

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

RAQUEL LIMA DE BRIDA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

MARINGÁ
2018

RAQUEL LIMA DE BRIDA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ely Mitie Massuda
Coorientadora: Regiane da Silva Macuch

MARINGÁ
2018

RAQUEL LIMA DE BRIDA

Promoção da Saúde e Qualidade de Vida de Trabalhadores de Instituição
Hospitalar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Ely Mitie Massuda
Centro Universitário de Maringá

Prof. Dr. Leonardo Pestillo de Oliveira
Centro Universitário de Maringá

Prof^a. Dr^a. Luciana Aparecida Bastos
Universidade Estadual do Paraná Campus de Campo Mourão

APROVADO EM 28 DE FEVEREIRO DE 2018.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B851p	Brida, Raquel Lima de. Promoção da saúde e qualidade de vida de trabalhadores de instituição hospitalar / Raquel Lima De Brida. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018. 122 f. : il. color. ; 30 cm. Orientadora: Ely Mitie Massuda. Coorientadora: Regiane da Silva Macuch. Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018. 1. Saúde dos empregados. 2. Saúde do trabalhador. 3. Centro hospitalar. 4. Doenças de trabalho. 5. Saúde ocupacional. I. Título. CDD – 613
-------	--

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

À Deus e aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

À DEUS.

A minha orientadora, Professora Doutora Ely Mitie Massuda, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que me orientou neste trabalho. Muito obrigada pelo apoio nos momentos de dificuldade e pela delicadeza nas correções realizadas sem nunca me desmotivar.

A Graziela C. G. Vieira, pela força incondicional, companheira de mestrado, de profissão e da vida.

Agradeço a instituição que trabalho, nas pessoas da Lucinéia Scheffer e Artemísia B. Martins, que puderam e souberam flexibilizar meus horários durante o percurso de realização do mestrado.

Agradeço ao local de realização da pesquisa, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, em especial aos funcionários que me acolheram de uma forma muito especial e se mostraram imensamente prestativos.

Enfim, agradeço à minha família pelo apoio, especialmente aos meus pais, José e Marineide, e minha irmã Ana Paula que souberam compreender a minha ausência.

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre
rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no
caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.

Cora Coralina

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

RESUMO

O ambiente laboral é importante para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista, as mudanças no contexto produtivo e repercussões sobre o trabalho e a saúde do trabalhador. Trata-se de estudo de caso, descritivo e exploratório, do tipo transversal de natureza quanti-qualitativa. O objetivo do estudo foi de avaliar a extensão das intervenções de promoção de saúde adotadas em instituição hospitalar, bem como a percepção dos gestores hospitalares sobre promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, além de, identificar a qualidade de vida dos trabalhadores. Portanto, o questionário CDC *Worksite Health Score Card* (HSC) foi aplicado aos gestores e submetido à análise descritiva e ainda examinada conforme as orientações do próprio instrumento. A seção que recebeu maior pontuação foi gerenciamento do estresse, o que demonstrou que a instituição possui ações nesse sentido. A qualidade de vida foi inferida por meio do QWQL- bref. A seção que apresentou maior pontuação média foi domínio pessoal (69,50 pontos), a menor foi para a seção profissional (52,91 pontos). Os resultados demonstraram homogeneidade nas respostas dos sujeitos da amostra e o índice de qualidade de vida no trabalho considerado satisfatório (61,17). A percepção dos gestores foi investigada por meio de perguntas abertas que foram apreciadas recorrendo-se análise de conteúdo. Concluiu-se que os gestores percebem que a instituição possui ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador e que possuem efetividade, porém igualmente os funcionários percebem lacunas nas ações desenvolvidas no âmbito do contexto estudado.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Hospital, Doenças de Trabalho, Saúde Ocupacional.

HEALTH PROMOTION AND LIFE QUALITY OF WORKERS FROM HOSPITAL INSTITUTION

ABSTRACT

The job environment is important for the promotion of workers' health and life quality, in view of the changes in the productive context and repercussions on the work and worker's health. . It is a case study, descriptive and exploratory, of the transversal type of quantitative-qualitative nature. The goal of the study was to evaluate the extent of health promotion interventions adopted at a hospital, as well as the perception of hospital managers about health promotion and quality of life at work, as well as to identify workers' life quality. Therefore, the CDC Worksite Health Score Card (HSC) questionnaire was applied to the managers and subjected to the descriptive analysis and still examined according to the guidelines of the instrument itself. The section that received the highest score was stress management, what demonstrated that the institution has actions in this direction. Life quality was inferred through QWQL-bref. The section that presented the highest average score was personal domain (69,50 points), the lowest was for the professional section (52,91 points). The results showed homogeneity in the subjects' answers and the quality of life index considered satisfactory (61,17). The managers' perception was investigated through open-ended questions what were appreciated using subject analysis. It was concluded that the managers perceive that the institution has actions aimed at promoting the health and life quality of the worker and that they have effectiveness, but also the employees perceive gaps in the actions developed within the context studied.

Keywords: Worker's Health, Hospital, Occupational Diseases, Occupational Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pontuações para cada seção do HSC, obtidas pelo grupo de gestores participantes da pesquisa.....	48
Figura 2	Número médio de estratégias em vigor nos locais de trabalho da amostra do estudo, pelo nível de impacto na saúde.....	53
Figura 3	Pontuações médias padronizadas para cada seção do QWLQ-bref, obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.....	58
Figura 4	Questões de menor e maior média por domínio do QWQL-bref.....	59
Figura 5	Boxplots dos escores do QWQL-bref entre os níveis dos fatores obtidos pelos funcionários participantes da pesquisa.....	66
Figura 6	Nuvem de palavras construída a partir das entrevistas com gestores sobre Promoção da Saúde do Trabalhador.....	82
Figura 7	Nuvem de palavras construída a partir das entrevistas com gestores sobre Qualidade de vida no trabalho.....	83

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	Distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas dos gestores participantes da pesquisa.....	41
TABELA 2-	Porcentagens informadas pelos gestores e DRH sobre os funcionários da instituição pesquisada.....	44
TABELA 3-	Comparativo de amostras de locais de trabalho por seção.....	47
TABELA 4-	Questões do HSC com respostas sim, de acordo com as seções.....	49
TABELA 5-	Distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas dos funcionários participantes do questionário QWQL-bref.....	54
TABELA 6-	Questões do QWQL-bref que resultaram na menor média por domínio.....	60
TABELA 7-	Medidas descritivas do escore de cada seção do QWQL-bref, obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.....	62
TABELA 8-	Coeficiente de correlação de Pearson entre os escores de cada seção do QWQL-bref, obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.....	65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Objetivo geral	15
1.2	Objetivos específicos	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	Saúde do trabalhador	16
2.1.1	Saúde e qualidade de vida do trabalhador	16
2.1.2	Aspectos históricos e legais no Brasil	18
2.2	Promoção da saúde do trabalhador	23
2.2.1	Saúde do trabalhador e produtividade	24
2.2.2	Qualidade de vida no trabalho	28
2.3	Instituição de saúde hospitalar	31
2.4	Gestor e saúde do trabalhador	31
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Tipo de estudo.....	33
3.2	Local de realização da pesquisa.....	33
3.3	População e amostra.....	34
3.4	Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	34
3.5	Análise dos dados.....	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1	Resultados quantitativos.....	39
4.1.1	Análise descritiva – perfil gestores participantes do HSC.....	39
4.1.2	Conhecimento dos gestores sobre o perfil dos trabalhadores.....	43
4.1.3	Análise descritiva HSC.....	46
4.1.4	Análise descritiva – perfil funcionários participantes do QWQL-bref.....	54
4.1.5	Análise descritiva - QWLQ-bref.....	58
4.2	Resultados qualitativos.....	66
4.2.1	Apresentando as categorias.....	66
4.3	Conhecimento do gestor	65
4.4	Determinantes da qualidade de vida no trabalho.....	71
4.5	Influências e benefícios dos programas de promoção da saúde para a qualidade de vida no trabalho.....	74
4.6	Contribuições do gestor e desenvolvimento de ações de promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho.....	76
5	CONCLUSÃO.....	84

6	REFERÊNCIAS.....	86
7	ANEXOS.....	100
7.1	Anexo I.....	100
7.2	Anexo II.....	101
7.3	Anexo III.....	102
7.4	Anexo IV.....	120
8	APÊNDICES.....	122
8.1	Apêndice 1	122

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde possui estreita relação com o ambiente de trabalho. O local de trabalho é um espaço organizacional em que o trabalhador vive boa parte do seu dia, caracterizando-se como um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações de educação para a promoção e proteção à saúde.

Tendo o capital humano como fator essencial e de competitividade para o desenvolvimento e sucesso das organizações, o ambiente laboral é visto como um espaço importante para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Compreender os efeitos da promoção da saúde para os trabalhadores traz um novo direcionamento frente às relações de trabalho e saúde, pois quando saudáveis e satisfeitos têm tendência menor a riscos e doenças graves e a maior produtividade (OGATA; O'DONELL, 2012).

Historicamente, as mudanças no contexto produtivo intensificaram a exploração da força de trabalho e o desgaste da saúde do trabalhador. Lara (2011) salienta que o processo de produção no mundo capitalista trouxe como resultado os acidentes e adoecimento do trabalhador, isto porque se tornou praticamente um apêndice da máquina. Martinho (2015) também chama a atenção para essas mudanças, destacando que a reestruturação produtiva ocorrida a partir da década de 1970, provocou inúmeras transformações no mundo do trabalho.

[...] o capital, na sua busca incessante por lucros, passa a se apropriar não somente da força de trabalho humano, não somente daquilo que é produzido, mas também da saúde, da própria condição orgânica dos trabalhadores, já que não poupa esforços em fazer essa força de trabalho produzir cada vez mais valor, mesmo que isso signifique ultrapassar os limites suportáveis para o corpo e a mente desses trabalhadores (MARTINHO, 2015, p. 2).

Neste contexto, podem-se expressar os riscos que assume o trabalhador, tanto em termos de doenças quanto de acidentes. No que se refere às doenças, pode-se destacar o constante crescimento das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Transtorno Traumático Cumulativo (TTC), que são as doenças mais comuns apresentadas pelos trabalhadores de qualquer ramo de atividade econômica. Os acidentes de trabalho também têm como origem o trabalho repetitivo, a sobrecarga de trabalho e as longas jornadas sem pausa, criando condições para a ocorrência de acidentes (RODRIGUES et al., 2013).

Estabelecer condições de saúde no ambiente de trabalho deve ser uma prioridade para qualidade de vida do trabalhador. Assim, as organizações terão melhores condições de buscar e propor ações integradas para assegurar a saúde do trabalhador, de modo que a relação saúde-trabalho favoreça a qualidade de vida destes indivíduos e a promoção da saúde no ambiente laboral (OMS, 2010).

A implantação e manutenção de ações e programas de promoção de saúde no local de trabalho levam a resultados positivos para a organização, pois promovem estilos de vida saudáveis, previnem doenças, contribuem para a saúde ocupacional e melhoraram o clima organizacional. Nesse quesito, podem-se citar os custos diretos, como: redução de custos em assistência médica; e indiretos: redução do absenteísmo. Ainda, estas ações, além de capacitar os trabalhadores a estarem aptos a melhorar e manter sua saúde, os direcionam para uma melhor qualidade de vida no trabalho e no contexto social (OGATA; O'DONELL, 2012).

Embora gestores possam encontrar-se satisfeitos com programas de promoção da saúde executadas em suas organizações, as ações podem ser ou se tornarem restritas e direcionadas em poucos, ou até mesmo, um único aspecto que sugere risco para instituição (OGATA;O'DONELL, 2012). Sendo assim, desconsiderando os múltiplos fatores de riscos ou patologias que se agregam ao contexto laboral e que precisam se desenvolver de maneira individualizada e centrada na saúde do trabalhador, os programas de promoção da saúde podem não alcançar resultados que levem a qualidade de vida no trabalho.

Nesta perspectiva, pretende-se avaliar o nível de impacto das práticas e de programas em promoção da saúde em vigor em ambiente de trabalho hospitalar e averiguar a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição de saúde.

Muitas são as possibilidades de ações para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Nessa lógica de aproximar essas práticas, o estudo poderá colaborar na escolha dos programas a serem implantados e na forma de avaliação das ações desenvolvidas considerando as necessidades do trabalhador. Pretende-se, assim, contribuir com gestores para o direcionamento e planejamento de medidas estratégicas para aperfeiçoamento das ações de promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador.

A saúde do trabalhador demonstra um novo direcionamento frente às relações de trabalho e saúde desde o início dos anos 80, através de movimentações sociais pela busca por melhores condições de vida e de trabalho. Os gestores atuantes em instituição

hospitalar precisam ter conhecimento da importância de uma gestão da saúde do colaborador e, assim, lançar um olhar ampliado para essa questão, visto que no momento em que a organização preocupa-se com o bem-estar do trabalhador, certamente irá apresentar melhores oportunidades e programas de promoção da saúde. Consequentemente, essa postura levará a melhores condições de trabalho ao trabalhador, oportunizando-lhe oferecer integralmente seu potencial produtivo.

Dessa maneira, programas de promoção de saúde geram resultados para o trabalhador bem como para a empresa, reforçando-se a necessidade de ações integradas para assegurar a saúde do trabalhador, de modo que a relação saúde-trabalho favoreça a qualidade de vida desses indivíduos e a promoção da saúde no ambiente laboral.

Ainda, conhecendo os problemas de saúde gerados no desempenho das atividades laborais é que se tem a compreensão da sua dimensão social, econômica e política, o que propiciará entender a saúde do trabalhador como a expressão de forças e de formas de organizações de um movimento histórico e dinâmico dos trabalhadores.

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a abrangência das intervenções de promoção de saúde adotadas em instituição hospitalar, bem como a percepção dos gestores hospitalares sobre a promoção da saúde e identificar o nível de qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição de saúde.

1.2 Objetivos Específicos

Reconhecer as práticas e ações de promoção da saúde que são desenvolvidas no hospital, estudo de caso.

Verificar a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição hospitalar.

Identificar a percepção dos gestores do hospital sobre promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde do Trabalhador

2.1.1 Saúde e Qualidade de Vida do trabalhador

A relação entre trabalho e adoecimento no Brasil, desde meados do século XX, traz preocupação para as questões da saúde do trabalhador. As alterações ocorridas no espaço econômico, político e social nesse período colocaram a relação saúde e trabalho como importante ponto de debate, voltando-se também para segurança no trabalho e saúde do trabalhador (WUNSCH FILHO, 2004).

A saúde do trabalhador consiste em uma área da Saúde Pública que tem por finalidade as relações entre o trabalho e a saúde, no intuito da promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento e ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes, bem como das condições de trabalho, dos agravos à saúde e a organização e prestação de assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS - Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

Os fatores determinantes da saúde do trabalhador compreendem os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida e fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Nesse contexto, as ações de saúde do trabalhador são direcionadas às mudanças nos processos de trabalho que considerem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) está relacionada com as ações de promoção da saúde, além de questões como: satisfação e o envolvimento laboral, comprometimento organizacional, ambiente seguro, estresse, autonomia, reconhecimento e remuneração adequada (MEDEIROS, 2011; PEDRAZA et al., 2011). Pode a mesma ser alterada pelo envolvimento do trabalhador com tais aspectos, afetando diretamente o serviço realizado (FERNANDES et al., 2012).

Isto porque, a QVT está relacionada aos processos de humanização do trabalho e de responsabilidade social da instituição empregadora, envolvendo a valorização do trabalhador, bem como o entendimento das suas necessidades e aspirações. Diz respeito ainda, a uma reestruturação do desenho de cargos e de novas formas de organização conciliando-as à formação de equipes com maior autonomia e melhoria do meio organizacional, o que se reflete no contexto laboral de forma equilibrada entre o trabalho e outras esferas da vida (DAUBERMANN; TONETE, 2012; FERREIRA et al., 2009).

Cabe lembrar que o emprego surgiu com a industrialização, pois esta exigia força humana em massa e trabalho repetitivo que com o avanço tecnológico, foi substituído pela máquina (CARVALHO, 2010). A inserção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) deu-se em meados da década de 1970, no contexto da Terceira Revolução Industrial, dando início às transformações nos processos de trabalho tanto para as organizações como para os trabalhadores (PERES; SUZUKI; AZEVEDO-MARQUES, 2015).

As TICs são um potente mecanismo para as organizações, pois formam importantes elementos que são oportunos para tomada de decisões e de competitividade das organizações, inclusive no setor da saúde, que nos dias atuais, configura-se um universo de transformação e inovação tecnológica nos processos administrativos e assistenciais (PINOCHET; LOPES; SILVA, 2014).

De acordo com Pires et al., (2012, p. 158), "as inovações podem afetar positiva ou negativamente os trabalhadores, contribuindo para maior satisfação no trabalho e para a saúde ou, em sentido oposto, promover desgaste gerador de adoecimento, acidentes ou morte no trabalho".

Neste sentido, a inovação tecnológica leva ao aperfeiçoamento das atividades processuais e ocasiona melhorias no espaço e ambiente das organizações. Quanto à negatividade do avanço tecnológico, trouxe ao trabalhador a sobrecarga intelectual para produção, o uso indiscriminado das redes sociais no ambiente de trabalho e aplicativos de conversas, travando um distanciamento nas relações, resultando em impacto, não apenas para organização, mas também ao trabalhador de maneira a interferir em sua qualidade de vida. O impacto deste novo contexto deve ser bem compreendido, pois certamente repercute na qualidade de vida e promoção da saúde destes trabalhadores (PEDUZZI, 2002).

