados nunca haviam implementado o CDC (Brasil, 2016) como instrumento de avaliação e acompanhamento de seus programas de saúde e bem-estar. Participaram da pesquisa vinte e nove respondentes, que correspondem à totalidade dos profissionais ligados aos programas de saúde e bem-estar nos hospitais. Estão distribuídos conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Respondentes por categoria e hospital

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

Fonte: Toffoli (2018, p.78).

6.3 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NOS HOSPITAIS

A Tabela 4 apresenta os valores de '*p*', do teste t de *student* nos doze domínios dos hospitais A, B e C, considerando a significância das respostas obtidas pelos dois grupos de cada hospital.

Tabela 4 - Valores de significância observados nos doze domínios de cada hospital, com o teste t de *student*

Domínios	Hospital A P(T<=t) bi-caudal	Hospital B P(T<=t) bi-caudal	Hospital C P(T<=t) bi-caudal
Suporte organizacional	0,938594506	0,943542512	0,084999731
Controle do tabagismo	0,435753152	0,783271176	0,697286964
Nutrição	0,114490592	0,10355171	0,679986946
Atividade física	0,839377034	0,488855584	0,770885534
Controle do peso	0,558566126	0,478870828	0,882060612
Gerenciamento do estresse	0,421730442	0,654159083	0,301570127
Depressão	0,430801366	0,760471732	0,430968672
Pressão alta	0,628588761	0,819160559	0,114316301
Colesterol alto	0,686666086	0,798739817	0,171979556
Diabetes	0,926305207	0,975283305	0,099741942
Sinais e sintomas de AVC ou AC	0,486160538	0,460654731	0,466059335
Resposta à emergência em caso de AVC ou AC	0,336942152	0,672604138	0,427223881
Variância	0,248753562	0,245190999	0,280670738
Desvio Padrão	0,061878334	0,060118626	0,078776063

Fonte: Toffoli (2018, p. 79).

O teste t de *student*, (*p* abaixo de 0,05) demonstrou que não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as respostas dos gestores e dos membros do comitê, considerando o conjunto dos doze domínios para cada hospital. O hospital B apresentou a menor variação entre as respostas dos dois grupos, seguido do hospital A e C.

A Tabela 5 apresenta o total da pontuação obtida pelos hospitais em cada domínio, bem como o desvio padrão e a significância estatística dos resultados obtidos por domínio entre os três hospitais. Não ocorreram distinções entre os grupos respondentes.

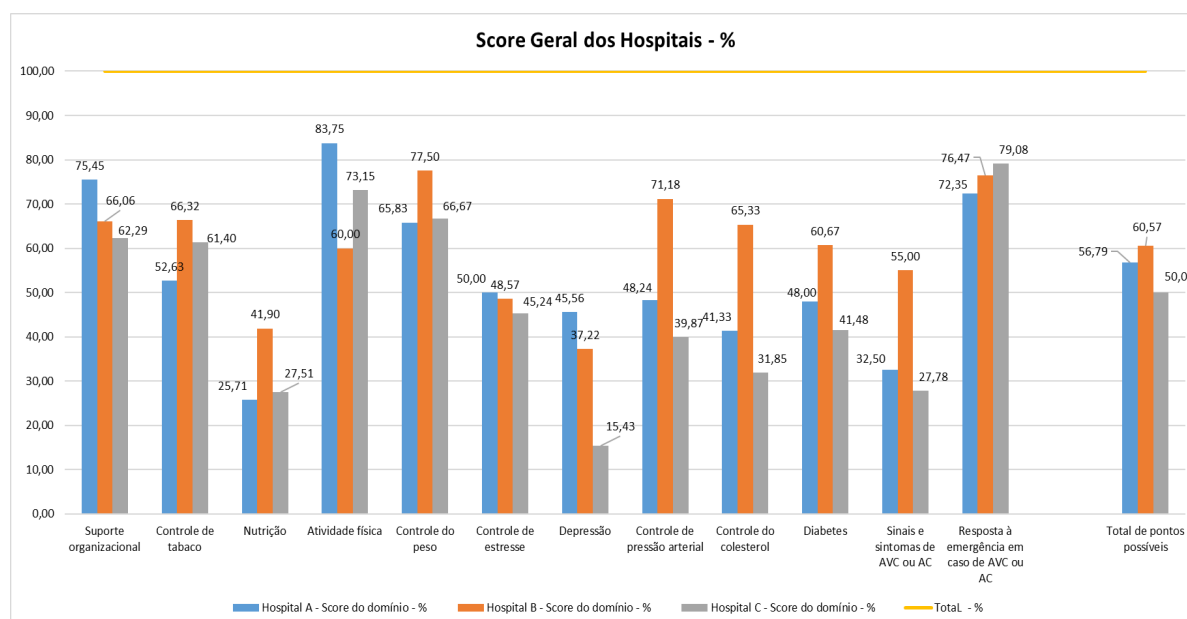
Tabela 5 - Resultados obtidos por cada hospital, considerando as pontuações e respectivos percentuais referentes a cada domínio, segundo a pontuação máxima do CDC (Brasil, 2016)

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

Fonte: Toffoli (2018, p. 81).

A Figura 1 apresenta a pontuação proporcional dos três hospitais frente ao total de pontos em cada um dos doze domínios.

Figura 1 - Pontuação percentual obtida em cada hospital, por domínio e total de acordo com CDC (Brasil, 2016)



Fonte: Toffoli (2018, p. 80).

A Figura 1 e a Tabela 5 indicam que o hospital B obteve a maior pontuação entre os hospitais (126,6 pontos – 60,57% do total possível), e a maior pontuação em sete dos doze domínios do questionário: ‘Controle de tabaco’, ‘Nutrição’, ‘Controle de peso’, ‘Pressão alta’, ‘Controle de colesterol’, ‘Diabetes’ e ‘Sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral – AVC ou Ataque Cardíaco – AC’. O hospital A obteve 118,7 pontos (56,79%), com maior pontuação nos domínios: ‘Suporte organizacional’, ‘Atividade física’ e ‘Pressão alta’. O hospital C apresentou 104,67 pontos, 50,08%, com melhor pontuação no domínio ‘Resposta à emergência em caso de AVC ou AC’. As menores pontuações alcançadas pelos hospitais por domínio referiram-se ‘Nutrição’, ‘Depressão’, ‘Sinais e sintomas de AVC ou AC’ e ‘Colesterol alto’, nessa ordem. Isso indica que os respondentes do hospital B fizeram uma avaliação geral mais positiva, seguida pelos respondentes do A, e por último pelos respondentes do C.

A Tabela 5 demonstra diferença estatística significativa entre os hospitais A e B no domínio ‘Atividade física’ e entre os hospitais B e C no domínio ‘Pressão alta’. Isso indica que o hospital A possui programa mais efetivo para atividade física frente aos outros hospitais. Embora existam diferenças estatísticas significativas nas respostas apresentadas nesses dois domínios, considera-se que os programas reportados no questionário estão relacionados entre si, e, portanto, a leitura deve ser a inversa, ou seja, em dez domínios não

ocorreu diferença estatística entre os hospitais, significando que as ações avaliadas pelos respondentes se apresentam semelhantes, exceto para os dois domínios referidos.

6. 4 RESPOSTAS APRESENTADAS SEGUNDO OS DOMÍNIOS, SEUS IMPACTOS E EVIDÊNCIAS

A partir das considerações dos dois grupos respondentes, analisou-se a performance dos hospitais pela frequência das respostas ‘sim’ às questões de peso 3, 2 e 1 (CDC, 2014b). Os estudos apresentados por Safeer et al. (2018) e Lang et al. (2017) demonstraram a ocorrência de alterações nas ações de saúde e bem-estar a partir da aplicação do questionário em dois momentos distintos nas empresas. Respostas ‘não’ indicam a ausência de ações. Respostas muito díspares fornecidas pelos respondentes a uma mesma questão indicam entendimentos distintos sobre as ações de promoção de Cultura de Saúde da organização.

Tabela 6 - Percentual da frequência de respostas ‘sim’ dos gestores e membros dos comitês dos hospitais A, B e C, segundo o peso das questões

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

Fonte: Toffoli (2018, p.86).

A Tabela 6 aponta que das 100 questões do questionário, 40 possuem peso 3 e 30 possuem pesos 2 e 1, indicando que o questionário privilegia ações de maior impacto e evidência, possibilitando constatar a evolução de ações em momentos distintos e em domínios específicos. Refletindo a pontuação absoluta do instrumento, o hospital B, seguido do A que apresentaram maior frequência de respostas ‘sim’, atribuídas principalmente pelos membros do comitê, e o hospital C, com uma frequência maior pelos gestores. Para cada hospital, verificou-se que gestores e membros do comitê apresentaram frequência similar de respostas. Isso indica que os respondentes entendem que os hospitais possuem ações consolidadas e efetivas (peso 3), mas também apontam para a possibilidade de seu aprimoramento.

A Tabela 7 apresenta a frequência de respostas ‘sim’ nos doze domínios para as questões de pesos 1, 2 e 3, nos hospitais A, B e C.

Tabela 7 - Percentual da frequência das respostas dos respondentes dos hospitais A, B e C, segundo o peso das respostas nos doze domínios propostos pelo CDC (Brasil, 2016)