2.1.2 Aspectos Históricos e Legais no Brasil

Os problemas relacionados à saúde do trabalhador coincidem com surto industrial no Brasil que se deu durante segunda metade do século XIX, quando a sociedade brasileira passou por mudanças fundamentais nos campos políticos, sociais e, conseqüentemente, na forma de ver e entender a nova realidade que estavam vivendo. Surto industrial porque nessa época foram inauguradas 70 fábricas que produziam chapéus, sabão, tecidos de algodão e cerveja, artigos que até então vinham do exterior. Além disso, foram fundados 14 bancos, 3 Caixas Econômicas, 20 companhias de navegação a vapor, 23 companhias de seguro e oito estradas de ferro. Criaram-se, ainda, empresas de mineração, transporte urbano, gás, etc. Foi quando se instalaram os sindicatos e tiveram início as primeiras greves dos trabalhadores devido às condições precárias de trabalho. Logo, houve uma preocupação voltada para a saúde, visto que as epidemias já eram latentes, o que conseqüentemente acarretou cuidados da medicina no que se referem aos cemitérios, hospitais, presídios e fábricas (FRIAS JUNIOR, 1999).

No início do século XX, ocorreram mudanças na relação capital-trabalho e em todo o modelo de organização do processo de trabalho, ressaltando-se os movimentos liberalizantes de organização dos operários, como os sindicatos de base socialista. Os modelos praticados na indústria nesse período formatavam características de um trabalho fragmentado, sem a lógica de um processo integral que não exigia competência intelectual (FRIAS JUNIOR, 1999; GUIRALDELLI, 2014).

Ainda, consoante Frias Júnior (1999), nesse período, médicos da Faculdade Nacional de Medicina protestavam contra a realidade das fábricas no Brasil, surgindo assim, em 1904, no Congresso da República do Brasil, propostas que concediam benefícios previdenciários aos trabalhadores acidentados no trabalho. A partir daí, com uma maior influência da medicina norte americana e das escolas de saúde pública, como a de John Hopkins¹, o ensino de Higiene do Trabalho passou a ser incluído nos cursos de sanitaristas e posteriormente nos cursos de Medicina em todo o Brasil.

¹ Fundada em 1876, a universidade, localizada em Washington, D.C., foi o primeiro centro de pesquisa dos Estados Unidos.

Para Miranda (1998), a relação entre trabalhadores e saúde aparece tarde no Brasil, bem como o processo de regulamentação das relações entre capital e trabalho, que se dá somente a partir da Revolução de 1930. É desse período, o impulso da industrialização no País, tendo como propulsor o Estado, sendo seu objetivo, neste tempo, consolidar o processo de industrialização. Com isso, a industrialização avançou com a substituição das importações de bens de consumo e de alguns bens intermediários, chegando à década de 1940 com investimentos diretos do Estado em setores como: a siderurgia, mineração e na produção de motores pesados (CARDOSO, 2012).

Com o desenvolvimento da indústria no Brasil e, em uma conjuntura de insatisfação popular com as condições de vida e trabalho, eclodem os movimentos grevistas, e isto leva o Estado aprovar a Lei de Acidentes de Trabalho. Também, é importante frisar que por intermédio de Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930, Getúlio Vargas cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Em 1932, houve a criação da Carteira de Trabalho e Previdência Social. (LUZ e SANTIN, 2010; ABREU, 2013).

Válido salientar, que segundo Abreu (2013) foi a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que surgiu pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo presidente da época Getúlio Vargas. Logo, toda a legislação trabalhista existente no Brasil foi unificada, regulamentando as relações trabalhistas no âmbito do trabalho urbano e rural.

Houve avanços pontuais, no patamar de direitos trabalhistas, instituídos a partir da década de 1930 e no início da década de 1940, os quais deram origem a uma legislação trabalhista esparsa, posteriormente consolidada, com acréscimos, na forma da Consolidação das Leis do Trabalho (CEZAR, 2008).

O segundo grande momento ocorreu na década de 1950, pois nesse período houve um novo impulso na industrialização do Brasil, no qual o desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho passou pela existência de entidades como o Serviço Social da Indústria (SESI), em que as escolas de Medicina preventiva, de influência americana fizeram incorporar, ao modelo original de Medicina do Trabalho, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, passando a contextualizar uma área de maior abrangência, a Saúde Ocupacional. Ainda nesse momento, foi incluída na maioria

dos currículos, a disciplina de Medicina do Trabalho, sendo também criada a Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999).

Já na década de 1960, em meio à crise política, que culminou no golpe militar de 1964, o Brasil passou a vivenciar um período de restrição da liberdade democrática, ao passo que mantendo a lógica do totalitarismo, tentava disciplinar as questões do trabalho aplicando leis e reformas, de modo que a Previdência Social unificou os Institutos de categorias profissionais, não só para organizar a política de benefícios sociais, mas também para enfraquecer o movimento sindical (SANTOS, 2013).

Nesta época, o perfil de adoecimento dos trabalhadores passou por modificações, devido às alterações nos modelos de produção. O Ministério do Trabalho consolidou suas ações, intervindo em segurança e saúde do trabalhador, em consonância as recomendações técnicas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), adaptando tais regras à Legislação e reconhecendo a existência das doenças profissionais (BRASIL, 2001).

Segundo Bonciani (1994), a década de 70 foi marcada pela tentativa de redução dos acidentes de trabalho que assolavam as empresas brasileiras, através da imposição legal de contratação de profissionais especializados, tais como: médicos do trabalho, enfermeiros e os serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

A partir de tais movimentos, foi publicada a Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, que foi de suma importância no papel de subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e ao trabalho (LACAZ, 1994).

O Brasil também sofreu influência de organismos internacionais, tais como a Oficina Pan-americana Sanitária, apresentando em 1983, o Programa de Ação da Saúde dos Trabalhadores e do Comitê Misto OIT-OMS, que lançou a Convenção 161 e a Recomendação 17, acerca dos Serviços de Saúde no Trabalho (FRIAS JUNIOR, 1999).

Assim, conciliando com a última década da ditadura militar no Brasil, surgiram debates em torno da saúde, o que levou o Governo Federal a instituir por meio da lei nº. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde em 1975. Observa-se nesta fase, que a proposição desse sistema de saúde terminaria por consolidar, no Ministério da Saúde (MS) e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ao MS caberia definir ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controle sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo. Ao MPAS recairiam responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ao mesmo tempo em que essas ações eram concebidas e implementadas, o movimento da reforma sanitária brasileira avançava em seu processo de organização, alcançando maiores níveis de institucionalidade, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976, e a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979. Esta última tinha como finalidade organizar os programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1979, também se realizou o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, onde se discutiu o texto produzido pela Cebes, o qual:

[...] estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

A Constituição Federal de 1988, promulgada na sequência da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), traria em seu texto final os princípios e as diretrizes do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), tomado como direito de todos e dever do Estado, fundado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação (MELO, 2001).

Ainda, o Direito Ambiental do Trabalho foi inserido no art. 196, da Constituição Federal, estabelecendo a saúde como um direito de todos, sendo um dever do Estado garanti-lo e promovê-lo por meio de políticas voltadas para a redução do risco de adoecimento, bem como pelo acesso universal e igualitário, as ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo o direito à saúde do trabalhador e proteção do meio ambiente do trabalho (MELO, 2001).

Atualmente, a fundamentação legal a respeito da proteção ao meio ambiente do trabalho, consiste na Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Meio Ambiente,

instituída pela Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981; a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, alterada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977; a Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978, e as Normas Regulamentadoras – NR do Ministério do Trabalho e Emprego, entre outras.

Não menos importante, a Portaria 1823, de 23 de agosto de 2012, estabelece que:

[...] a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012, Art. 2º).

As tendências na promoção da segurança e higiene no trabalho, de acordo com Camelo; Angerami (2008), incluem não apenas os riscos físicos, químicos e biológicos dos ambientes laborais, mas também os múltiplos fatores psicossociais inerentes às organizações e a maneira como esses fatores influenciam na saúde física e mental do trabalhador.

No momento atual, no que diz respeito à legislação voltada à promoção da saúde, têm-se instrumentos e regulamentos Federais que orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) que propõe intervenções intersetoriais baseadas em três situações: nos modos de vida, nas condições e relações de trabalho e no meio ambiente. E, ainda têm como diretrizes: universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, descentralização, hierarquização, equidade e precaução (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; BRASIL, 2005).

Em consonância com tais instrumentos, verifica-se ainda, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, que foi criada como estratégia para atender à saúde do trabalhador. A Renast é composta por uma rede de serviços sentinela de alta e média complexidade, direcionada a diagnosticar os agravos à saúde decorrentes da relação de trabalho (BRASIL, 2009).

A Norma Regulamentadora 32 – NR32, voltada aos profissionais da saúde, estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). A norma ressalta que além da

legislação específica para os trabalhadores, são necessárias políticas governamentais e estratégias individuais voltadas para cada empresa. Entende-se que mudanças nas formas de organizar o trabalho podem proporcionar melhorias no ambiente e nas condições de trabalho, contribuindo assim, para a promoção da qualidade de vida do trabalhador e a sua valorização pessoal.

2.2 Promoção da Saúde do Trabalhador

A discussão acerca da Promoção da Saúde (PS) tem como marco importante a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde (Conferência de Alma-Ata), realizada em 1978, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS), a conferência incentivou, em âmbito nacional e internacional que os cuidados de saúde primários fossem desenvolvidos e aplicados mundialmente, assim reafirmando a saúde como direito fundamental humano (MENDES, 2004).

No entanto, segundo Iglesias; Dalbello-Araújo (2011), ações que apesar de serem intituladas como de promoção da saúde, se diferenciam nos conceitos que as embasam e no próprio entendimento que veiculam sobre o que vem a ser promover a saúde.

As concepções de Promoção da Saúde, como ressaltado, vêm-se expandindo em termos conceituais e operacionais no que diz respeito à questão da saúde em geral, confiando na redefinição de práticas e programas adotados por uma organização para reduzir os problemas que podem afetar a saúde do trabalhador. Dessa forma, quando se debate a Promoção da Saúde, cria-se tanto um movimento, quanto um espaço privilegiado para refletir sobre algumas concepções, como o biomédico e as práticas prevalentes de assistência médica dentro de um novo contexto de mudanças. Neste sentido, “a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, mas ativação da potência de ação dos indivíduos e coletividades para construir ações, iniciativas, programas ou projetos de vida”. (WESTPHAL; FERNANDEZ, 2014). A promoção da saúde, portanto, pressupõe a participação dos diversos atores sociais na produção de saúde.

Neste momento, faz-se necessário considerar, brevemente, a dimensão histórico-social do processo saúde-doença do trabalhador. Para tal, buscam-se em Abreu (2013)

algumas ponderações acerca dos antecedentes históricos no campo da saúde do trabalhador.

A origem das perspectivas e intervenções sobre os processos de trabalho, e ainda, o ambiente e o trabalhador teve início no século XIX, quando a Inglaterra abrigou a introdução da medicina do trabalho, tendo em vista, as consequências da industrialização, diga-se a Revolução Industrial, para além da introdução da máquina a vapor no século XVIII. Esta trouxe um conjunto de transformações na indústria, no sistema de transportes, nas comunicações e na agricultura, passando então, a ser objeto de preocupação da Sociologia e da Saúde Pública durante o século XIX, tendo em vista, as condições de vida e de trabalho dos operários de minas e fábricas na Inglaterra. “O consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo”. (ABREU, 2013, p. 128).

Desde então, a saúde do trabalhador passou a ser foco de estudos técnico e científico como um instrumento que possibilita o controle social do processo produtivo, tendo por base os critérios de saúde.

2.2.1 Saúde do Trabalhador e Produtividade

Para compreender melhor a saúde do trabalhador e produtividade, é preciso remeter a alguns pensadores da Teoria Científica da Administração, como Frederick Winslow Taylor (1856-1917) e Henry Ford (1863-1917) que foram os primeiros a elaborar a Organização Científica do Trabalho (OCT), com o objetivo de uma efetiva produtividade em suas fábricas (WEINSTEIN, 2000).

Nota-se que a abordagem da OCT é a ênfase nas tarefas e seu nome deriva da aplicação de métodos científicos, tais como: observação, experiência, registro e análise dos problemas da administração, com a finalidade de alcançar maior eficiência industrial, produzir mais, a custos mais baixos (WEINSTEIN, 2000).

A ideia de Taylor era a de eliminar os desperdícios do esforço humano. Para isso, estabeleceu-se que o trabalho intelectual ficaria a cargo de uma gerência, ao passo que o trabalho manual, para os operários. Ainda, foi substituindo movimentos desnecessários por

outros mais eficazes, empregando movimentos repetitivos de forma a treinar os operários com vistas ao controle de tempo e preocupação pela disciplina no local de trabalho. Logo, visava uma maior produtividade de seus trabalhadores no desenvolvimento de suas funções (WEINSTEIN, 2000; GUIRALDELLI, 2014).

Por outro lado, a ideia de Ford, além de incorporar muitos aspectos do taylorismo, introduziu inovações técnicas que puderam facilitar o aumento do ritmo da produção pelo sistema de linha de montagem e acreditava-se que a vida social tinha forte influência no trabalho e, por conseguinte, a busca pelo maior controle dos trabalhadores (WEINSTEIN, 2000).

Logo, a OCT apoia - se em princípios desenvolvidos por especialistas, sustentados pela ciência e pela técnica materializada da nova organização da produção, cujo ideal de aumentar a produtividade atrelava-se ao ideal de um novo tipo de trabalhador. Sendo importante fazer uma breve evolução da Teoria da Administração para conhecer como estas buscaram estratégias para aumentar a produtividade, e em decorrência, passaram a preocupar-se com a saúde psicofísica e social do trabalhador (WEINSTEIN, 2000).

A Teoria Clássica, que tem como precursor Henry Fayol complementou o trabalho de Taylor, ao propor a racionalização da estrutura administrativa, que ocorre quando a empresa passa a ser percebida como uma síntese dos diversos órgãos que compõe a sua estrutura. Fayol estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar. Max Weber também contribuiu com a Teoria Burocrática, na qual identifica certas características da organização formal voltada exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência (NETO, 2002; MATOS; PIRES, 2006).

Em contrapartida, o Movimento das Relações Humanas desloca o foco da administração para os grupos informais e suas inter-relações, oferecendo incentivos psicossociais (motivação), por entender que o ser humano não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas (MATOS; PIRES, 2006).

A Teoria Estruturalista inaugura um sistema aberto das organizações e avança em relação às demais teorias ao reconhecer a existência do conflito nas organizações, assumindo que este é inerente aos grupos e às relações de produção. A Teoria Comportamentalista tem sua ênfase mais significativa nas ciências do comportamento e na busca de soluções democráticas e flexíveis para os problemas organizacionais,

preocupando-se mais com os processos e com a dinâmica organizacional do que com a estrutura. Amplia a discussão sobre a motivação, ganhado impulso no início da década de 1980. É nesta mesma década que surge um conjunto de ideias, experiências e princípios provenientes do estilo japonês de administração, que se chamou de Teoria Z da Administração, a qual tem por princípios: emprego estável; baixa especialização; avaliação permanente do desempenho e promoção lenta; democracia e participação nas decisões; valorização das pessoas (MATOS; PIRES, 2006).

A Teoria do Desenvolvimento Organizacional baseia-se em um conjunto de ideias a respeito do ser humano, da organização e do ambiente, na perspectiva de propiciar o crescimento e desenvolvimento organizacional, de acordo com suas potencialidades. A Abordagem Contingencial marca o surgimento de um modelo denominado orgânico nas organizações. Este modelo, dotado de grande flexibilidade, descentralização e desburocratização, é colocado como opção para ambientes em constante mutação e condições instáveis (NETO, 2002; MATOS; PIRES, 2006).

A Abordagem Sócio Técnica dá ênfase nas relações entre o funcionamento dos subsistemas social e técnico; princípio da otimização conjunta; escolha organizacional; desenvolvimento de trabalho em grupos semiautônomos; preocupação com evolução e aprendizado contínuo. Enfatiza a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; a diminuição de níveis hierárquicos; autogerenciamento por setores e áreas; delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões (MATOS; PIRES, 2006).

As teorias das diversas correntes da administração, acerca da organização do trabalho, são centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização. Neste sentido, pode-se argumentar que no decorrer do tempo essas teorias modificaram-se, pois para ser eficaz e alavancar a produtividade, era necessário garantir a saúde do trabalhador no processo do trabalho. E assim, emerge a medicina do trabalho, tendo como atribuição “atuar na prevenção dos danos à saúde provocados pelos riscos presentes no ambiente de trabalho, sem entrar em conflito com os interesses do dono da fábrica”. (ABREU, 2013, p. 128), ou seja, da organização.

É no final da década de 1950, especificamente em 1959, que aconteceu a Conferência Internacional do Trabalho, a qual recomendou às organizações os Serviços de Medicina do Trabalho, reforçando os aspectos:

[...] a perspectiva de este se configurar num espaço estritamente médico; o bem-estar físico e mental dos trabalhadores como elemento dependente desta, atribuindo-lhe um status de onipotência; a ideia prevalente da adaptação à atividade laborativa, a partir da qual os trabalhadores, como alvo de atividades educativas, devessem ser adaptados às condições oferecidas pelos empregadores (ABREU, 2013, p. 128).

No entanto, com o avanço contínuo da tecnologia industrial, bem como o surgimento de novos processos de produção, trouxeram o aumento de mortes por acidentes e doenças do trabalho, mostrando que a intervenção da Medicina do Trabalho era insuficiente para a reprodução da força de trabalho. Isto porque o trabalhador era atendido somente depois de se acidentar no trabalho ou após o diagnóstico de doença ocupacional. E também, o serviço médico não tinha autonomia para intervir no processo produtivo e eliminar as fontes das agressões (TEIXEIRA, 2012).

É neste cenário que a produtividade torna-se o objetivo da Medicina do Trabalho, pois garante a manutenção da reprodução do processo de trabalho. Nas palavras de Teixeira (2012, p.108):

[...] Registre-se que a Medicina do Trabalho contribuiu para o aumento da produtividade, com seu caráter seletivo (aptidão para determinadas funções) e assistência dentro das empresas, com o objetivo de fazer o trabalhador retornar à atividade laboral o mais rápido possível.

Nesta conjuntura, cabe enfatizar que o final da Segunda Guerra Mundial trouxe uma nova preocupação humanitária. Assim, surge a Saúde Ocupacional como campo da Saúde Ambiental ou da higiene industrial como campo multidisciplinar, a partir da estratégia de intervir nos locais (ambiente) de trabalho.

[...] era necessário intervir nas causas das doenças e dos acidentes do trabalho, modificando o ambiente de trabalho; para tanto não era mais possível contar somente com a atuação do médico, era preciso que outros profissionais especializados agissem, para prevenir os acidentes do trabalho (TEIXEIRA, 2012, p. 108).

Conforme se constata, era preciso que, além dos profissionais da saúde, os engenheiros também deveriam contribuir, porque eles estavam envolvidos diretamente no processo de produção. À vista disto, a partir do momento em que supervisores, fiscais, engenheiros passaram a auxiliar a equipe de saúde no chão da fábrica, reforçou-se a

segurança no processo de produção, possibilitando o desenvolvimento da higiene ocupacional, a qual estava voltada para a prevenção de doenças provocadas pelos agentes danosos. Foi nesta ocasião, que se articulou a utilização dos equipamentos de proteção. Nota-se que esta também não colaborava completamente para com a saúde do trabalhador, pois o mesmo, juntamente com o ambiente de trabalho, permanecia objeto da intervenção dos profissionais visando à reprodução da força de trabalho e ao aumento da produção (TEIXEIRA, 2012).

O conceito Saúde do Trabalhador emerge na década de 1960, o qual configura um campo de conhecimentos e práticas fundamentados na classe operária industrial como ator social, numa dinâmica histórica marcada por transformações de cunho econômico, social e político. A concepção “Saúde do Trabalhador utiliza a concepção de classe social e valoriza o trabalhador, deslocando-o da posição de objeto para a de sujeito.” (TEIXEIRA, 2012, p. 109). Dessa forma, a amplitude do campo da saúde articula-se diretamente com a produção do conhecimento na medida em que contribui com a configuração de políticas públicas marcadas pela participação de equipes técnicas e trabalhadores (ABREU, 2013).

A Constituição Federal de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde de 1990, expressa claramente em seu artigo 200, as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde do trabalhador. Dispõe no inciso II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador. Como salienta Abreu (2013, p. 134), dos incisos que tratam das atividades concernentes à Saúde do Trabalhador previstos na Lei nº 8.080, amplia-se o leque de ações que vão desde a prestação de assistência ao trabalhador acidentado até a participação em pesquisas sobre riscos e agravos existentes no processo de trabalho que possam afetar à saúde.

2.2.2 Qualidade de Vida no Trabalho

Debater a qualidade de vida no trabalho atualmente passou a ser fundamental, uma vez que o trabalhador passa no ambiente de trabalho mais de oito horas por dia, cinco dias por semana, durante pelo menos trinta e cinco anos de suas vidas.

Entende-se qualidade de vida como a percepção do indivíduo e de sua posição na sociedade, no contexto da cultura e nos sistemas de valores em que vive, e em relação aos

seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (RAMOS et al., 2014). Nesta perspectiva, pode-se conceituar qualidade de vida no trabalho como:

[...] o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implementação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho da empresa. (RAMOS et al., 2014, p. 572).

Portanto, melhoria da Qualidade de Vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas, nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Desta forma, tendo como foco de interesse os trabalhadores de hospitais e a qualidade de vida destes profissionais, é relevante elaborar uma breve contextualização de como se configura a prática profissional nos espaços laborais de hospitais.

Os trabalhadores da instituição hospitalar enfrentam dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, sendo obrigados a dar conta de uma série de atividades, acumulando diversas funções, transformando-se em verdadeiras máquinas na prestação da assistência aos clientes. Muitas vezes, trabalham em ambientes insalubres e penosos, que não oferecem condições adequadas à sua saúde, o que proporciona a precarização do trabalho, ou pelo excesso de trabalho físico e mental, pelo acúmulo de horas trabalhadas, pela má remuneração ou pelo vínculo empregatício que lhes acarreta instabilidade. Essa realidade de condições de trabalho acaba trazendo baixa qualidade de vida no trabalho, o que repercute negativamente na saúde, levando ao adoecimento físico e mental (RAMOS et al., 2014)

A qualidade de vida no trabalho é vista num conjunto de fatores que envolvem os indivíduos, o trabalho e as organizações, sendo nesse contexto, importante destacar a preocupação com a segurança e satisfação do trabalhador e com a eficácia organizacional. A satisfação no trabalho deve estar integrada a vida do ser humano de forma que a QVT atenda às necessidades humanas em todos os níveis, não devendo ser entendidas como benefícios que a organização oferece ao trabalhador, mas sim, ligada à cultura organizacional, na perspectiva de que os trabalhadores são partes fundamentais da organização (ALVES, 2011).

Os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho são oferecidos pelas empresas com o objetivo de promover, prevenir ou gerenciar doenças, e assim contribuindo para a saúde ocupacional e melhora do clima organizacional. De acordo com Mattke et al., (2012), ainda não há uma definição de programa de promoção de saúde e qualidade de vida que seja formal e universalmente aceita e, por isso, as empresas definem e gerenciam seus programas de maneira distinta. Eles são cada vez mais utilizados por organizações de diferentes portes, mas a participação do conjunto dos trabalhadores, a mudança de comportamento e o impacto econômico nos níveis de saúde ainda são bastante limitados.

A QVT pode ser entendida e tratada como uma ferramenta de gestão para o alcance das metas e objetivos da empresa. De modo que, ao relacionar a gestão com os resultados organizacionais, percebe-se que trabalhadores satisfeitos tendem a uma melhor performance, ou seja, comportam-se de maneira que seu desempenho melhorado influencie para uma maior produtividade e qualidade do serviço e, conseqüentemente, na redução de custos. Por isso, a relevância na geração de qualidade de vida no ambiente de trabalho (OLIVEIRA et al., 2013).

2.3 Instituição de Saúde Hospitalar

A instituição hospitalar é uma prestadora de serviços de alta complexidade, onde a busca da qualidade adquire um grande diferencial em função de trabalhar com cliente e produto únicos. Complexa não apenas pela amplitude de sua missão, mas, por exigir uma equipe multidisciplinar com elevado grau de conhecimento e autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina crescentemente (GARIBALDI; VIEIRA, 2002).

O hospital, como organização social, é uma instituição que evoca o estresse como uma condição social ao seu uso e necessidades da vida. Têm amplas circunstâncias institucionais sobre as experiências na vida das pessoas e a sua estrutura de convivência é ampliada para a sociedade, seja para as pessoas que lá ingressam para receber o cuidado, tanto para aqueles que vão lá ministrá-lo (SANTOS, 2009).

As organizações dos serviços hospitalares, geralmente seguem uma linha tradicional de cuidados médicos. O trabalho do pessoal médico e de enfermagem caracteriza-se por o sistema laboral ser do tipo profissional: ou seja, médicos e enfermeiros controlam a produção dos cuidados, sendo assegurado pelos primeiros o ato médico propriamente dito e pelos segundos a administração do tratamento. Além disso, a função de elaboração depende fundamentalmente de raciocínios médicos individualizados, com os exames radiológicos, bioquímicos, entre outros, tendo apenas funções complementares ao diagnóstico definitivo (CATÃO, 2011).

2.4 Gestor e Saúde do Trabalhador

O trabalho, como elemento estruturador da personalidade do indivíduo, da psique e da sociedade, vem sofrendo mudanças em consequência das transformações políticas, econômicas, sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas. Essas transformações influenciam as condições de vida do trabalhador (SILVA, 2008).

A preocupação desprendida pela organização aos trabalhadores tem forte relação com o desenvolvimento e produtividade da empresa. Neste sentido, investir recursos no desenvolvimento e bem-estar do trabalhador são pontos importantes a serem considerados pelos gestores (TIMOSSI et al., 2010).

Ainda nesse sentido, Sauter (2007) menciona que políticas internas de educação continuada, desenvolvimento pessoal e benefícios tornam-se ferramentas importantes para o desenvolvimento e maior desempenho dos trabalhadores.

Na verdade, mudanças na organização do trabalho dificultam o entendimento de suas implicações na qualidade de vida, segurança e saúde no trabalho. É importante entender o impacto deste processo sobre os trabalhadores e desenvolver um ambiente organizacional que minimize os efeitos negativos desta nova forma de trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida.

Diante deste contexto, os gestores das organizações vêm enfrentando um desafio para operacionalizar a promoção da saúde de seus trabalhadores por meio de definição de estratégias que se desdobram em programas, ações e metas, com vistas a transformar as condições de vida e de trabalho. Como ressaltam Couto e Paschoal (2012, p. 586): “pensar

em qualidade de vida é pensar em uma constante, que deve ser valorizada em todos os lugares, e em especial no ambiente de trabalho, pois esse é o local onde muitas pessoas passam o maior tempo do seu dia”.

De acordo com Mattke et al., (2012), as organizações devem definir e gerir seus programas de maneira distinta, contudo, requisitando a participação dos trabalhadores. Os programas podem variar de ofertas restritas, como ginástica laboral, acompanhamento nutricional, intervenções de aconselhamento, assim, direcionando o trabalhador para o gerenciamento de um estilo de vida mais saudável. Dessa maneira, haverá mudança de comportamento e isso contribuirá para a melhoria nos níveis de saúde.

Assim, a promoção da saúde está inserida na perspectiva de modelo de atenção que busca a qualidade de vida do trabalhador organizacional, levando a necessidade de ações voltadas às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares (LEAL et al., 2015).

Os programas de treinamentos implantados e trabalhados pelo setor de educação continuada das instituições hospitalares não têm o foco no desenvolvimento integral do trabalhador, normalmente está direcionado para as habilidades técnicas que a função exercida exige. No entanto, gestores de hospitais têm lançado um olhar mais acolhedor e preocupado com as questões que envolvem a qualidade de vida do trabalhador, assim implantando programas que levem à promoção da saúde e se tornem estratégia para felicidade do trabalhador (SANTIAGO et al., 2014).

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado a partir da aplicação de questionários e entrevistas individuais, tendo como alvo: gestores e trabalhadores de uma instituição hospitalar. Aconteceu em três etapas: a primeira e a segunda tratam da aplicação de um questionário sobre Promoção da Saúde do Trabalhador e entrevista com os gestores da instituição hospitalar sobre Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho. A terceira etapa consistiu na aplicação de um questionário aos trabalhadores da instituição sobre a qualidade de vida no trabalho.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo de caso, descritivo e exploratório, do tipo transversal, com abordagem quanti-qualitativa ou de métodos mistos. Trivínos (1987) define que estudo de caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Quanto à forma de abordagem quanti-qualitativa. E mais, Gil (2002) considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números as informações. Para Minayo (2012), a abordagem qualitativa permite o aprofundamento no mundo dos significados, onde a realidade não é visível, mas precisa ser exposta e interpretada, pelos pesquisadores.

3.2 Local de Realização da Pesquisa

O cenário da pesquisa é um Hospital Filantrópico, no município de Campo Mourão, Paraná. Esta instituição é referência em atendimento para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Ela faz parte da 11ª Regional de Saúde que é composta por Campo Mourão e mais 24 municípios, assim integrando o Sistema de Saúde da Macrorregião Noroeste do Estado do Paraná.

No momento presente, a instituição dispõe de 147 leitos, dos quais 122 estão credenciados ao (SUS) e distribuídos em: Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade

de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Clínica Médica e Cirúrgica Adulto, Clínica Médica e Cirúrgica Pediátrica, Clínica Médica e Cirúrgica Oncológica, e ainda, Clínica Obstétrica.

O hospital possui serviços que são exclusivos para região, como: assistência em Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, com serviço de radioterapia, Gestação de Alto Risco, Terapia Intensiva Neonatal-Pediátrica e tratamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/HIV, alcançando uma população de mais de 330 mil habitantes. O hospital atende uma média de 6,5 mil pessoas mensalmente, entre atendimentos ambulatoriais e internamentos. Para isto, a instituição tem com um quadro de 437 funcionários, distribuídos nos vários setores assistenciais, administrativos e de apoio.

3.3 População e Amostra

Participaram da pesquisa 336 (77%) trabalhadores de um quadro de 437 funcionários, sendo 13 (65%) dos 20 gestores da instituição, distribuídos nas áreas: administrativas, técnicas, assistências e de apoio, sendo 323 trabalhadores dos diversos departamentos da instituição, como: enfermagem, hotelaria, apoio hospitalar, administrativo e assistencial. Os 07 gestores que não participaram estavam em áreas da direção administrativa e médica. A amostra foi estipulada por conveniência.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados

O presente estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a regulamentação da pesquisa com seres humanos no Brasil.

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2017, divididas em três etapas. Após aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Integrado de Campo Mourão, sob o parecer nº 1.902.704, em 31 de janeiro de 2017 e concordância com o termo de consentimento informado (Anexo II). Como primeira etapa, foi encaminhado ao gestor participante um questionário por meio do e-mail e WhatsApp, com o link do questionário

no Google Formulários, para ser realizado a leitura num prazo de até 15 dias para posteriormente, reunirem-se para o preenchimento das respostas.

Aos gestores foi recomendado que realizassem previamente a leitura do instrumento e que o preenchimento se desse coletivamente, para que a soma do conhecimento dos gestores tornassem as repostas mais consistentes e precisas, conforme orientações do próprio instrumento. Ainda, individualmente, os gestores responderam questões que forneceram informações sobre o grupo e demográficas sobre a população do local da pesquisa, bem como da instituição hospitalar analisada.

O questionário utilizado foi o CDC Worksite Health Score Card (HSC) (Anexo III), que é uma ferramenta de avaliação de empregadores. O HSC foi desenvolvido para colaborar na determinação de empregadores se implantaram intervenções e estratégias de Promoção da Saúde baseadas em evidências.

A ferramenta foi desenvolvida *pela Division for Heart Disease and Stroke Prevention* em colaboração com o *Emory University Institute for Health and Productivity Studies* (IHPS), *Research Triangle Institute*, *CDC National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (NCCDPHP), além de um grupo de trabalho representado por especialistas dos setores federal, estadual, acadêmico e setor privado. Para concepção da validade e confiabilidade do instrumento, por meio do IHPS, realizou-se um estudo de validação, envolvendo noventa e três empregadores, incluindo empresas de pequeno, médio e grande porte, de diferentes locais dos Estados Unidos (CDC, 2014).

A tradução para o português do Brasil e adaptação cultural e validação do HSC aconteceu por meio de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), tendo o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Brasil / Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Reguladora Nacional de Seguros e Planos de Saúde Suplementar (ANS) - Laboratório de Inovações em Saúde Promoção e Prevenção de Riscos e Doenças em Saúde Suplementar. O processo de validação contou com uma amostra de conveniência de 27 empresas de vários tamanhos, tipos e indústrias do estado de São Paulo (SOAREZ et al., 2016).

O questionário contém 100 perguntas divididas em 12 seções, sendo elas: suporte organizacional (18 perguntas), controle do tabaco (10 perguntas), nutrição (13 perguntas),

atividade física (9 perguntas), administração do peso (5 perguntas), administração do stress (6 perguntas), depressão (7 perguntas), pressão arterial elevada (7 perguntas), colesterol elevado (6 perguntas), diabetes (6 perguntas), sinais e sintomas de ataque cardíaco e acidentes vasculares cerebrais (4 perguntas) e atendimento de emergência a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (9 perguntas). Todos os itens do questionário estão associados a estratégias documentadas como eficazes na literatura científica.

Na segunda etapa, tendo ainda como participantes os gestores, os mesmos que cooperaram com a primeira etapa, pretendeu-se identificar a percepção destes em relação à promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. Para isto, foi realizada uma entrevista, com agendamento prévio e de forma individual, sendo gravada e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Para direcionamento, utilizou-se um roteiro semiestruturado (Apêndice I) com questões norteadoras de caracterização do profissional e questões relacionadas ao tema promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho para manifestação das falas. Participaram da primeira e da segunda etapa, 13 gestores.

Na terceira etapa, participaram do estudo 323 funcionários da instituição de um quadro de 437 no total. Verificou-se a qualidade de vida dos trabalhadores e para isso foi aplicado o QWLQ-bref (Quality of Working Life Questionnaire - Questionário de Qualidade de vida no trabalho - versão abreviada) (Anexo IV). O questionário é composto por vinte questões, sendo quatro questões de domínio físico-saúde que aborda aspectos relacionados à saúde, doenças relacionadas ao trabalho e hábitos dos colaboradores, três do domínio psicológico que versa sobre aspectos relacionados à satisfação pessoal, motivação no trabalho e autoestima dos colaboradores, quatro do domínio pessoal que se refere aos aspectos familiares, crenças pessoais e religiosas e aspectos culturais que influenciem o trabalho dos colaboradores e, finalmente, nove do domínio profissional que trata de aspectos organizacionais que influenciem a qualidade de vida dos colaboradores.