Hospital A					Hospital B			Hospital C		
Suporte Organizacional										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	% geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	5	75,0%	66,7%	70,0%	80,0%	60,0%	66,0%	86,7%	76,7%	80,0%
2	11	75,0%	75,7%	75,4%	60,6%	68,8%	66,4%	78,8%	53,0%	61,6%
3	2	75,0%	83,3%	80,0%	50,0%	71,4%	65,0%	66,7%	41,7%	61,1%
Controle do tabagismo										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	4	62,5%	45,8%	55,0%	75,0%	67,9%	67,5%	83,3%	66,7%	65,0%
2	3	50,0%	44,4%	46,7%	66,7%	71,4%	70,0%	66,7%	88,9%	73,3%
3	3	33,3%	61,1%	50,0%	22,2%	66,7%	53,3%	33,3%	22,2%	23,3%
Nutrição										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	6	33,3%	44,4%	23,3%	33,3%	57,1%	50,0%	33,3%	25,0%	27,8%
2	3	33,3%	61,1%	50,0%	66,7%	52,4%	56,7%	55,6%	44,4%	48,2%
3	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	38,1%	26,7%	11,1%	16,7%	14,8%
Atividade física										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	75,0%	100,0%	90,0%	66,7%	71,4%	70,0%	33,3%	55,6%	55,6%
2	1	75,0%	100,0%	80,0%	66,7%	71,4%	70,0%	66,7%	66,7%	66,7%
3	7	82,1%	83,3%	82,3%	47,6%	63,3%	58,6%	71,4%	74,6%	74,6%
Controle de peso										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	50,0%	66,7%	60,0%	66,7%	57,1%	60,0%	0,0%	33,3%	22,2%
2	1	75,0%	83,3%	80,0%	100,0%	85,7%	90,0%	66,7%	50,0%	55,6%
3	3	50,0%	72,2%	63,3%	55,6%	80,9%	73,3%	77,8%	72,2%	74,1%
Gerenciamento de estresse										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	2	50,0%	75,0%	65,0%	83,3%	64,3%	70,0%	100,0%	100,0%	100,0 %
3	4	43,8%	50,0%	47,5%	33,3%	46,4%	42,5%	50,0%	29,2%	36,1%
Depressão										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
2	3	25,0%	27,8%	26,7%	0,0%	23,8%	23,8%	22,2%	0,0%	7,4%
3	4	43,8%	62,5%	55,0%	50,0%	46,4%	47,5%	16,7%	20,8%	19,4%
Pressão alta										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,0%	33,3%	30,0%	33,3%	71,4%	60,0%	33,3%	33,3%	33,3%
2	2	25,0%	25,0%	25,0%	33,3%	42,9%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3	4	50,0%	62,5%	57,5%	83,3%	82,1%	82,5%	75,0%	37,5%	50,0%
Colesterol Alto										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	1	25,0%	33,3%	30,0%	33,3%	71,4%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2	1	0,0%	16,7%	10,0%	33,3%	42,9%	40,0%	33,3%	16,7%	22,2%
3	4	25,0%	50,0%	40,0%	66,7%	71,4%	70,0%	50,0%	29,2%	36,1%
Diabetes										
Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral

1	1	25,0%	16,7%	20,0%	33,3%	57,1%	50,0%	0,0%	16,7%	11,1%
2	1	0,0%	33,3%	20,0%	33,3%	42,9%	40,0%	33,3%	16,7%	22,2%
3	4	56,3%	54,2%	55,0%	66,7%	64,3%	65,0%	75,0%	33,3%	47,2%

Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco

Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	4	43,8%	25,0%	32,5%	41,7%	64,3	57,5%	41,7%	20,8%	27,8%

Resposta à Emergência em Caso de Acidente Vascular Cerebral e Ataque Cardíaco

Peso	n° questões	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral	Gestor	Comitê	Geral
1	3	58,3%	33,3%	43,3%	33,3%	47,6%	43,3%	77,8%	44,4%	55,6%
2	4	87,5%	70,8%	77,0%	66,7%	89,3%	82,5%	66,7%	58,3%	61,1%
3	2	87,5%	75,0%	80,0%	100,0%	78,7%	85,0%	100,0%	83,3%	88,9%

Fonte: Toffoli (2018, p. 87).

Em continuidade são apresentadas as respostas considerando o peso das perguntas (Tabela 7), a pontuação geral (Tabela 5) e as respostas entre respondentes, em cada um dos doze domínios. Essa leitura, além de classificar as ações mais efetivas identificadas nos domínios, também permite constatar as respostas dos grupos, segundo o entendimento das ações e sua efetividade, o que pode determinar como os respondentes avaliam as ações dos hospitais.

- Suporte Organizacional - As questões enfatizam políticas e ações internas da organização para a construção de ‘Cultura de Saúde’. Os três hospitais possuem líder de promoção de saúde que conduz ações dentro da estrutura existente. Observou-se que o hospital A apresentou a maior frequência para as questões de peso 3, seguido do B e do C. As questões de peso 2 também apresentaram resultados semelhantes às de peso 3. O hospital A apresentou maior frequência ‘sim’, seguido dos B e C, nessa ordem. Isso denota que as políticas do hospital A apresentam-se claras para os dois grupos de respondentes, mais que nos outros dois hospitais, e que o fluxo de informações e respostas advindas dessa organização apresentam-se mais efetivas.
- Controle de Tabagismo - Os três hospitais pesquisados apresentaram resultados semelhantes nesse domínio. A existência de política pública que coíbe fortemente o consumo de tabaco pode substituir políticas internas, além da existência da distribuição de medicação gratuita. Os três hospitais não ofereceram incentivos aos fumantes e potenciais ex-fumantes para o término desse hábito. Em sua maioria, não ocorreu o encaminhamento aos programas públicos de combate ao tabagismo, o que pode representar desconhecimento ou desinteresse dos respondentes ou dos hospitais quanto a esta política pública
- Nutrição - Alimentação adequada constitui elemento importante na promoção de saúde e na prevenção e controle dos fatores de risco das DCNTs. Os três hospitais