Como determinação temporal, os entrevistados foram instruídos a terem como base as duas últimas semanas de trabalho. Essa determinação tem o objetivo de estabelecer um padrão nos índices de qualidade de vida total resultantes, pois estes serão referentes a um mesmo período de tempo. O tempo de duas semanas estipulado se iguala ao tempo estipulado no WHOQOL-100, pela OMS (Organização Mundial da Saúde). A escala de respostas utilizada possui cinco opções, variando de 1 a 5. Quanto mais positiva a resposta, mais próximo de 5 tende a ser o resultado.

3.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados da primeira etapa, da perspectiva de pontuação do questionário CDC Worksite Health Score Card (HSC), os valores podem variar de 1 a 3 pontos, onde 1: considera-se bom, 2: muito bom e 3: ótimo. Os valores da pontuação demonstram o impacto que a estratégia tem nos resultados ou comportamentos de saúde desejados e o peso da evidência científica que dá suporte a este impacto. É possível calcular a pontuação total do HSC e os pontos de cada um dos domínios. A pontuação pode ser calculada somando os pontos totais do HSC e ou os pontos individuais para cada uma das 12 seções. O escore total e das seções são somados de acordo com os valores dos pesos de cada questão que recebeu a resposta “SIM”. As respostas “NÃO” recebem pontuação zero. O escore total pode variar de 0 a 209.

Ao verificar as entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo de acordo com referencial de Bardin (2011). Segundo a autora, o termo análise de conteúdo é definido como:

[...] Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 44).

A análise temática de conteúdo é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. O processo descritivo da análise de conteúdo acontece com a preparação das informações, unitarização ou transformação do conteúdo em unidades, categorização, descrição e interpretação (MORAES, 1999).

Além disto, seguiram as três etapas de análise, de acordo com Bardin (2011): (1) pré-análise, que envolveu a escolha dos documentos e instrumentos e a leitura flutuante destes, a formulação de hipóteses provisórias e a elaboração de indicadores provisórios para a elaboração das categorias; (2) na segunda etapa, foi realizada a exploração do material, na qual foram realizadas as operações de codificação, decomposição e

recomposição de categorias de acordo com as suas unidades de significado; e (3) tratamento dos resultados, no qual foram apresentados os resultados e sua interpretação à luz dos referenciais teóricos da PS da QVT. A análise temática de conteúdo foi realizada com o auxílio do *software* de análise de métodos mistos QSR NVIVO® versão 11 para Windows.

Na terceira etapa, para a análise dos resultados das aplicações do QWLQ-bref, foi utilizada uma escala de classificação da Qualidade de Vida no Trabalho. Nesta escala, os índices compreendidos entre 0 a 22,5 são considerados “muito insatisfatórios”, como “insatisfatório” os índices compreendidos entre 22,5 a 45, como neutro índices compreendidos entre 45 a 55, como satisfatórios entre 55 a 77,5 e acima de 77,5 representa os índices considerados como “muito satisfatórios”. O cálculo dos dados aconteceu por meio de ferramenta no Software Microsoft Excel for Windows, de maneira que tabulando os dados nos locais específicos, os cálculos são realizados automaticamente.

De modo geral, para os dados quantitativos, a análise estatística foi realizada através da estatística descritiva e inferencial, ou seja, médias e percentuais das questões e domínios do questionário. De acordo com Diehl et al., (2007, v.7, p.3), a estatística descritiva "compreende o manejo dos dados para resumi-los ou descrevê-los, sem ir além, isto é, sem procurar inferir qualquer coisa que ultrapasse os próprios dados".

A análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência aconteceu com o intuito de caracterizar os indivíduos. Para descrição dos resultados foram utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. A frequência absoluta (n_i) é dada pelo número de vezes em que uma determinada variável assume um determinado valor/categoria em questão.

Os escores do QWQL-bref foram descritos pela média aritmética simples, desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo, máximo e amplitude. A média aritmética simples

é dada por $\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$, em que x_i são os valores de uma determinada

variável, o desvio padrão por $s = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$, o coeficiente de

variação $CV = \frac{s}{\bar{x}}$, o máximo por $x_{\max} = \max(x_1, \dots, x_n)$, o mínimo por $x_{\min} = \min(x_1, \dots, x_n)$ e a amplitude por $A = x_{\max} - x_{\min}$.

Os escores do HSC e QWQL-bref foram apresentados por gráficos de barras horizontais. Cada barra representa a frequência absoluta de pontos para os quais a variável resposta pertence ao intervalo de sua respectiva classe. Também foi utilizado o gráfico de barras para avaliar as pontuações médias padronizadas de cada seção dos instrumentos.

Ainda, foi construído boxplots para avaliar a relação do escore do QWQL-bref com as variáveis sociodemográficas, respectivamente. O boxplot ou diagrama de caixas dá uma ideia da posição, dispersão, assimetria, caudas e dados discrepantes (BUSSAB; MORETTIN, 2012), sendo o mesmo construído com os quartis da distribuição dos dados.

Para as variáveis categóricas, utilizou-se a codificação em variáveis dummies. A influência de cada variável no modelo de regressão foi avaliada por meio da análise de variância, que decompõe a variância total em somas de quadrados referente aos resíduos e aos efeitos fixos incluídos no modelo.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (R Development Core Team), versão 3.3.1.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados Quantitativos

4.1.1 - Análise Descritiva – Perfil Gestores Participantes do HSC

Os dados da pesquisa revelam que 46,15% dos respondentes indicaram ter formação na área de administração, enquanto 30,77% na área de enfermagem, sendo que do total dos gestores, 53,85% são classificados com formação na área de humanas e sociais aplicadas, 38,46% na área da saúde e 7,69% no ensino médio-técnico, concluindo que 92,31% dos gestores possuem curso superior. Quanto à função, 38,46% dos respondentes exercem função de supervisão e 23,08% de gestão administrativa. Vários cargos diferentes foram citados pelos respondentes, sendo que predominou entre os cargos, o de supervisão com 53,85% (Tabela I).

Em estudo de Silva et al., (2017), referente a gestores atuantes na atenção primária em saúde de Goiás, 21% dos gestores têm formação na área de humanas, 42% na área da saúde e 19% em ensino médio-técnico, sendo que 31% dos gestores têm formação na graduação de enfermagem. Percebe-se que, no perfil apresentado pelo presente estudo, à participação de gestores com formação em humanas é superior, ao passo que no que se refere aos gestores da área da saúde e com formação em ensino médio-técnico, é inferior, sendo que a porcentagem daqueles com graduação em enfermagem é semelhante.

Tabela 1 - Distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas dos gestores participantes da pesquisa.

	Frequência	%
Formação		
Administração	6	46,15%
Enfermagem	4	30,77%
Farmácia	1	7,69%
Pedagogia	1	7,69%
Técnico em Segurança do Trabalho	1	7,69%
Função		
Gestão de pessoas	1	7,69%
Supervisão de compras	1	7,69%
Supervisão enfermagem	4	30,77%
Gestão administrativa	3	23,08%
Gestão de estoque e logística	1	7,69%
Projetos e captação de recursos	1	7,69%
Gerenciamento do Hospital	1	7,69%
Gestão da política de saúde e segurança no trabalho	1	7,69%
Cargo		
Supervisor de área administrativa	2	15,38%
Gerente de RH	1	7,69%
Supervisor de RH	1	7,69%
Supervisora de enfermagem	4	30,77%
Gerente administrativa	1	7,69%
Gerente de logística	1	7,69%
Coordenadora da qualidade e educação continuada	1	7,69%
Superintendente	1	7,69%
Técnico Segurança Trabalho	1	7,69%
Carga horária semanal		
36 horas	4	30,77%
40 horas	1	7,69%
42 horas	1	7,69%
44 horas	7	53,85%
Tempo na instituição		
3 anos ou menos	6	46,15%
De 4 a 6 anos	4	30,78%
7 anos ou mais	2	15,38%
Não respondeu	1	7,69%
Sexo		
Feminino	10	76,92%
Masculino	3	23,08%

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda, observa-se a ausência de gestores médicos na instituição. Embora um dos gestores que optou por não participar dos estudos tenha formação em Medicina, os resultados diferem do estudo de Ferreira (2015), mencionando que frente à gestão da maioria dos hospitais prevalece o profissional médico, mesmo sabendo que não há obrigatoriedade do gestor hospitalar ter formação em Medicina. Ainda, o mesmo autor enfatiza que um gestor não tendo formação na área administrativa poderia colocar a instituição hospitalar em risco, por isso a importância de ser administrado por um especialista.

No entanto, visto que na instituição estudada, quatro dos participantes são enfermeiros que atuam na gestão da instituição, convém ressaltar que “enfermeiros atuando como gestor está se tornando uma prática frequente no Brasil”. (SILVA, 2012, p.68).

Neste sentido, a experiência em cargos de gestão deve ser avaliada nos processos de contratação de enfermeiros para atuarem nessas áreas nas instituições de saúde, considerando, obviamente, que a experiência profissional é a soma do conhecimento e experiências dos trabalhadores associados a conhecimentos de origem técnica provindos da graduação (MORAIS et al., 2014).

O profissional que ocupa a função de gestor em uma instituição de saúde deve possuir conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de desenvolver as pessoas e os processos de forma competente para que as metas e objetivos da instituição sejam alcançados. Ainda, fidelizar sua gestão de forma a promover oportunidades aos trabalhadores e equipe para o desenvolvimento profissional de forma capacitada e motivada (FERREIRA, 2015).

Percebe-se que mais da metade dos gestores que participaram da pesquisa trabalham 44 horas por semana, enquanto 30,77% têm carga horária semanal de 36 horas. Este resultando se dá devido à carga horária trabalhada na instituição, de acordo com o estabelecido pelo Sindicato da Saúde, para cargos administrativos de 40 horas ou mais e da enfermagem 36 horas, mesmo em cargos de gestão.

Quase metade dos respondentes, 46,15%, atua na instituição há três anos ou menos, sendo que apenas 15,38% há 7 anos ou mais. Mesmo que não se tenha a informação do tempo de experiência anterior em gestão hospitalar, verifica-se que uma alta porcentagem

dos gestores está há apenas três anos na instituição, o que permite inferir que os gestores desta instituição têm permanecido pouco tempo no cargo.

Rosso et al., (2013), em estudo que trata do perfil de gestores no que diz respeito à experiência na gestão em saúde, traz que 45% dos gestores possuem experiência entre cinco a 10 anos. Somando-se a este grupo, aqueles com experiência superior a 10 anos, nota-se que 70% dos gestores possuíam experiência em gestão acima de 5 anos. Ficando evidente em seus resultados a permanência desses profissionais a frente da gestão por um tempo maior.

Por fim, constata-se que a maioria dos gestores (76,92%) é do sexo feminino (Tabela 1), o que corrobora com estudo de Melo; Alchieri; Neto (2013), que afirma que a maioria dos cargos de gestores é ocupado por mulheres com 66,7%. Discordando destes resultados, o trabalho de Nascimento; Lasevicius; Santos (2016), apresenta os gestores hospitalares como predominantemente do sexo masculino, representando 80% dos entrevistados.

Desta forma, o perfil dos gestores indica uma elevada percentagem de profissionais com formação superior, acima de 90%, ocupando cargos de supervisão e gestão administrativa, majoritariamente. Pouco mais da metade dos gestores trabalha em tempo integral e quase a metade atua há menos de três anos na instituição hospitalar. Em síntese, têm-se pouco mais de dois terços dos gestores do sexo feminino.

4.1.2 Conhecimento dos Gestores sobre o Perfil dos Trabalhadores

Os gestores foram questionados sobre algumas características relacionadas ao perfil dos trabalhadores da instituição na qual atuam, como sexo, idade, situação empregatícia, tipo de trabalho e nível educacional. As respostas foram comparadas com os dados informados pelo Departamento de Recursos Humanos (DRH), assim sendo, considerados reais e fidedignos para o momento da realização do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Porcentagens informadas pelos gestores e DRH sobre os funcionários da instituição pesquisada.

Variável		Porcentagem	
		Gestor	DRH
Sexo	Masculino	26%	12%
	Feminino	74%	88%
Idade	< 18 anos	9%	0%
	18 a 34 anos	43%	46%
	35 a 44 anos	30%	30%
	45 a 64 anos	17%	23%
	> 64 anos	1%	1%
Situação empregatícia	Tempo integral	58%	98%
	Tempo parcial	33%	2%
	Temporário	2%	0%
Tipo de trabalho	Assalariado	77%	100%
	Por hora	0%	0%
	Não souberam responder	23%	---
Nível educacional	Ensino médio incompleto	11%	14%
	Ensino médio completo	22%	13%
	Escola técnica	27%	44%
	Ensino superior completo	25%	21%
	Pós-graduação estudos avançados	15%	8%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao sexo, o quadro de funcionários, conforme DRH predomina o sexo feminino, sendo que os gestores responderam conforme a realidade. Houve divergência quanto à porcentagem indicada para o sexo masculino, de 26%, representando mais que o dobro da porcentagem real, de 12%. Em relação à faixa etária, de acordo com DRH, a maior concentração de funcionários está compreendida entre 18 e 44 anos, nota-se que as porcentagens médias informadas pelos gestores foram bem próximas às reais, demonstrando conhecimento sobre a questão.

Na obra de Moraes et al., (2014), que descreve o processo de contratação de trabalhadores em hospital público, mostra que a maioria dos trabalhadores, 66,0% pertencia ao sexo feminino, 70,6% encontrava-se em idade jovem (18 a 39 anos) e a enfermagem constituiu o maior contingente de trabalhadores, 69,4%. Esses dados vão ao encontro com os resultados obtidos e em consonância com os informados pelo DRH da instituição pesquisada.

Além disso, sobre a faixa etária, os gestores indicaram que em média, 9% dos funcionários têm menos de 18 anos, porém a instituição não possui em seu quadro

funcionários nesta faixa etária. Possivelmente, o dado se justifique em função da instituição ser filiada ao Programa Jovem Aprendiz.

A maioria dos funcionários da instituição (98%) trabalha em tempo integral, mas os gestores indicaram somente 58% para tempo integral e 33% para tempo parcial. A discrepância das informações pode ter ocorrido pela falta de conhecimento dos gestores em relação ao conceito de trabalho em tempo integral e tempo parcial. A equipe de enfermagem que forma o maior grupo de funcionários da instituição trabalha no período diurno, em escala de seis horas diárias, de segunda a sexta feira, sendo manhã ou tarde, com plantões aos finais de semana, totalizando carga horária de 36 horas semanais. Partindo destes pressupostos, presume-se que os gestores elencaram a equipe de enfermagem como trabalhadores em tempo parcial e os demais funcionários como áreas de apoio e administrativos que trabalham oito horas diárias, como tempo integral.

Deste modo, embora mudanças tenham ocorrido nas leis trabalhistas em relação ao período da coleta de dados, tais mudanças não alteraram os resultados da pesquisa. Consoante ao Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, em seu art.58, da CLT, a jornada em tempo integral é de no máximo oito horas diárias, não podendo exceder oito horas, limitada a 44 horas semanais. O trabalho em tempo parcial é aquele cuja duração não exceda a 25 horas semanais.

A Lei nº 13.467/2017, que alterou o art. 58-A, da CLT, traz em seu conteúdo o regime de tempo parcial, aquele cuja duração não exceda a 30 horas semanais, sem a possibilidade de horas suplementares semanais, ou ainda, aquele cuja duração não exceda a 26 horas semanais, com a possibilidade de acréscimo de até 6 horas suplementares semanais.

No tocante ao tipo de trabalho, o DRH informou que 100% dos funcionários da instituição são assalariados, no entanto, 23% dos gestores não souberam responder tal questão. Também se notou divergência entre os relatos dos gestores e DRH, quando questionados sobre o nível educacional dos funcionários. Dos 71% dos funcionários que possuem apenas o ensino médio (completo ou incompleto) e escola técnica, os gestores indicaram que, em média, 60% dos funcionários possuem tais níveis educacionais. Os gestores superestimaram as porcentagens de funcionários com ensino superior completo e pós-graduação.

Acerca do número total de funcionários da instituição, dois gestores (15,38%) indicaram que este número é menor que 100, enquanto a maioria (84,62%) apontou que a instituição possui entre 250 e 500 funcionários. A realidade apresentada pelo DRH para aquele momento foi que a instituição contava com 437 funcionários.

É admissível atentar que à exceção dos níveis educacionais: ensino médio completo e escola técnica superior incompleta, as porcentagens reais ficaram próximas da mediana das porcentagens relatadas pelos gestores da instituição, inclusive para as categorias nas quais houve uma grande divergência entre a porcentagem média observada e a real, como para situação empregatícia: tempo integral e parcial e para o tipo de trabalho assalariado, sendo que estas grandes divergências podem ser explicadas pela alta variabilidade das respostas dos gestores que participaram da pesquisa.

4.1.3- Análise Descritiva –HSC

A amostra da pesquisa foi constituída por um grupo de 13 profissionais que possuem posição de gestores na instituição, sendo 10 mulheres e 3 homens. Quanto ao tamanho da instituição, foram utilizadas as definições em concordância com o CDC (2014), que considera empresas que possuem entre 10 a 99 funcionários como muito pequenas, entre 100 a 249 como pequenas, entre 250 a 749 como médias e acima de 750 funcionários como grandes empresas. Dessa maneira, constatando o quadro de 437 funcionários do hospital pesquisado, conclui-se que ele é definido como um hospital de tamanho médio.