apresentaram baixa pontuação na média referente a Nutrição - 31,81% (6,68 pontos) dos 21 possíveis (Tabela 5). O desempenho dos três hospitais foi semelhante nesse domínio. As maiores frequências de respostas ‘sim’ foram apresentadas pelo hospital B nas questões de pesos 1, 2 e 3. Os gestores e membros do comitê do A e os gestores do B não responderam ‘sim’ para as questões de peso 3. No C houve 11,11% das respostas ‘sim’ para gestores e 16,67% para membros do comitê. Isso aponta para a ausência de políticas estruturadas e efetivas relativas a Nutrição nos três hospitais. Ações de nutrição estão associadas a outros fatores na prevenção de DCNTs, que também compõem outros domínios do questionário, e as respostas apresentadas nos três hospitais para esses outros domínios foram substancialmente mais positivas.

- Atividade física - Nos três hospitais, a prática de exercício físico é estimulada. Das 9 questões desse domínio, 7 têm peso 3 (21 pontos), indicando a importância de ações que estimulem a prática de atividade física. As três instituições promovem ações de incentivo à prática das atividades físicas, o que pode ser constatado na frequência de respostas ‘sim’ às questões de peso 3.
- Controle de Peso - Os três hospitais apresentaram média de 70,08% em ações positivas para o Controle de peso, com destaque para o B, que obteve uma pontuação de 9,30 de 12 pontos possíveis. As questões de peso 3 somam um total de 9 pontos, o que indica a importância dessas ações. Os três hospitais possuem políticas estruturadas, apresentando-se mais efetivas no hospital C, seguido do B e A. Ações de controle de peso estão preferencialmente associadas às de nutrição, observando-se contradição entre ações praticadas pelos três hospitais, segundo as respostas obtidas.
- Gerenciamento de estresse - As pontuações obtidas pelos hospitais nesse domínio são semelhantes e baixas, em média, com 6,72 pontos de 14 possíveis (48%). Não existem questões de peso 2, com predomínio de questões de peso 3, demonstrando que ações de gerenciamento de estresse têm impacto e evidências significativas. Os dados apontam que nos três hospitais é necessária a realização de ações mais efetivas.
- Depressão - A pontuação obtida pelos hospitais foi baixa e com resultados semelhantes, apresentando uma média de 6 pontos dos 18 possíveis. Transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por quase 190.000 afastamentos do trabalho em 2016, um percentual de quase 9% do total dos 2.142.000 afastamentos, segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS, 2017). Alguns medicamentos para depressão constam da cesta do SUS, e respostas nesse domínio podem apontar entendimento inadequado, desconsiderando a oferta gratuita pelo sistema público. Nas

respostas a perguntas que tratam do treinamento dos gestores em lidar com depressão em local de trabalho, houve o predomínio do ‘não’, demonstrando despreparo ou desinteresse das instituições (mesmo considerando que se trata de hospitais) em lidar com essa doença. Nesse domínio não constam questões com peso 1, traduzindo a importância de ações mais expressivas, e, portanto, maiores evidências e impactos. O hospital A, dentre os três pesquisados, foi o que apresentou melhor performance e equilíbrio nas respostas entre os dois grupos de respondentes, seguido dos B e C. No hospital B os gestores, ao contrário dos membros do comitê, não atribuíram pontuação nas respostas às questões que tratam do acesso a ferramentas *online* ou em papel para rastreamento de depressão. Isso denota desconhecimento por parte dos gestores sobre as ações ou mesmo a ausência dessa ação pelo hospital. No hospital C, o mesmo aconteceu nas respostas apresentadas pelos membros do comitê, podendo indicar que as ações existem, mas não estão devidamente implementadas. Visto a baixa pontuação apresentada aos três hospitais e a existência de política pública para essa doença, as respostas apresentadas podem estar sofrendo limitações, com prejuízo à aplicabilidade do instrumento.