No percurso de validação da ferramenta HSC original, conduzida pela Emory University Institute for Health and Productivity Studies (IHPS), o estudo contou com uma amostra de 93 empresas de variados tamanhos (CDC, 2014). De acordo com as definições do tamanho do local de trabalho é possível realizar um comparativo em linhas gerais da instituição estudada com os resultados do estudo conduzido pela IHPS, levando-se em consideração que os valores de pontuação da amostra dos estudos são parcialmente diferentes do HSC atual e utilizado na pesquisa.

A pontuação total média de HSC para a amostra geral do estudo foi de 129 pontos em 215 pontos possíveis. O intervalo de pontuações para todos os locais de trabalho na amostra do estudo foi de 18 a 211. Para as empresas de tamanho médio a pontuação média também foi de 129 pontos (CDC, 2014).

Na referente pesquisa, os gestores responderam 100 questões do instrumento, em que 80% das respostas corresponderam a opção “não” e 20% a opção “sim”, tendo como resultado geral ou pontos totais do Health Score Card (HSC), 40 pontos em 209 possíveis. A Tabela 3 mostra o comparativo dos escores médios dos locais de trabalho, de tamanho médio da amostra do estudo para cada uma das 12 seções do HSC.

Tabela 3 – Comparativo de amostras de locais de trabalho por seção.

Seções	Estudo IHPS		Estudo Hospital	
	Pontos Possíveis	Pontuação Média	Pontos Possíveis	Pontuação Média
Suporte Organizacional	34	24	33	5
Controle do Tabagismo	23	13	19	6
Nutrição	21	11	21	4
Atividade Física	23	15	24	3
Controle de Peso	11	8	12	0
Gerenciamento do Estresse	14	11	14	10
Depressão	19	7	18	3
Pressão Alta	17	10	17	0
Colesterol Alto	17	9	15	0
Diabetes	15	9	15	0
Sinais e Sintomas de AVC e AC	4	2	4	1
Resposta a Emergência Caso de AVC e AC	17	11	17	8
TOTAL	215	129	209	40

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que das 12 seções, 6 possuem discretas diferenças na pontuação. Utilizando a pontuação da amostra como valores que a instituição estudada poderia alcançar, gerenciamento do estresse, sinais e sintomas de AVC e ataque cardíaco, resposta a emergência em casos de AVC e ataque cardíaco são as áreas que tiveram mais proximidades na pontuação. Assim, considerando a instituição estudada nessas seções, dentro da média do estudo do IHPS.

Comparando as pontuações das 12 seções do HSC de forma individual, vê-se que 8 apresentaram pontuações e 4 não pontuaram (Figura 2). A sequência das seções, conforme as pontuações: da maior para a menor, apresenta-se na seguinte ordem: gerenciamento do estresse (10 pontos), resposta a emergência em caso de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco (08 pontos), controle do tabagismo (06 pontos), suporte organizacional (05 pontos), nutrição (04) pontos, depressão (03 pontos), atividade física (03 pontos), sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco (01 ponto). As seções: diabetes, colesterol alto, pressão alta e controle de peso, não tiveram nenhuma resposta como “sim”.

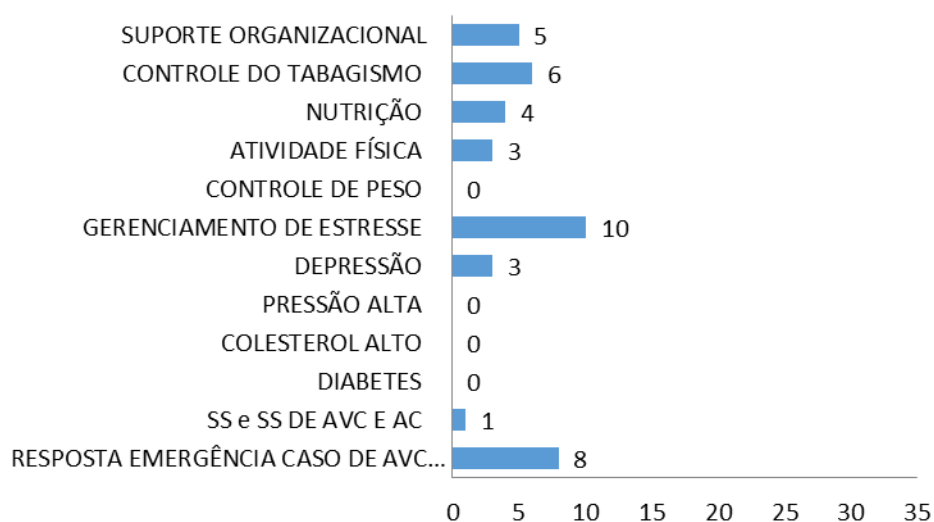


Figura 1–Pontuações para cada seção do HSC, obtidas pelo grupo de gestores participantes da pesquisa.

A seção que recebeu maior pontuação foi gerenciamento do estresse, o que demonstra que a instituição possui ações neste sentido. Oliveira; Cunha (2014) expressam as consequências do estresse, seja no contexto do trabalho ou pessoal, principalmente em profissionais do ambiente da saúde que precisam estar saudáveis no âmbito biopsicossocial para oferecer um bom atendimento.

Linch; Guido; Umann, (2010), relatam que o ambiente hospitalar é causador de estresse ao trabalhador e o estresse é um risco para os trabalhadores no ambiente hospitalar. Afirmam, ainda que:

[...] O ambiente hospitalar pode constituir um importante estressor para os profissionais devido aos possíveis sofrimentos vivenciados nesse local, às

condições de trabalho, às demandas requeridas pela assistência, e também pela grande responsabilidade exigida no trabalho (2). Salienta-se que, ao mesmo tempo, esse ambiente subdivide-se em unidades, as quais se caracterizam distintamente, o que pode influenciar diretamente o trabalho e a percepção deste para o trabalhador frente aos estressores. (LINCH; GUIDO; UMANN, 2010, p. 544).

As seções não pontuadas: controle do peso, pressão alta, colesterol alto e diabetes refletem a falta de ações voltadas para essas áreas. Duncan et al., (2012), mencionam que a hipertensão arterial e a diabetes são condições fortes para a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Nesse sentido Hyeda et al., (2016), colocam que boa parte das DCNT podem ser trabalhadas preventivamente com estratégias que visam sua redução de forma coletiva e individual para alcançar comportamentos saudáveis e a promoção de bons hábitos.

Partindo para verificação das questões que obtiveram a resposta “sim” e sua pontuação, na qual se considera: 1: bom, 2: muito bom e 3: ótimo, percebe-se que a instituição estudada possui atividades de promoção da saúde voltadas ao trabalhador. Por meio da Tabela 4, é possível observar, cada seção, as ações e estratégias realizadas e os impactos alcançados nos comportamentos de saúde dos trabalhadores da instituição.

Tabela 4 – Questões do HSC com respostas “Sim” de acordo com seções.

SUPORTE ORGANIZACIONAL	
Questão	Pontuação
3. Demonstrou apoio e comprometimento organizacional voltados à promoção da saúde no local de trabalho em todos os níveis hierárquicos?	2
14. Incluiu referências à melhoria ou à manutenção da saúde dos funcionários nos objetivos corporativos ou na missão da organização?	1
18. Participou de outras iniciativas voltadas à saúde na comunidade e apoiou a participação de funcionários e o trabalho voluntário?	2
CONTROLE DO TABAGISMO	
Questão	Pontuação
19. Possui uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?	3
20. Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?	1
21. Colocou avisos (incluindo, avisos de ‘proibido fumar’) com informações sobre a política antitabagismo?	1
28. Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?	1
NUTRIÇÃO	
Questão	Pontuação
32. Fazem mais (mais de 50%) das opções de alimentos e bebidas disponíveis em máquinas de venda automática, cafeterias, lanchonetes ou outros pontos de compra de alimentos mais saudáveis?	3

37. Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?	1
ATIVIDADE FÍSICA	
Questão	Pontuação
46. Proporcionou programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupos para funcionários (além do uso de instalações para prática de exercícios)?	3
GERENCIAMENTO DO ESTRESSE	
Questão	Pontuação
57. Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?	1
58. Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?	3
60. Proporcionou aos gerentes treinamento para identificar e reduzir questões relacionadas ao estresse no local de trabalho?	3
61. Proporcionou oportunidades para que funcionários participassem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho?	3
DEPRESSÃO	
Questão	Pontuação
65. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?	3
SS E SS DE AVC E ATAQUE CARDÍACO	
Questão	Pontuação
90. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de ataque cardíaco por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?	1
RESPOSTA A EMERGÊNCIA EM CASO DE AVC E ATAQUE CARDÍACO	
Questão	Pontuação
92. Possui um plano de resposta de emergência para casos de acidente vascular cerebral e ataques cardíacos graves?	2
96. Possui um ou mais DEAs instalados e em funcionamento? Se não, por favor, prosseguir para o fim da pesquisa.	3
97. Possui um número adequado de unidades de DEAs, de modo que uma pessoa possa alcançá-los dentro de 3 a 5 minutos de colapso?	2
99. Realiza manutenção e testes em todos os DEAs?	1

Fonte: elaborado pela autora.

Sobre o controle do tabagismo, das 4 questões pontuadas, a que trata da existência de política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho, (03 pontos), têm um impacto considerado ótimo, assim de maior ênfase do que apenas colocar avisos sobre a política antitabagista ou proibir a venda de cigarros nas dependências da organização ou fazer cumprir a política formal proibindo o fumo.

Na seção nutrição, com duas questões pontuadas, observa-se que proporcionar aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos tem um impacto bom na saúde dos funcionários, no entanto, menor do que “fazem mais (mais de 50%) das opções de alimentos e bebidas disponíveis em máquinas de venda automática, cafeterias, lanchonetes

ou outros pontos de compra de alimentos mais saudáveis?”, que possui um impacto ótimo na condição de saúde de cada indivíduo.

Duncan et al., (2012), mencionam que o planejamento para a prevenção das DCNT deve ser pensado a partir dos principais fatores de risco eleitos pela OMS que são: fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Ainda nessa perspectiva relatam que:

[...] O fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Inatividade física aumenta em 20% a 30% o risco de mortalidade. Os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal. (DUNCAN et al, 2012, p. 128).

Em se tratando de atividade física, a ação realizada pela instituição em proporcionar programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupos para funcionários tem um impacto ótimo no comportamento de saúde do trabalhador. Tendo a ginástica laboral como uma ação de promoção da saúde do trabalhador considerada forte, entende-se que seja importante sua continuidade na instituição.

Sampaio e Oliveira, (2008), trazem a ginástica laboral como uma atividade de promoção da saúde e melhoria de hábitos saudáveis essenciais à cultura da organização. A ginástica, por um lado, proporciona benefícios não apenas ao trabalhador como redução da dor corporal, relaxamento físico, psíquico e melhora na relação interpessoal, por consequência, a empresa com menos casos de doenças osteomusculares, reduz absenteísmo e promove maior produtividade.

Gerenciamento de estresse foi a seção com maior pontuação e a que possui ações de impacto consideradas ótimas na condição de saúde do trabalhador, em 3 das 4 questões pontuadas. Com este resultado, pode-se inferir que a instituição gera ações que repercutem diretamente na boa gestão do estresse do trabalhador, seja por meio de programas específicos, treinamentos gerenciais para identificação e redução do estresse ou

proporcionando oportunidades para que funcionários participem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho.

Existe a necessidade de as empresas criarem estratégias para a administração do estresse do trabalhador, sabendo que estando em boas condições de saúde estará presente e apresentará melhor desenvolvimento de suas atividades e produtividade. Assim, considera-se necessário, a empresa realizar ações de controle do estresse para consolidar um ambiente de trabalho saudável e que gere bem-estar ao funcionário (SILVA, 2013).

Na seção depressão, a questão pontuada foi “Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?”, com uma pontuação considerada de ótimo impacto na saúde. Ou seja, mesmo com apenas uma linha de ações, aulas e oficinas sobre a temática depressão, tem-se uma base de evidência suficiente para causar um ótimo impacto para mudança de hábitos saudáveis dos trabalhadores.

Já na seção sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco, a questão corresponde a ação sobre o fornecimento de quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de ataque cardíaco por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas (01 ponto), considerado um valor de impacto bom.

Em relação à seção resposta a emergência em caso de AVC e ataque cardíaco, 4 questões receberam pontuação, sendo uma considerada impacto na saúde bom (Realiza manutenção e testes em todos os DEAs?), 2 com impacto muito bom (Possui um plano de resposta de emergência para casos de acidente vascular cerebral e ataques cardíacos graves? Possui um número adequado de unidades de DEAs, de modo que uma pessoa pode alcançá-los dentro de 3 a 5 minutos de colapso?) e uma com impacto ótimo, em relação ao comportamento de saúde do funcionário.

Registra-se aqui a importância das duas últimas seções (sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco e resposta a emergência em caso de AVC e ataque cardíaco) para o ambiente hospitalar, pois nestas seções se retratam a propagação das informações aos funcionários de um modo geral, não apenas os profissionais da saúde, que em uma situação de agravo estejam aptos a reconhecer a emergência cardiovascular, buscar ajuda e até iniciar os procedimentos básicos de atendimento.

Duncan et al., (2012, p.127), mencionam que “as doenças cardiovasculares estão entre as DCNT que juntamente com o câncer, doença respiratória crônica e diabetes, são as que mais contribuíram para óbitos no mundo”. No mesmo sentido, Hyeda et al., (2016, p.30), citam que “doenças crônicas impactam na redução da participação na força de trabalho, no quantitativo de horas trabalhadas, na maior rotatividade de empregos e nas aposentadorias precoces, assim como no comprometimento dos salários, ganhos e posição alcançada”. Para os autores, para haver melhora na condição de saúde, nível de produtividade e qualidade de vida dos trabalhadores é essencial o desenvolvimento de estratégias para redução dos fatores de risco e prevenção das DCNT por parte da instituição.

Na Figura 2 é possível visualizar o número médio de ações realizadas pela instituição hospitalar estudada, de acordo com o valor do ponto de impacto na saúde: bom (1), muito bom (2) e ótimo (3). Das 26 questões que possuem um nível de impacto 1, os gestores responderam sim em 8, o equivalente a 31% de estratégias com impacto bom na saúde. Das 30 questões com o valor de impacto 2, os gestores responderam sim em 4, o equivalente a 13% de ações com impacto muito bom na saúde. Por fim, das 43 questões de nível de impacto 3, os gestores responderam sim em 8, o equivalente a 19% de atividades com nível de impacto ótimo.

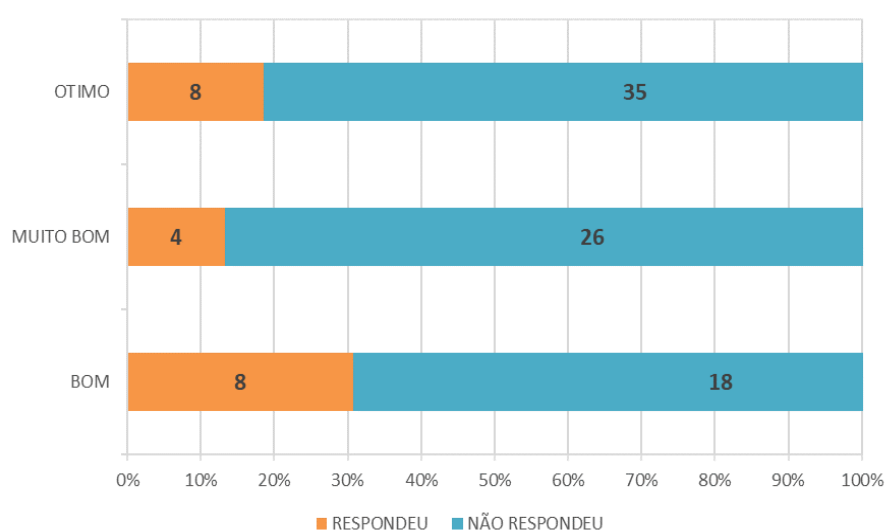


Figura 2– Número médio de estratégias em vigor nos locais de trabalho da amostra do estudo pelo nível de impacto na saúde.

As atividades contidas no HSC têm o objetivo de diminuir o risco de DCNT entre os trabalhadores da instituição, por meio da promoção da saúde no ambiente laboral com estratégias apoiadas em bases científicas. As estratégias que alcançaram os melhores resultados são aquelas com pontuação 3, pois apontaram para um grande impacto (ótimo) em atitudes ou resultados de saúde e uma forte base de evidências para suportar esse impacto. Dessa maneira, conforme acontece o planejamento do programa de promoção de saúde no local de trabalho, é importante que as estratégias que tenham um melhor nível de impacto, uma forte base de evidências e atendam às necessidades específicas dos funcionários, sejam as praticadas (CDC, 2014).

4.1.4 Análise Descritiva – Perfil Funcionários Participantes do QWQL-Bref.

Trata de uma instituição composta basicamente por mulheres, com trabalhadores jovens, de uma faixa etária concentrada em até 50 anos. Outro item a ser destacado é que dos 323 colaboradores que participaram da pesquisa, 56,04% são do departamento de enfermagem, seguidos de 19,81% do departamento de hotelaria.

Tabela 5 - Distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas dos funcionários participantes do questionário QWQL-bref.