- Pressão alta - O hospital B apresentou pontuação superior aos demais, com 12,10 (71,18%) pontos possíveis de 17, sendo que o C apresentou 9,10 pontos e o A 8,20 pontos. Duas ressalvas devem ser consideradas em relação às questões que tratam da disponibilização de aparelhos para monitoramento de pressão arterial, inerente à atividade própria dos hospitais e da aquisição de medicação para o controle de pressão arterial, garantida pelo SUS. Aqui, a maioria dos respondentes referiram a ações concretas de tratamento, monitoramento e encaminhamento no caso de fatores de risco relacionados ao estilo de vida. Nenhum dos respondentes relatou ações educativas e de informações sobre esse problema nos três hospitais. A frequência geral das respostas ‘sim’ para o hospital B foi superior à dos demais hospitais, tanto pelos gestores quanto pelos membros do comitê, sugerindo que as ações de controle da hipertensão estão melhor desenvolvidas no hospital B. Deve-se ressaltar, como no domínio anterior, a existência de políticas públicas de controle da hipertensão, o que pode determinar a ocorrência de dupla interpretação nas respostas, inferindo que os respondentes podem ter entendido desnecessária essa ação por parte do hospital, a exemplo das respostas do domínio Depressão.
- Colesterol alto - Dos 15 pontos possíveis nesse domínio, 12 se referem a quatro questões de peso 3. O hospital B obteve melhor performance, atingindo 65,33%,

contra 31,80% e 41,83%, dos hospitais C e A, respectivamente. Os três apresentam ações efetivas de monitoramento e controle do colesterol e de aconselhamento do estilo de vida. A aquisição de medicamentos para controle de hipercolesterolemia é garantida pelo SUS. A maior frequência das respostas ‘sim’ em todas as questões ocorreu no hospital B, apontando uma melhor estruturação das ações de controle de colesterol.

- **Diabetes** - Para o WEF (2017) diabetes foi a DCNT que apresentou o maior crescimento global entre 1990 e 2015. No Brasil, é responsável por 5,3% de todos os óbitos ocorridos em 2011 e evolui a uma razão de 0,38% ao ano (BRASIL, 2012; 2017). Dos 15 pontos possíveis, 12 se referem às questões de peso 3, o que mostra a importância de ações estruturadas. A frequência de respostas ‘sim’ para as questões de peso 1 a 3 ocorreu em maior número no hospital B, que foi melhor avaliado pelos respondentes em relação aos demais. As ações de monitoramento e controle, entretanto, são bastante semelhantes entre os três. Os hospitais apresentaram pontuação média de 7,55 (50,33%) pontos para um total de 15. A distribuição de medicamentos e produtos para controle do diabetes é facultada pelo SUS, o que pode apontar para dupla interpretação nas respostas.
- **Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco** - O hospital B obteve melhor performance. O questionário tratou da disseminação de informações sobre essas doenças, e as ações preventivas, de monitoramento e corretivas constam no domínio Respostas à emergência em casos de Acidente Vascular Cerebral - AVC e Ataque Cardíaco – AC. Esse domínio caracteriza-se pela ausência de questões de peso 2 ou 3, constituído por quatro perguntas com respostas de peso 1. Considera-se que o entendimento da importância da divulgação de ações referentes a sinais de AVC e AC pode não ser comum entre colaboradores que não atuam em áreas técnicas.
- **Resposta à emergência em caso de AVC ou AC** - A pontuação atribuída aos três hospitais nesse domínio foi muito semelhante, com uma média de 12,8 de 17 possíveis nas respostas. Os dois grupos de respondentes dos três hospitais declararam a existência da estrutura e treinamento adequado. A tabela 6 aponta que a frequência de respostas ‘sim’ foi expressiva, principalmente nas questões de peso 2 e 3. Os resultados mostram que essas ações se apresentam estruturadas para os três hospitais, com a possibilidades de aprimoramento dos programas. Pode-se considerar necessária a melhoria da comunicação (peso 1) e das ações preventivas (peso 2).

6.5 SÍNTESE DO ENTENDIMENTO DAS AÇÕES EMPREENDIDAS SOB A ÓTICA DOS GESTORES E MEMBROS DO COMITÊ DE CADA HOSPITAL

No Hospital A o teste de correlação de *Pearson* apresentou um *p* moderado positivo de 0,513074, indicando correlação entre tempo de trabalho dos respondentes e pontuação alcançada, ou seja, quanto maior o tempo de casa, mais alta a pontuação atribuída pelo respondente. Isso aponta que nesse hospital é importante a experiência obtida no trabalho ao longo do tempo, que se traduz no conhecimento dos programas de saúde e bem-estar, portanto, em uma avaliação positiva do hospital. Não ocorreu diferença estatística significativa entre as respostas apresentadas pelos dois grupos respondentes (Tabela 5). Embora próximas, a média total de pontos atribuída pelos membros do comitê (59,01%) ao hospital foi superior àquela apresentada pelos gestores (53,47%), sendo que os primeiros avaliaram melhor o hospital em dez dos doze domínios. Isso indica que nesse hospital, para os membros do comitê, as ações de promoção de saúde apresentaram-se um pouco mais consolidadas do que para os gestores.

As respostas dos dois grupos não apresentaram grandes variações, o que demonstra coesão na compreensão das ações empreendidas. Os resultados indicaram que o entendimento das ações de saúde e bem-estar entre gestores e membros do comitê foi semelhante. Pode-se observar que as ações que tratam diretamente da prevenção e controle das DCNTs, embora tivessem sido citadas, apresentaram-se desalinhadas, sem qualquer diretriz que pudesse nortear essas ações. As respostas de ambos os grupos evidenciaram também que as ações no hospital podem ser melhoradas. A pontuação obtida no domínio Suporte organizacional indica que os grupos têm conhecimento das ações e suas potencialidades, e que o hospital fornece informações adequadas sobre as ações e garante aos colaboradores autonomia para o exercício das suas funções.

No hospital B, o teste de correlação aplicado apresentou um '*p*' de *Pearson* de -0,43176, configurando uma correlação fraca negativa: quanto maior o tempo de casa do funcionário no hospital menor a pontuação atribuída pelos respondentes. Os respondentes Gestores apresentavam maior tempo de vínculo com a instituição, indicando envolvimento consistente dos membros do comitê nos programas de saúde e bem-estar, visto que a avaliação média realizada pelos membros do comitê (63,09%) foi superior à dos gestores (54,70%). Isso pode apontar que nesse hospital as ações e estratégias de promoção de saúde apresentam-se mais fortemente presentes do que para os gestores, provável resultado da autonomia que o hospital proporciona aos trabalhadores para o exercício e implantação das

ações de saúde e bem-estar. As respostas apresentadas pelos grupos indicam que as ações de prevenção e controle dos fatores de risco e das DCNTs apresentaram-se de modo desconexo.

Dos hospitais pesquisados, o hospital C foi o que apresentou as menores pontuações (média = 106,47), o menor desvio padrão (5,27), e as menores médias e medianas referentes ao tempo de trabalho dos sujeitos pesquisados no hospital. O cálculo da correlação de *Pearson* entre tempo de serviço na empresa e pontuação apresentou valor de 0,071911, indicando correlação ínfima positiva, ou seja, não ocorre diferença estatística entre o tempo de empresa e a pontuação média atribuída pelos gestores e membros do comitê. Diferentemente dos hospitais A e B, o C apresentou maiores pontuações e frequências de respostas 'sim' pelos gestores. Como nos hospitais A e B, ações afetas aos domínios Nutrição e Depressão apresentaram-se as mais inconsistentes, indicando a ocorrência de programas consistentes e efetivos referentes à prevenção e controle das DCNTs, entretanto sem uma coordenação ordenada e lógica de modo a contemplar os fatores de risco.

CONCLUSÕES

Práticas de saúde e bem-estar voltadas aos trabalhadores de hospitais e seus familiares podem constituir estratégia para a qualificação de seus serviços. Essas ações transcendem normas da saúde ocupacional e segurança do trabalho, constituindo iniciativa discricionária das organizações. Não existe uma fórmula ou receita específica; observa-se construção própria em cada organização, considerando suas características e a de seus colaboradores.

As respostas dos sujeitos não apresentaram diferenças estatísticas significativas, indicando entendimentos semelhantes acerca das ações de saúde e bem-estar; não foi possível afirmar que algum dos hospitais seja melhor ou que seus programas sejam mais eficazes. As diferenças entre as respostas apresentadas para cada hospital, apontam para a apropriação pelos sujeitos das características e peculiaridades de cada uma das organizações, ou ainda de suas próprias culturas.

No hospital A ficou evidenciada a ocorrência de suporte da organização que embasa e legitima suas ações, perfeitamente percebido pelos respondentes, possibilitando a sua prática. No hospital B destaca-se a maior pontuação obtida no questionário dentre os três hospitais, com ênfase à participação efetiva dos membros do comitê nos programas, além de respostas mais homogêneas entre os grupos às questões apresentadas nos doze domínios. O hospital C apresentou a menor pontuação no questionário e, inversamente aos demais demonstrou a presença marcante do discurso dos gestores nas ações desse hospital.

Algumas características apresentaram-se comuns aos três hospitais:

1) Os programas de saúde e bem-estar para funcionários e familiares contemplam ações de prevenção e controle das DCNTs, que se apresentaram de modo desconexo e sem um planejamento conjunto ou sistêmico. Isso ficou evidente na baixa pontuação obtida nessas organizações no domínio Nutrição, ferramenta eficaz e fundamental na prevenção de DCNTs, devendo estar associada a outras ações, que apresentaram maiores pontuações;

2) Particularmente o trabalhador que exerce suas funções profissionais com saúde deveria se sentir cuidado. Obviamente, se tiver saúde e se sentir bem trabalhará melhor. Além disso, isto poderá incorrer em gastos menores com possíveis tratamentos de doenças desses indivíduos para os empregadores e para as operadoras de saúde com as quais mantêm contratos. Constatou-se que as ações implementadas nos três hospitais devem ser aprofundadas e aprimoradas, de forma a construir uma real 'Cultura de Saúde', levando a ganhos para as organizações e seus trabalhadores;

3) Pode ser ressaltada a dificuldade dos hospitais em lidar com transtornos mentais, conforme respostas obtidas para 'Depressão' e 'Gerenciamento do estresse'. Na visão dos respondentes dos três hospitais, principalmente por parte dos gestores, estes não apresentaram respostas satisfatórias em sua prevenção e/ou tratamento;

4) Percebeu-se o envolvimento dos respondentes em ações de promoção de saúde e bem-estar, com fortes vínculos associados às políticas e à cultura organizacional em cada um dos hospitais estudados, fornecendo um cenário que propicia a efetivação das ações e a construção de uma Cultura de Saúde. Os hospitais adaptam e interpretam suas ações em conformidade com as suas políticas, considerando seus aspectos culturais e estratégias de implantação.