	Frequência	%
Sexo		
Feminino	286	88,54%
Masculino	37	11,46%
Idade		
30 anos ou menos	119	36,84%
De 30 a 50 anos	177	54,80%
50 anos ou mais	22	6,81%
Não respondeu	5	1,55%
Estado civil		
Casado	165	51,08%
Separado	13	4,02%
Solteiro	140	43,34%
União estável	5	1,55%

Departamento		
Apoio hospitalar	50	15,48%
Departamento administrativo	16	4,95%
Departamento assistencial	12	3,72%
Departamento de enfermagem	181	56,04%
Departamento de hotelaria	64	19,81%
Turno		
Integral	27	8,36%
Manhã	105	32,51%
Noite	102	31,58%
Tarde	89	27,55%
Carga horária semanal		
24 horas	1	0,31%
30 horas	12	3,72%
36 horas	172	53,25%
40 horas	5	1,55%
42 horas	122	37,77%
44 horas	5	1,55%
Não respondeu	6	1,86%
Escolaridade		
Fundamental	37	11,46%
Médio	217	67,18%
Pós-graduação	6	1,86%
Superior	55	17,03%
Não respondeu	8	2,48%
Outro emprego		
Não	264	81,73%
Sim	59	18,27%
Participação vida econômica		
B - trabalha e é independente financeiramente	136	42,11%
C – trabalha, mas não é independente financeiramente	53	16,41%
D - trabalha e é responsável pelo sustento da família	133	41,18%
Não respondeu	1	0,31%
Renda mensal		
A - Até 3 salários mínimos	283	87,62%
B – De 3 a 5 salários mínimos	27	8,36%
C – De 5 a 8 salários mínimos	5	1,55%
D – Superior a 8 salários mínimos	1	0,31%
Não respondeu	7	2,17%

Fonte: Elaborado pela autora.

Pela Tabela 5, verifica-se que 88,54% dos entrevistados são do sexo feminino e 11,46% do sexo masculino. Este resultado foi semelhante ao de Mascarenhas et al., (2013), que evidencia uma maior proporção do sexo feminino em relação ao sexo masculino nos estudos analisados em sua pesquisa. Oliveira et al., (2012), citam o rápido e significativo aumento do número de mulheres pertencentes ao mercado de trabalho. Corroborando, Mascarenhas et al., (2013, p. 77), mencionam que:

[...] Diversos estudos confirmam a tendência cada vez maior do sexo feminino entre os trabalhadores da área de saúde. A crescente participação feminina nas profissões de saúde decorre das mudanças nas relações entre mulher e trabalho advindas dos movimentos feministas, levando-as a uma progressiva participação no mercado de trabalho.

Quanto a faixa etária dos trabalhadores entrevistados, predominou a faixa de 31 a 50 anos de idade (54,80%), aproximando-se do estudo de Santana et al., (2014), cuja idade média prevalente foi de 33 a 35 anos. Ainda, os autores mencionam que com o passar dos anos e o avanço da idade, as pessoas demonstram menor ânimo e vigor para realização de projetos de vida, então procuram iniciar o trabalho e sua fidelização na faixa etária citada.

Sobre o estado civil, os trabalhadores casados estão em maior percentual, de 51,08%, resultado similar ao estudo de Almeida, Gurgel e Silva (2014), no qual 58,82% são casados. Neste sentido, “a prevalência maior de casados pode ser interpretada pelo grau de maturidade da equipe de saúde do hospital”. (CARVALHO; SOUZA, 2011, p. 150).

Ainda, 56,04% dos funcionários entrevistados trabalham no departamento de enfermagem, enquanto 19,81% trabalham no departamento de hotelaria. Conforme Santana et al., (2014), a equipe de maior representatividade em instituição hospitalar é a de enfermagem, mesmo comparado à outras profissões de saúde. A enfermagem é representada pelos profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que constituem a maior força de trabalho de um hospital, sendo que uma característica da categoria é predominância feminina (FERREIRA et al., 2011).

A maioria dos funcionários, que responderam a pesquisa, trabalha no turno da manhã ou da noite (32,51% e 31,58%, respectivamente), enquanto no turno da tarde são 27,55% e apenas 8,36% trabalham em período integral. O resultado é justificável, visto que apenas os funcionários administrativos trabalham em tempo integral. Mais da metade dos respondentes (53,25%) têm uma carga horária semanal de 36 horas, o que se pode relacionar com o fato da maior parte dos participantes serem profissionais de enfermagem e na instituição citada trabalharem tal carga horária. E ainda, apenas 18,27% dos funcionários possuem dupla jornada de trabalho.

Em estudo de Santana et al., (2014), os resultados divergem do encontrado, pois mencionam que a carga horária dos profissionais de enfermagem chega a 49 horas semanais, em média, por exercerem função em mais de um turno, configurando assim a jornada dupla de trabalho. Martins (2003) apud Carvalho e Souza (2011), afirma que a carga horária da enfermagem é de 35 horas semanais (em média).

Em relação à escolaridade, mais de dois terços dos respondentes, 67,18%, possuem o ensino médio, 17,03% o ensino superior e apenas 1,86% têm pós-graduação. A participação de profissionais com ensino superior pode ser um fator preocupante para a instituição e ao próprio profissional devido à falta de qualificação profissional. Neste sentido, o trabalhador é considerado o diferencial competitivo dentro das organizações e mesmo já inserido nela, deve dar continuidade aos estudos com especializações na área atuante, para melhorar as chances em manter-se na organização e crescer profissionalmente. As empresas têm a preocupação em encontrar pessoas preparadas a exercerem funções de forma especializada, buscando padrões de qualidade que venham agregar aos serviços da instituição (VIEIRA, 2016).

Entre os participantes da pesquisa vigente, 42,11% trabalham e são independentes financeiramente e 41,18% trabalham e são responsáveis pelo sustento da família. Por fim, a grande maioria, 87,62%, tem renda mensal de até três salários mínimos e 8,36% de quatro a cinco salários mínimos. Níveis de renda superiores foram apresentados por Almeida, Gurgel e Silva (2014), pois 17,65% do pessoal pertencentes ao quadro de um hospital possuíam renda de dois a três salários mínimos e 52,43% renda acima de quatro salários mínimos.

Desta forma, o perfil dos trabalhadores participantes do corrente estudo revela a predominância feminina, na faixa etária de 30 a 50 anos e casados. Atuam principalmente no departamento de enfermagem, hotelaria e apoio hospitalar, em turnos, prevalecendo uma carga horária de 36 e 42 horas semanais. Quanto ao grau de escolaridade, sobressaiu o nível médio seguido o nível superior, sendo trabalhadores com vínculo empregatício único, independentes financeiramente e responsáveis pelo sustento da família, com renda mensal de até três salários mínimos. O perfil não se difere substancialmente de outros estudos apresentados.

4.1.5 - Análise Descritiva - QWLQ-Bref

Partindo do instrumento QWLQ-bref desenvolvido por Chemereta (2011), foi elaborada a análise das respostas dos questionários respondidos pelos trabalhadores da instituição. As respostas permitiram algumas análises e considerações acerca da Qualidade de Vida no Trabalho do Hospital estudado.

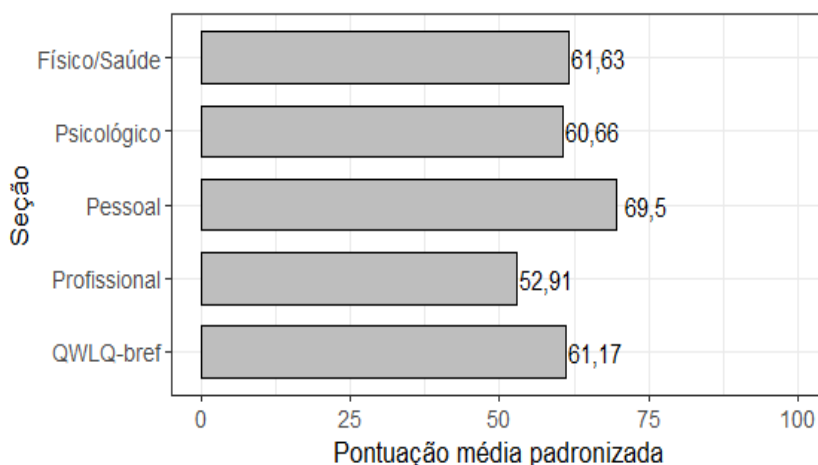


Figura 3– Pontuações médias padronizadas para cada seção do QWLQ-bref, obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.

Observa-se na Figura 3, que a seção que apresentou maior pontuação média padronizada foi referente ao domínio pessoal (69,50 pontos). Por outro lado, a menor foi observada para a seção profissional (52,91 pontos). Os resultados demonstraram que o domínio profissional apresentou o menor índice de qualidade de vida no trabalho, enquanto o maior índice ocorreu no domínio pessoal.

Segundo Hauser (2012), os quatro domínios apresentados no questionário são significativos para a avaliação da qualidade de vida no trabalho. No entanto, menciona que o domínio profissional, por se tratar das relações de trabalho, apresenta maior relevância que os domínios físico/saúde, psicológico e pessoal.

Na classificação do nível de qualidade de vida no trabalho, Reis Júnior, (2008), coloca os índices compreendidos entre 0 a 22,5 como “muito insatisfatórios”, como “insatisfatório” os índices compreendidos entre 22,5 a 45. A classificação neutra, representado pelos índices compreendidos entre 45 a 55, como satisfatórios entre 55 a 77,5 e acima de 77,5 representa os índices considerados como “muito satisfatórios”.

Verifica-se que, na instituição pesquisada, com excessão do domínio profissional que se classifica como neutra, para os demais domínios a classificação se dá como satisfatórias.

De modo geral, analisando as questões do QWQL-bref é possível observar as menores e as maiores pontuações por domínio. O domínio profissional foi o que apresentou a questão com a menor média, sendo 2,41 pontos de 5 pontos possíveis e com a maior média das questões (4,06 de 5 pontos possíveis) o domínio pessoal. Ainda percebe-se que ao realizar um comparativo com a pontuação média dos trabalhadores que participaram da pesquisa (3,45), o domínio pessoal com a questão de menor pontuação, ainda apresenta-se acima da média (Figura 4).

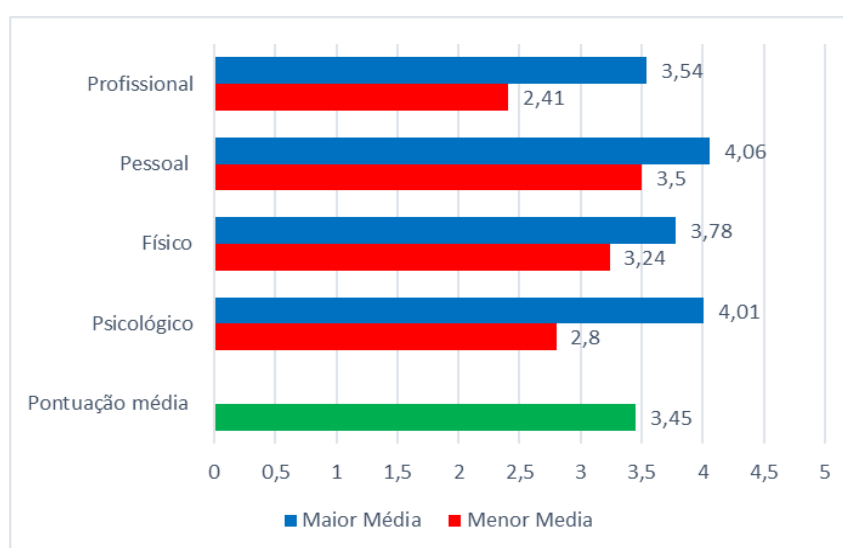


Figura 4 - Questões de menor e maior média por domínio do QWLQ-bref.

Considerando que a escala de respostas utilizada no QWQL-bref possui cinco opções, variando de 1 a 5, sendo que quanto mais positiva a resposta, mais próximo de 5 tende a ser o resultado, dos 323 trabalhadores que participaram da pesquisa, 61 estão com a pontuação igual ou maior que a média geral da instituição (3,45) e 262 estão abaixo. De forma mais detalhada, pode-se observar que apenas um funcionário apresentou pontuação entre (0,0) e (1,99), entre (2,0) e (2,99) foram 52 funcionários, entre (3,0) e (3,99) somaram-se 224 funcionários e entre (4,0) e (5,0) foram 47 funcionários. Com isto, percebeu-se que 84% da população pesquisada se encontravam com uma pontuação próxima de 5.

Além disto, complementando os dados da Figura 4, a Tabela 6 é possível discutir as questões que obtiveram menor média por domínio. Verifica-se que no domínio psicológico é a questão 5 que possui pontuação de 2,80 pontos e que busca avaliar a liberdade de expressão dos funcionários para desenvolver suas atividades laborais. Tendo a escala de respostas de muito baixa a muito alta, o resultado demonstra que os funcionários percebem uma “baixa” liberdade para se expressar no trabalho.

Tabela 6 – Questões do QWQL- bref que resultaram na menor média por domínio.

DOMÍNIO PSICOLÓGICO
Menor Média
5. Como você avalia sua liberdade de expressão no trabalho?
DOMÍNIO FÍSICO
Menor Média
17. Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?
DOMÍNIO PESSOAL
Menor Média
10. Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e ou subordinados?
DOMÍNIO PROFISSIONAL
Menor Média
12. Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, pode-se inferir que a baixa liberdade de expressão se dá pelo modelo de gestão existente na instituição no momento em que o questionário foi aplicado aos

funcionários. Uma gestão não compartilhada e com liderança autoritária, onde poucos tinham a autonomia e a possibilidade de se expressar criativamente dentro dos processos de trabalho.

Marinho, Santucci e Mariano, (2010, p. 24), afirmam que:

[...] A liberdade de expressão implica, então, que todas as pessoas devam ter igualdade de oportunidades para receber, buscar e divulgar informação por qualquer meio de comunicação sem discriminação por nenhum motivo. Ela é, portanto, um direito fundamental e inalienável, inerente a todas as pessoas. É um requisito indispensável para a existência das sociedades democráticas.

Referente ao domínio físico, a questão 17 (3,24 pontos) foi a menor pontuada e trata das necessidades fisiológicas básicas do funcionário, se são satisfeitas ou não adequadamente (Tabela 6). Pela escala de respostas que vai de nada a extremamente, constata-se que os funcionários colocam suas necessidades fisiológicas básicas satisfeitas como “mais ou menos” atendidas. Neste sentido, para Gonçalves et al., (2013), as necessidades fisiológicas são consideradas essenciais para a sobrevivência do ser humano e se não satisfeitas podem interferir no comportamento do indivíduo.

Regis e Porto (2011), em seu estudo sobre as necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem, colocam que esses profissionais ainda procuram compor no ambiente de trabalho o atendimento de necessidades básicas como: acesso à água, alimentação, descanso e quantitativo de funcionários. Nesse sentido, afirmam que “as insatisfações da equipe de enfermagem podem interferir no alcance de outras necessidades (autonomia, reconhecimento e crescimento profissional) comprometendo sua plena satisfação e desenvolvimento adequado no trabalho”. (REGIS; PORTO, 2011, p.339).

No domínio pessoal, a menor média (3,50 pontos) foi da décima pergunta que aborda como o funcionário avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados (Tabela 6). Nessa questão, a escala de resposta varia de muito baixa a muito alta e o resultado considera que os respondentes classificam a qualidade dessas relações como “média”.

Destaca-se a relevância que a relação funcionário e superior possui para a qualidade de vida no trabalho. Desenvolver o trabalho em equipe e ter boas relações humanas são comportamentos que devem ser praticados por ambos, funcionário e superiores. A

instituição, na pessoa de seus superiores, torna oportuno um ambiente de trabalho saudável e digno, assim, os funcionários se adaptam e alcançam melhores desempenhos e resultados nas atividades executadas (SILVA et al., 2015).

A questão com menor pontuação do domínio profissional é a número 12 (2,41 pontos) do questionário e indaga em que medida o funcionário está satisfeito com o nível de participação nas decisões da empresa. Com a escala de respostas que classifica de muito pouco a completamente, os funcionários percebem-se “pouco” satisfeitos com o nível de participação nas decisões da empresa.

Salgado, (2016), menciona que os gestores da empresa são os responsáveis pelas deliberações e tomadas de decisões, enfatizando que a pouca compreensão dos superiores da necessidade de participação dos subordinados nas decisões, pode resultar em insatisfação ou descaso por parte dos funcionários.

Ainda no que se refere a cada seção do QWLQ-bref, nota-se na Tabela 7, que o domínio profissional foi o que apresentou o menor valor mínimo (1,11) e o menor valor máximo (4,78), com média padronizada de 52,91(Figura 3), sendo considerada a menor entre os quatro domínios com um índice neutro de QVT. Este domínio avalia pontos como liberdade de criação, igualdade de tratamento, satisfação do nível de participação nas decisões institucionais e nível de responsabilidades, satisfação com os treinamentos, companheirismo no trabalho e a satisfação com a qualidade de vida no trabalho.

Tabela 7– Medidas descritivas do escore de cada seção do QWLQ-bref , obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.

Domínio	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Amplitude
Físico/Saúde	3,47	0,65	18,81%	1,75	5,00	3,25
Psicológico	3,43	0,61	17,73%	1,33	5,00	3,67
Pessoal	3,78	0,55	14,51%	1,75	5,00	3,25
Profissional	3,12	0,58	18,62%	1,11	4,78	3,67
QWQL-bref	3,45	0,50	14,41 %	1,85	4,86	3,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Reis Júnior, (2008, p.94), afirma que o domínio profissional reflete as condições ofertadas pela empresa e que “os trabalhadores são muito dependentes das condições de

trabalho, dos benefícios oferecidos pela empresa e das atitudes de responsabilidade social, portanto, não dependem apenas de si mesmos para aumentar a QVT nesse aspecto”.

Ademais, no contexto dos aspectos que envolvem o domínio psicológico e profissional, Ribeiro e Santana, (2015), mencionam que:

[...] O comprometimento de cada indivíduo depende do grau de satisfação e motivação com o trabalho que executa. Um ambiente sem inovação e sem liberdade de participação dos trabalhadores prejudica diretamente no bem estar de todos e principalmente no rendimento do trabalho. O desafio de uma organização é identificar o que motiva cada indivíduo e proporcionar ações de melhorias na qualidade de vida no trabalho que solucionem os problemas existentes e torne sua equipe apta a desempenhar seu ofício com excelência. (RIBEIRO; SANTANA, 2015, p. 81).

O domínio psicológico apresentou como valor mínimo 1,33 e valor máximo de 5,0, com média padronizada de 60,66 (Figura 3, entre os 323 trabalhadores que participaram da pesquisa). Sendo considerado um índice satisfatório de QVT, este domínio engloba questões como motivação e liberdade de expressão para o trabalho e orgulho do trabalho.

Ter liberdade de expressão no ambiente laboral e sentir orgulho pelo trabalho pode interferir para uma melhor qualidade de vida no trabalho. A instituição dar liberdade ao trabalhador em se expressar gera satisfação e, como consequência, uma adequada QVT, gerando motivação para realização das atividades (REIS JÚNIOR, 2008).

Desta forma, vislumbra-se que domínio pessoal apresentou um escore médio maior, em relação aos demais, enquanto o domínio profissional apresentou o menor. Todos os domínios apresentaram coeficientes de variações baixos, demonstrando uma baixa dispersão dos escores em torno da média, indicando assim que os quatro domínios possuem homogeneidade.

Ainda conforme Tabela 7, pelos valores obtidos nas medidas de dispersão, o domínio pessoal apresentou um coeficiente de variação igual a 14,51 %, para um desvio padrão igual a 0,55, configurando-se então, o domínio de maior homogeneidade nas respostas dos sujeitos da amostra. O domínio físico/saúde, com coeficiente de variação de 18,81% e desvio padrão de 0,65 foi o menos homogêneo, o que demonstrou que os trabalhadores dessa instituição possuem situações nesse domínio que divergem mais amplamente entre os sujeitos da amostra.

Enxerga-se a amplitude com altos valores nos resultados dos quatro domínios, verificando que chegaram muito próximos de alcançarem os valores limites, principalmente no que diz respeito ao valor máximo. O domínio físico/saúde e o domínio pessoal apresentaram os maiores valores mínimos e os menores valores máximos na amostra analisada, com índices de 1,75 e 5,0 respectivamente, resultando na média padronizada, de acordo com a Figura 3, no domínio físico / saúde de 61,63 e no domínio pessoal 69,5 entre os 323 trabalhadores que participaram da pesquisa. Para ambos os domínios desses valores demonstram um índice satisfatório de QVT.

Questões como sono, conforto no trabalho e necessidades humanas básicas são avaliadas no domínio físico/saúde. Oliveira e De Martino, (2013), afirmam que não ter um tempo destinado ao sono, pode acarretar a diminuição do desempenho cognitivo, psicomotor e físico, deixando o trabalhador suscetível a riscos de acidentes de trabalho, bem como a outras falhas.

No domínio pessoal são previstos aspectos como: autoavaliação, realização pessoal, relação chefe e subordinado, relação trabalho e família e respeito dos colegas e dos superiores. Timeni, (2011), menciona sobre as necessidades que o ser humano possui em relação a realizações: pessoais e de trabalho, relação interpessoal, reconhecimento por parte da chefia e reconhecimento de trabalhos realizados. O funcionário que tiver suas necessidades supridas no ambiente laboral terá forte tendência a alcançar a qualidade de vida no trabalho.

Pela Tabela 8, verifica-se que a correlação entre todos os domínios e com o QWQL-bref foi positiva, indicando que quanto maior o escore de um domínio, maior tende a ser o do outro. Também, observa-se uma alta correlação entre os domínios profissional e psicológico, com coeficiente de correlação de 0,70, enquanto o domínio físico/saúde apresenta uma correlação relativamente baixa com os demais domínios.

Tabela 8—Coeficiente de correlação de Pearson entre os escores de cada seção do QWLQ-bref, obtidas pelos funcionários participantes da pesquisa.

Domínio	Físico/Saúde	Psicológico	Pessoal	Profissional	QWQL-bref
Físico/Saúde	1,000				
Psicológico	0,492	1,000			
Pessoal	0,470	0,667	1,000		
Profissional	0,570	0,700	0,666	1,000	
QWQL-bref	0,775	0,855	0,828	0,877	1,000

Fonte: Dados da pesquisa.

A correlação do escore total do QWQL-bref apresenta uma alta correlação com os domínios que o compõe, sendo a relação mais forte com o domínio profissional (correlação de 0,877), sendo o domínio com mais questões.

Pela Figura 5, vê-se que o escore do QWLQ-bref aparenta ser menor para os funcionários que trabalham no departamento de enfermagem, enquanto o mesmo se mostrou maior para aqueles que trabalham no setor administrativo. Uma pontuação maior é observada também para os funcionários que trabalham em turno integral em relação aos demais turnos, e também para aqueles que trabalham 40 horas por semana, embora não se observe uma tendência clara de aumento ou diminuição do escore de acordo com a carga horária semanal.

Comparação de Grupos

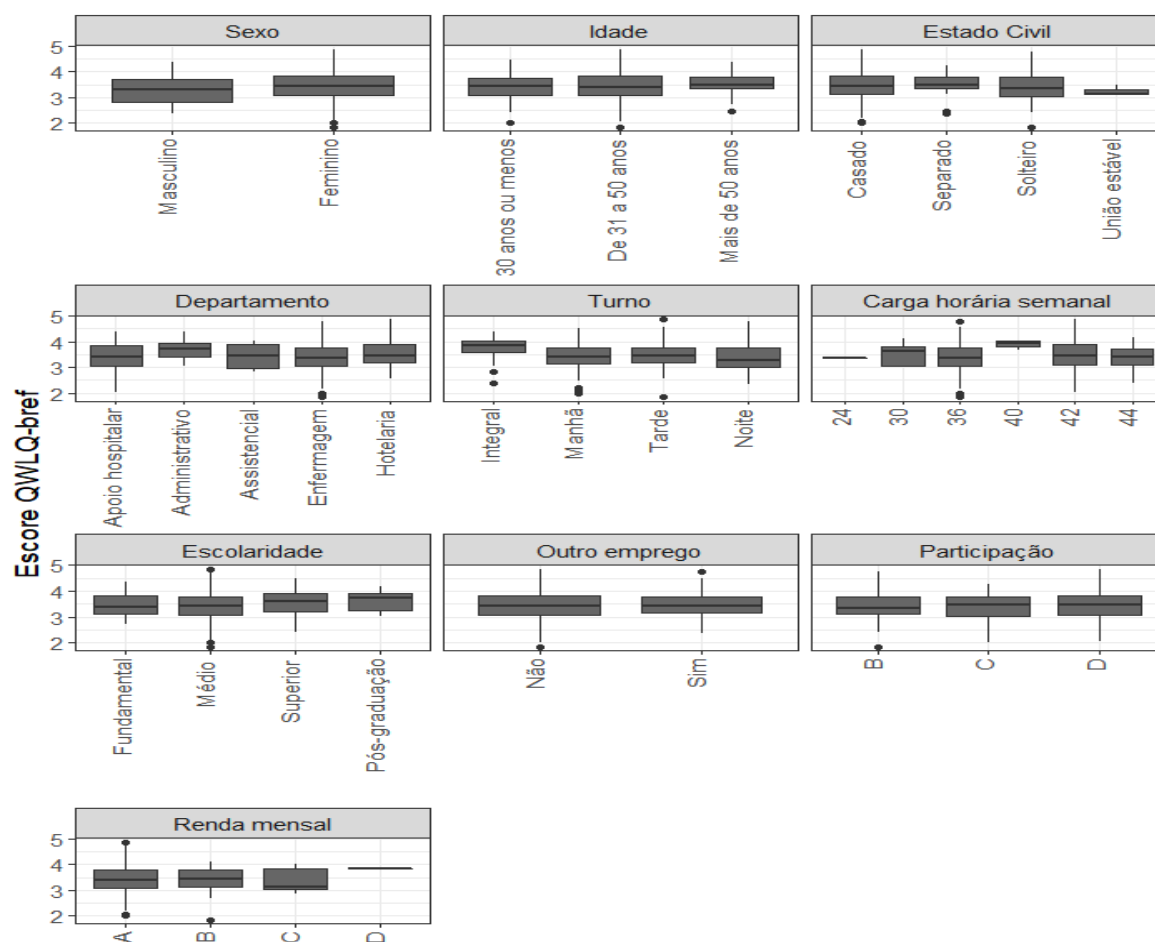


Figura 5– Boxplots dos escores do QWQL-bref entre os níveis dos fatores, obtidos pelos funcionários participantes da pesquisa.

O escore apresenta pouca variação de acordo com os níveis de escolaridade, embora a mediana do escore seja maior para aqueles com ensino superior ou pós-graduação. Quanto às demais variáveis em questão, referentes ao outro emprego, participação e renda mensal, não se observam grandes diferenças no escore do QWQL-bref de acordo com seus níveis.

De forma geral, o QWQL-bref apresenta uma amplitude de 3,01, com desvio padrão de 0,50 e coeficiente de variação de 14,41%. O resultado do QWQL-bref demonstra que o domínio pessoal obteve a maior pontuação média padronizada, enquanto a menor pontuação foi no domínio profissional. Percebe-se com os resultados homogeneidade nas respostas dos sujeitos da amostra e avaliando o nível de QVT por meio da classificação de Reis Júnior, (2008), com o valor de 61,17 para média padronizada dos quatro domínios

(físico\ saúde, psicológico, pessoal e profissional) considera-se um índice satisfatório de QVT para os funcionários da instituição hospitalar estudada.

4.2 Resultados Qualitativos

4.2.1 Apresentando as Categorias

Por meio do método de análise temática de conteúdo e de acordo com as informações obtidas por meio das entrevistas com os gestores, foram construídas quatro categorias que são apresentadas e discutidas a seguir:

1. Conhecimento do Gestor;
2. Determinantes da qualidade de vida no trabalho;
3. Influências e benefícios dos programas de promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho.
4. Contribuições do gestor e desenvolvimento de ações de promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho.

4.3 Conhecimento do Gestor

Em relação ao entendimento do conceito de Promoção da Saúde e seus objetivos, a análise das falas demonstra que a maior parte dos gestores participantes da pesquisa possui conhecimento sobre a temática. Para alguns, o entendimento tem estreita relação com a melhora das condições de vida a partir de mudança de hábitos e visando a ausência de doenças, conforme demonstram os discursos a seguir:

“São ações que nos levam a refletir sobre nossos hábitos de vida e como melhorá-los para se ter qualidade de vida”. (G10).

“É um processo de capacitação das pessoas para terem uma melhoria de sua saúde, trabalhar um estilo de vida saudável para se alcançar o bem estar”. (G12).

“É tudo aquilo que envolve o bem estar físico, mental e espiritual, seria promover a saúde no sentido mais amplo do além de não ter doenças, é a alimentação, é cuidar da pele, é o bem estar, saúde física, e cuidar do espírito”. (G6).

A concepção de PS tem uma definição ampliada de saúde, caracterizando-se por um agregado de estratégias e formatos variados de produzir saúde, tanto no contexto individual e coletivo. Neste sentido Aguiar et al., (2011), relataram em seu estudo que PS vai além da inexistência de doença e sim colaborar com o indivíduo a mudar o seu estilo de vida, direcionando o equilíbrio entre a saúde física, emocional, espiritual e intelectual.

Carvalho e Dias, (2011), afirmam que PS é realizada através do preparo dos indivíduos e comunidade de praticar uma ação ou atividade com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e saúde, participando dinâmica e ativamente do seu controle, por meio de estratégias de empoderamento.

Além disso, em alguns discursos observa-se um entendimento mais amplo da Promoção da Saúde, de forma a fazer referência a intersetorialidade e aos determinantes sociais, ademais, demonstram uma estratégia racional e intencional de suas ações com o objetivo de melhorar as condições sociais e qualidade de vida de indivíduos e comunidades. Nota-se que as falas vêm ao encontro com os pré-requisitos da Carta de Ottawa, no sentido amplo do conceito de saúde tendo como fundamento a Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, Ecossistema Estável, Recursos Sustentáveis, Justiça Social e Equidade (BUSS, 2000).

“Promoção da saúde, é difícil explicar, mas, seriam ações relacionadas à vida social, cultural, econômica, educação e até de políticas, que dão um resultado, é positivo para a saúde da pessoa, penso que tem relação com os determinantes sociais, tipo, uma renda que dá para viver, condições de moradia, uma alimentação saudável, acesso à educação a saúde, essas coisas”. (G13).

“Acredito que a promoção da saúde de um modo geral, envolve toda a sociedade, é algo organizado intencional para melhorar a vida do indivíduo, não só não tendo doença, mas também no acesso à educação, ao ambiente que se vive, a cultura, moradia, se têm água e esgoto, tudo mesmo que a pessoa não esteja passando por um problema de saúde, mas no sentido de poder influenciar na melhoria da vida da pessoa”. (G4).

Ratificando com o estudo de Silva et al., (2017), o conceito de promoção da saúde tem relação com a Carta de Ottawa, que faz referência a ações e estratégias junto a sociedade civil de forma a criar consciência e empoderar o indivíduo a ter uma participação ativa no processo de promoção da saúde.

Para a realização da promoção da saúde é extremamente importante conhecer as pessoas e as condições onde estes indivíduos estão inseridos. Lopes et al., (2013), relatam em seu estudo a importância da Inter e Multissetorialidade, com a aplicação de estratégias e ações educativas, capacitando a população para agir como promotora da saúde.

A PS vai além de uma aplicação de técnicas e de normas. Ela associa escolhas individuais com responsabilidade sociais pela saúde, correspondendo a uma estratégia de mediação entre as pessoas, comunidade e seu ambiente. Freitas e Mandu, (2010), referem-se a PS como ações intersetoriais, que além do setor da saúde, tem a participação de setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança, alimentação e outros. Esta permite ações individuais e coletivas direcionadas ao desenvolvimento de melhorias nas condições de vida e saúde.

No entendimento da diferenciação da promoção da saúde e prevenção da doença, mesmo estando evidente em alguns relatos, o reconhecimento da promoção no processo de prevenção, de forma geral os gestores conseguem diferenciar tais conceitos, inclusive apontando exemplos. Nas falas a seguir, a promoção da saúde não se retrata como uma definição reconstruída por meio do conceito de prevenção da doença. Mas, de maneira que a prevenção e promoção da saúde sejam complementares e não supressivas. Assim, ficando evidente o conhecimento dos gestores nas diferenças de PS e prevenção da doença.

“Promoção da saúde é uma mudança de atitudes, de modo a efetuar a gerar saúde e bem estar, a prevenção da doença é um conjunto de ações que antecipa determinados acontecimentos de doenças, ela nos

ajuda a planejar as precauções necessárias para que certos eventos de riscos e doenças não venham a acontecer”. (G7).

“Promoção da saúde são ações que fazem as pessoas terem mais saúde, ações que fazem as pessoas a terem hábitos de vida mais saudáveis, já a prevenção da doença, é, são ações direcionadas para que a pessoa não fique doente né, a promoção busca a saúde e a prevenção busca não adoecer”. (G13).

Com resultados opostos, Fracolli, Gomes e Grysshek, (2016), relatam que os gestores de saúde confundem o conhecimento de PS e prevenção no qual as ações de saúde ainda estão guiadas pelo modelo biomédico, assistencial e curativo.

Em estudo de Silva et al., (2017), realizado com gestores da Secretária Municipal de Saúde de Goiânia, 16% dos gestores pesquisados correlacionaram PS com prevenção, condicionando suas falas em ausência de doença nos trabalhadores, realizando, portanto, prevenção e tratamento.

No âmbito da Promoção da Saúde do Trabalhador, os gestores, em sua maioria, têm a compreensão de seus objetivos como algo benéfico ao trabalhador. Relacionam os objetivos com questões como diminuição de vulnerabilidades que o trabalhador possa estar sujeito diante de um agravo ou doença, empoderamento, autonomia e felicidade no trabalho e adoção de hábitos saudáveis. Promover a saúde do trabalhador deve ser um ponto considerado pelos gestores. Neste sentido, tendo conhecimento dos objetivos da promoção da saúde no trabalho e considerando que é neste ambiente que o trabalhador permanece a maior parte do tempo, é possível desenvolver estratégias baseadas em evidências em benefício do trabalhador.

Seguem algumas manifestações dos gestores relacionadas aos objetivos da PS:

“É gerar uma reflexão sobre as condições de trabalho e de saúde, no sentido de oferecer um bem estar ao funcionário e minimizar as vulnerabilidades que o trabalhador está sujeito”. (G10).

“É fornecer um ambiente de trabalho favorável que gere saúde ao trabalhador, pra que não adocece, não falte e consiga ter autonomia e ser feliz no trabalho”. (G11).