Relativamente à aplicabilidade da versão brasileira do *CDC - Worksite Health ScoreCard – HSC* às organizações brasileiras observou-se que o instrumento apresentou respostas consistentes nos fatores de risco e DCNTs que se propõe a investigar. No entanto, algumas perguntas não eram aplicáveis à realidade brasileira tendo em vista a existência de políticas públicas voltadas a DCNTs garantindo, no âmbito do SUS, assistência médica e farmacêutica gratuita para os domínios pressão alta, tabagismo, depressão, colesterol e diabetes. Essas políticas orientadas às DCNTs e a seus fatores de risco, além da adequada assistência farmacêutica, foram estruturadas no século XXI, conferindo consistência institucional ao cuidado com esses fatores e doenças; de modo similar, a ausência de domínios que tratam do uso excessivo de álcool e do câncer, considerados pelo Vigitel (BRASIL, 2017) como de grande importância, conferem lacuna significativa no questionário.

Sugere-se que a versão brasileira do CDC (BRASIL, 2016) seja revisado e plenamente adaptado à realidade brasileira, incluindo esses domínios em seu conteúdo.

O aprimoramento do diagnóstico e das ações aponta ainda a necessidade da aplicação do questionário a outros *stakeholders* e a continuidade dos estudos de implantação de Cultura de Saúde, com a aplicação periódica do questionário (BRASIL, 2016).

O desenvolvimento do presente trabalho apresentou algumas limitações, ressaltadas as seguintes: a) o conteúdo do questionário CDC (Brasil, 2016), em que questões que não consideravam a existência de políticas públicas no Brasil podem, em seus enunciados, ter proporcionado uma leitura enviesada por parte dos respondentes na aplicação do questionário; b) a aplicação do questionário a apenas três hospitais, entre os seis da categoria ‘de excelência’ na época da realização da pesquisa. O Brasil tem cerca de 6.000 desses serviços, dos quais 6 tinham essa classificação embora até 200 pudessem ser considerados aptos a desenvolver atividades gerenciais de forma adequada. Assim, há oportunidade de melhoria em todo o parque hospitalar; c) a aplicação do questionário a outros *stakeholders*, como colaboradores não diretamente envolvidos nesse tipo de programa, usuários e prestadores de serviços terceirizados, e não apenas a gestores e membros do comitê poderia enriquecer o trabalho, e também permitiria aferir a validade dos discursos de todos os respondentes, confrontando-os com a prática das ações empreendidas nos hospitais; e) finalmente, entende-se como limitante a atual impossibilidade de comparar os resultados obtidos com outros hospitais ou empresas dessa natureza no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANS. **Dados Gerais**. Brasília: ANS, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 fev. 2018.

ALBUQUERQUE, L. G.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total.

Revista de Administração, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 40-51, 1998. Disponível em:

http://200.232.30.99/busca/artigo.asp?num_artigo=144. Acesso em: 20 jan. 2018.

AHA. Long-range policy committee. **A call to action: creating a culture of health**.

Chicago: AHA, jan. 2011.

BAICKER, K.; CUTLER, D.; SONG, Z. Workplace wellness programs can generate savings.

Health Affairs, Maryland, v. 29, n. 2, p. 304-311, 2010. Disponível em: [http://ehd-](http://ehd-ins.com/enewsletter/pdf/worksitesWellness-Oct2012.pdf)

[ins.com/enewsletter/pdf/worksitesWellness-Oct2012.pdf](http://ehd-ins.com/enewsletter/pdf/worksitesWellness-Oct2012.pdf). Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, [2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022.** Brasília: MS, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1831-8 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 15 set. 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de economia da saúde, investimentos e desenvolvimento - DESID-SE/MS. **Portal da Saúde.** Brasília: MS, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/11-proadi-sus/9998-hospitais-de-excelencia>. Acesso em: 18 set. 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.** Portal de banco de dados. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <https://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: MS, 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal sala de apoio à gestão estratégica. **Saúde com transparência**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/visao/dadosTransparencia.jsf?uf=%27SP%27>. Acesso em: 24 jan. 2018

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003.

CDC. **The CDC worksite health scoreCard: an assessment tool for employers to prevent heart disease, stroke, & related health conditions**. Atlanta, USA, 2014a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/initiatives/healthscorecard/worksite-scorecard.html>. Acesso em: 26 nov. 2016.

CDC. **The CDC worksite health scoreCard scoring methodology evidence and impact ratings and supporting citation**. Atlanta, USA, 2014b. Disponível em: https://www.cdc.gov/dhds/pubs/docs/hsc_score_method.pdf. Acesso em: 26 nov. 2016.

CDC. **Workplace Health**. Atlanta, USA, 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CRIMMINS, T. J.; HALBERG, J. Measuring success in creating a Culture of Health. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 5, n 3, p. 351-355, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19225423>. Acesso em: 15 jan. 2018.

EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. **Why are some people healthy and other not? The determinants of health of population**. New York: Aldine de Gruyter, 2009. 378 p. Disponível em: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/13/2014/03/10-Evans.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed . Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed. p 19-26, 2010. ISBN: 978-85-7825-030-0. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/92?show=full>. Acesso em: 22 set. 2017.

FERNANDES, L. C.; FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho e risco de adoecimento: estudo no poder judiciário brasileiro. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 296-306, 2015. Epub 00. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-656420130011>. Acesso em: 23 jun. 2018.

FERREIRA, M. C. Ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho: lugar, importância e contribuição da análise ergonômica do trabalho (AET). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 31, p. 18-29, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-18.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018. Acesso em: 14 nov. 2017.

FREIRE, R.P. et al. Gestão de equipamentos médicos: o papel das práticas de qualidade em um hospital de excelência brasileiro. **RAHIS - Revista de administração hospitalar e inovação em saúde**, Belo Horizonte, UFMG, 2012. Disponível em:

<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1662/985>. Acesso em: 15 jan. 2018.

GOETZEL, R.Z. et al. The stock performance of C. Everett Koop award winners compared with the Standard & Poor's 500 Index. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 58, n. 1, p. 9 - 15, 2016. Disponível em:

http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2016/01000/The_Stock_Performance_of_C_Everett_Koop_Award.3.aspx. Acesso em: 19 jan. 2018.

HRET. **Hospital-based strategies for creating a culture of health**. Chicago: HRET, 2014.

Disponível em: <https://hpoe.org/cultureofhealth>. Acesso em: 22 jan. 2018.

INSS. **Tabelas CID-10**. Portal de banco de dados. INSS: Brasília, 2017. Disponível em:

<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatsticas/tabelas-cid-10/>. Acesso em: 17 dez. 2017.

KINDING, D.; STODDART, G. What is population health? **Journal Public Health**, Oxford, v. 93, n. 3, p. 380-383, 2003. Disponível em:

<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.93.3.380>. Acesso em: 2 fev.2018.

LANG, J.; CLUFF, L.; PAYNE, J. The centers for disease control and prevention: findings from the national healthy worksite program. **Jornal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 59, n. 7, p. 631-641, jul. 2017. doi: 10.1097 / JOM.0000000000001045.

Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28594703>. Acesso em: 16 fev. 2018.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; OLIVEIRA, P. M. de. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **RAE – Eletrônica**, São Paulo, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae-eletronica/vol4-num1-2005/avaliacao-gestao-programas-qualidade-vida-no-trabalho>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MERTHY E.E.; CECÍLIO L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais.

Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 22, n. 64, p. 110-122, 2003. Disponível em:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390409&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390409&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=390409&indexSearch=ID). Acesso em: 23 jan. 2018

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet Journal**, U.K., v. 377, n. 9779, p. 1719-1806, 2011.

ROEMER, E. C. et al. Reliability and validity testing of the CDC Worksite Health ScoreCard. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. [s. l.], v. 55, n. 5, p. 520-526, 2013. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23618885>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SAFEER, R. et al. Using the CDC worksite health ScoreCard to assess employer health promotion efforts – a case study at Johns Hopkins Medicine. **American College of Occupational and Environmental Medicine**, Elk Grove Village, Ill., v. 60, n. 2, p. 98-105, 2018. DOI: 10.1097 / JOM.0000000000001206. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29065057>. Acesso em: 22 jan. 2018.

SOÁREZ, P. C. DE et al. Cross-cultural adaptation of the CDC Worksite Health ScoreCard questionnaire into Portuguese. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 236 – 242, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302016000300236&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2017.

STARFIELD, B. Basic concepts in population health and health care. **Journal of Epidemiology Community Health**, London, v. 55, n. 7, p. 452-454, 2001. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/jech/55/7/452.full.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2018.

TOFFOLI, D. B. **Ações e programas de saúde em hospitais: cuidando do cuidador**. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2018. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24177>. Acesso em: 26 mar. 2019.

WEF. **Working towards wellness: the business rationale**. Genebra: WEF, 2008. Disponível em: https://www.pwc.pl/en/publikacje/business_rationale.pdf. Acesso em: 19 nov. 2016.

WEF. **The global burden of non-communicable disease**. Genebra: WEF, 2017. Disponível em: <https://www.WEForum.org/pages/non-communicable-diseases-heat-map>. Acesso em: 20 nov. 2016.

WHO. **Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020**. Genebra: WHO, 2013. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf. Acesso em: 22 nov. 2016.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Genebra: WHO, 2014.

Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 21 nov. 2016.