“Promover a saúde do trabalhador tem como ponto principal fazer com que o funcionário adote hábitos e comportamentos mais saudáveis de maneira que se empodere dessa mudança refletindo no trabalho”. (G13).

Ferreira e Matos, (2013), analisaram na literatura a efetividade de realizar PS no ambiente de trabalho e como resultados obtiveram que, além de praticável e importante o método de implementação de uma política de saúde do trabalhador, pois esta produz empoderamento ao indivíduo, tornando-o um ser ativo e participativo.

A fim de que o processo de mudança aconteça no contexto da vulnerabilidade, são necessários a adoção e o desenvolvimento de estratégias que alcancem a participação da população e do indivíduo, de forma a agregar consciência e força na condição de adquirir conhecimento para a estruturação das práticas de saúde (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010).

Sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT), os gestores, em sua maioria, entendem que possui estreita relação com o bem-estar do trabalhador e a satisfação no desenvolvimento de suas tarefas. Percebem que as boas condições no trabalho, sejam estruturais, materiais ou nas relações com o grupo e colegas de trabalho, levam à QVT, o que gera maior produtividade para empresa e satisfação ao trabalhador.

“A qualidade de vida no trabalho é a satisfação do funcionário no desenvolvimento do seu trabalho, é ter harmonia nas relações, ambiente adequado para desenvolvimento das atividades individuais e em equipe, são ações que geram melhorias nas condições de trabalho” (G10).

“Qualidade de vida no trabalho é uma mescla entre as necessidades que os funcionários têm no ambiente de trabalho, como condições propícias de espaço, estrutura, equipamentos, necessidades humanas básicas, tudo que vai trazer satisfação pro trabalhador, com o que a instituição espera do funcionário, que ele tenha produtividade e ofereça qualidade em seu serviço, seria a soma disso.” (G13).

A QVT vem cada vez mais ganhando destaque nas instituições, pois não só envolve os aspectos da saúde do trabalhador, mas também no planejamento econômico e social. No

estudo de Ribeiro e Santana (2015), conceitua-se QVT como idealização, condicionamento e aprimoramento no ambiente laboral tanto nas condições físicas, psicológicas e nas relações sociais, oportunizando ao trabalhador um ambiente agradável e humanizado.

Andrade et al., (2015), mencionam que a QVT retrata o bem-estar profissional e pessoal que os trabalhadores podem obter por meio de estratégias e ações desenvolvidas no ambiente laboral. Ainda, complementam que tais ações são positivas à empresa devido ao aumento da produtividade e fortalecimento organizacional, bem como ao trabalhador pelo aumento da satisfação e a manutenção de seu bem-estar físico e mental.

Alguns gestores, ainda, também relacionam a QVT com o desenvolvimento profissional e a relação interpessoal no ambiente laboral. Nas respostas dos gestores transparecem a importância da QV voltada ao trabalhador, seja no âmbito profissional ou das relações de trabalho. A QVT gera humanização no ambiente da empresa, é um incentivo às relações interpessoais de forma a contribuir para o trabalho em equipe e desenvolvimento profissional.

“Qualidade de vida no trabalho é ter um bom relacionamento com as pessoas no ambiente de trabalho”. (G8).

“Ah, qualidade de vida no trabalho é proporcionar o desenvolvimento profissional para o funcionário”. (G7).

Nos relatos de Bracarense et al., (2015, p. 546), observa que “o relacionamento interpessoal, a interação por meio do diálogo, embasada na amizade e na cumplicidade, nas equipes de saúde da família favorecem a realização do trabalho cooperativo e afetivo.”

No aspecto de desenvolvimento e valorização profissional, Buono et al., (2017), mencionam sobre essa necessidade, conforme segue:

[...] Com o mercado cada vez mais exigente, as empresas vêm sentindo a necessidade de investir mais em recursos humanos, acrescentando a seu capital o conhecimento originado através do investimento em capital humano qualificado, o qual agrega às empresas recursos de fundamental importância. A valorização do capital humano contribui para a melhoria na qualidade de vida dos funcionários. (BUONO et al., 2017, p. 922).

Valorizar o capital humano é fator imprescindível para QVT. As mudanças nas relações de trabalho voltando-as para relações de confiança e humanizadas trazem satisfação ao trabalhador.

4.4 Determinantes da Qualidade de Vida no Trabalho

Na visão dos gestores, os determinantes da QVT que foram citados, de forma geral, estão voltados para o suporte das necessidades fisiológicas, organizacional da empresa, reconhecimento, motivação, salário adequado à função desempenhada, autonomia e respeito à hierarquia da instituição, tratamento igualitário, estrutura e ambiente seguro, conforme transcritos alguns trechos das falas:

“Ter seus direitos respeitados, cumprir com os horários claro sempre que possível, por exemplo, o horário do café, almoço, janta, ter acesso com as chefias diretas e talvez, indiretas...tendo um bom relacionamento entre os mesmos.” (G2).

“Ter um ambiente de trabalho que proporcione o reconhecimento de seu trabalho, salário adequado à função desempenhada, um ambiente que evite doenças psicológicas, físicas.” (G5).

“É você respeitar os seus horários, se você tem um horário de café você vai tomar, se precisa ir ao banheiro, tomar água você vai, é o bom relacionamento com os colegas, o ambiente de trabalho.” (G8).

Conforme a teoria de Maslow (1924), o ser humano possui necessidades que podem ser elencadas em cinco níveis e ordenados em modelo de pirâmide. No alicerce da pirâmide das necessidades humanas estão às necessidades fisiológicas de segurança, em graus mais elevados da pirâmide se organizam as necessidades sociais, de estima e autorrealização. Sendo que na medida em que um ponto de necessidade é alcançado, mesmo que parcialmente, o próximo prevalece.

Percebe-se para os gestores, que o grupo das necessidades fisiológicas tem relevância para a QVT. Neste sentido, Ferreira, Demutti e Gimenez (2010) corroboram com esse achado mencionando a importância deste grupo:

[...] Este grupo é considerado mais preponderante que os outros, ou seja, se está faltando tudo na vida de uma pessoa, provavelmente, a sua motivação será baseada nas necessidades fisiológicas. Se todas as necessidades não estão satisfeitas e o organismo é dominado por uma das necessidades fisiológicas, as outras serão colocadas em segundo plano e todos os atos do ser humano serão para satisfazer tal necessidade fisiológica. Quando a necessidade fisiológica é atendida, surgem novas necessidades. As necessidades fisiológicas, quando satisfeitas, deixarão de existir como determinantes do comportamento e passarão a assumir o papel de necessidades potenciais, podendo surgir novamente se não forem satisfeitas. (FERREIRA; DEMUTTI; GIMENEZ, 2010, p. 6).

A fala dos gestores também trouxe como pontos que determinam a QVT, o respeito e a valorização profissional e ainda, sua relação com o ambiente de trabalho.

“Respeito e valorização do profissional, é ter um ambiente físico seguro e saudável para trabalhar, autonomia dentro de sua função, respeito à hierarquia e também tratamento igualitário.” (G9.).

Os aspectos físicos, ambientais e psicológicos do trabalhador têm relação com a QVT. O ser humano dentro das suas necessidades requer um relacionamento interpessoal favorável, reconhecimento por parte das chefias e devolução construtiva das atividades realizadas, pois favorece o bem-estar da empresa, além de aumentar o moral do trabalhador. (SÍMMONDS, 2015).

O estudo de Símmonds (2015) concorda com Ribeiro e Santana (2015) quando afirmam que os fatores mais mencionados que interferem na QVT são os sintomas físicos e psicológicos. No entanto, Ribeiro e Santana (2015) mencionam também como fatores determinantes para a QVT a estrutura física e o ambiente, as inadequações e falta de artigos médicos hospitalares, remuneração inferior ao trabalho prestado, dupla jornada de trabalho, subdimensionamento de profissionais e sobrecarga de trabalho.

O trabalhador é um conjunto biopsicossocial que interage às condições em que é colocado de maneira positiva ou negativa. Respondendo ao meio em que está inserido, sofrendo interferências dos processos instituídos, mesmo que voltados para melhorias no

ambiente laboral (MELLO; JESUS; MELLO, 2015). Diante desta perspectiva, entende-se a importância das instituições terem compreensão dos indicadores de QVT, de modo que possam trabalhar ações e programas que minimizem os determinantes geradores de situações negativas, e mais ainda, que o trabalhador reconheça confiança na empresa e em si mesmo, assim obtendo empoderamento para o desenvolvimento de ações favoráveis a QVT.

Ainda, segundo Mello, Jesus e Mello (2015) “observa-se que QV independe das categorias profissionais em que o ser humano está inserido, mas é possível e factível existirem peculiaridades específicas”.

O modelo de avaliação de QVT de Walton é considerado um modelo completo que engloba questões básicas do trabalho. Distribuídos em critérios, sendo a compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social na organização, constitucionalismo, o trabalho e espaço total de vida e relevância social da vida no trabalho. Sendo que os oito critérios possuem indicadores bem definidos e esclarecidos (WALTON, 1973).

Para os gestores entrevistados, a satisfação no ambiente de trabalho relacionada às pessoas ou processos foi citada, corroborando com o estudo de Walton (1973) que traz a insatisfação do trabalhador como ponto de atenção.

Satisfação com os colegas de trabalho, com o serviço desenvolvido com seus superiores, com a estrutura, porque essa satisfação traz a realização e gera a felicidade de trabalhar.” (G12).

“O que determina qualidade de vida no trabalho é promover um ambiente de harmonia de forma que tenha respeito, ajuda, determinando para eles a satisfação profissional.” (G7).

Silva, Furtado e Zanini, (2015, p.191), citam em seu estudo que “a insatisfação com o trabalho é um problema que afeta a maioria dos colaboradores, independentes de sua ocupação. O que acaba sendo prejudicial tanto para ele, quanto para a organização”.

Nesse sentido, Rueda, Lima e Raad, (2014, p. 134), enfatizam que para oferecer ao trabalhador condições de exercer seu trabalho em ambiente agradável e saudável e com satisfação é necessário aplicar na prática o conceito de QVT, visto que, “a satisfação

laboral diz respeito ao vínculo afetivo que o sujeito estabelece com o seu trabalho e com os aspectos a ele relacionados, como as relações interpessoais e profissionais, as condições do ambiente laboral e remuneração”.

4.5 Influências e Benefícios dos Programas de Promoção da Saúde para a Qualidade de Vida no Trabalho

Nesta categoria, os gestores retratam em suas falas as influências e os benefícios dos programas de promoção da saúde para a qualidade de vida no trabalho. Procurou-se nesses relatos identificar quais seriam as perspectivas dos gestores em relação ao trabalhador e aos empregadores.

De modo geral, expressam que a promoção de saúde no ambiente laboral tem relação com a QVT e influenciam e beneficiam na melhoria do clima organizacional e no sentimento de valorização profissional, que geram motivação no trabalhador, resultando em qualidade de vida no trabalho, conforme demonstra os trechos a seguir:

“Penso que ações de promoção da saúde no local do trabalho têm muita relação com a qualidade de vida no trabalho, porque essas ações acontecem no sentido de fortalecer o trabalhador, oferecer melhoria dos ambientes de trabalho, é, e também pensando na motivação né.” (G12).

“Funcionário acolhido, com saúde, ele vai se sentir motivado, engajado né, e esses programas vão diminuir certas doenças no funcionário e os afastamentos do trabalho, então pensar no bem estar do funcionário é agir pra que tenha qualidade de vida aqui.” (G7).

Ferreira e Matos (2013) afirmam que o ambiente laboral saudável é uma área importante para a promoção da saúde, sendo um meio capaz de ampliar o crescimento de indivíduos, comunidades e países, tornando-se um componente da qualidade vida.

As instituições quando estabelecem programas de Promoção da Saúde propiciam ao trabalhador maior defesa ao estresse, equilíbrio psicoemocional, maior incentivo, eficiência no trabalho, melhora da relação pessoal. Além do mais, a instituição é favorecida com o desenvolvimento de trabalho saudável e produtivo (OMS, 2010).

Em estudo de Silva (2014) que trata dos programas de promoção da saúde do trabalhador e suas influências, refere-se que para ter resultados positivos nos processos de

trabalho e qualidade dos produtos e serviços oferecidos, as empresas devem centrar sua atenção no talento humano, priorizando estratégias que levem ao bem-estar do trabalhador. Dessa maneira, utilizam-se dos programas de promoção da saúde do trabalhador que os levam à QVT e influenciam positivamente, tanto na empresa como nos trabalhadores.

Neste aspecto, percebe-se que os gestores acreditam em resultados benéficos para ambos, sendo mencionados principalmente pontos como o bem-estar do trabalhador, o aumento da produtividade e a redução de custos.

“Contribui sim, pois o funcionário evita atestados e consequentemente melhora o desenvolvimento e a produtividade, vai apresentar bons resultados porque se sente valorizado.” (G10).

“O funcionário vai trabalhar mais feliz, a partir do momento que está bem de saúde tá de bem com a vida, ou seja, um trabalhador saudável vai produzir mais, não vai faltar, especialmente num hospital que quando vai atender um paciente ele transparece no atendimento sua condição de estar ou não estar bem.” (G8).

“O funcionário estará saudável, se ele tem uma saúde boa, tanto física e mental, ele terá condições de estar produzindo mais e evitando desperdícios por vontade própria.” (G6).

“Quanto mais saudável o funcionário, a tendência é que melhore a sua produtividade e automaticamente, os gastos também reduzem, pois funcionário que não se sente bem irá pegar atestado.” (G2).

Andrade, Andrade e Leite (2015) relatam que a QVT favorece um ambiente confortável e humanizado, melhora as relações interpessoais e eleva o grau de satisfação do trabalhador pela empresa, sendo uma via de mão dupla, atendendo as necessidades do trabalhador (físico, psico e social), bem como da instituição, principalmente no que diz respeito à produtividade, redução de afastamentos (absenteísmo) e custos com saúde, custos provenientes da rotatividade de funcionários.

Sob a ótica do empregador, programas de promoção da saúde possuem relevância pela dependência entre as boas condições no ambiente laboral e a produtividade. Disponibilizando condições adequadas, o trabalhador estará motivado para o desenvolvimento de suas atividades e como resultado, as metas definidas pela empresa serão alcançadas bem como o aumento na produtividade. Em suma, os programas de promoção da saúde levam a QVT e geram benefícios na empresa, além de serem considerados de baixo custo, reduzem o absenteísmo e custos associados à assistência e à

saúde do trabalhador, de forma a retratar positivamente na rotatividade e produtividade (FERREIRA; MATOS, 2013).

Apoiando-se na perspectiva do trabalhador, com foco em princípios básicos que buscam a proporcionalidade entre bem-estar do trabalhador e produtividade dos ambientes organizacionais, o êxito dos programas de promoção da saúde e QVT acontecem, segundo Ferreira et al., (2011), a partir da mudança de pensamento dos gestores para uma ação diferente e a indissociabilidade entre produtividade e bem estar, que estaria centrado na ideia da produtividade positiva como um dos modos de ser feliz no contexto do trabalho.

4.6 Contribuições do Gestor e Desenvolvimento de Ações de Promoção da Saúde do Trabalhador e Qualidade de Vida no Trabalho.

Esta categoria buscou identificar as contribuições do gestor em relação à PS do trabalhador e QVT. Ao serem questionados sobre como contribuem na instituição que atuam, foi percebido que não existem ações organizadas e pensadas nesses aspectos. Dos treze gestores participantes, apenas quatro mencionaram que em relação à promoção da saúde do trabalhador, a contribuição era pequena ou até ausente, conforme apresentam os trechos das falas:

“Nossa, pensando agora, acho que eu contribuo muito pouco, é até difícil de falar, porque nunca pensei dessa maneira, como promoção da saúde”. (G13).

“Eu acho que na instituição que eu atuo, verdadeiramente, não contribuo com a promoção da saúde do pessoal”. (G3).

Promoção da Saúde e QVT são ações indispensáveis para o gestor desenvolver no ambiente de trabalho, para que o profissional execute suas atividades com sucesso, satisfação e bons resultados. Costa e Meiriño (2016) mencionam que é essencial que os responsáveis pela gestão tenham como prioridade os recursos humanos, dar valor as pessoas e por meio do exercício de sua liderança possibilitando a atuação do trabalhador neste processo. O gestor contemporâneo utilizando-se do método de liderança adequado

deve cuidar de seus trabalhadores zelando pelo bem-estar e mantendo um ambiente lucrativo.

De modo geral, a maior parte dos gestores apontou em suas entrevistas, formas de contribuições para PS e QVT voltadas para a valorização, motivação e escuta do trabalhador, ambiente e clima agradáveis, controle do estresse, orientações para hábitos de vida saudáveis, entre outros, conforme segue nas falas:

“Eu procuro ter uma boa comunicação com o meu pessoal, fazer com que eles tenham autonomia dentro de suas funções, motivo eles para terem hábitos saudáveis, porque eu acredito que não tem como separar a qualidade de vida no trabalho do restante de sua vida, sempre procurando manter um ambiente agradável.” (G12),

“Eu trabalho muito com a escuta, para daí poder atender as necessidades do pessoal e também pensar em estratégias de melhorias, mas se for pensar em ações concretas não realizo nada eu acho.” (G10).

“Procuro trabalhar com funcionário a questão do estresse que a atividade laboral pode gerar no colaborador.” (G1).

“Como gestora, a contribuição pra qualidade de vida no trabalho, é principalmente, colocar o funcionário em primeiro lugar”. (G6).

Gestores que se preocupam e valorizam seus trabalhadores terão mais êxito na realização de suas atividades.

Cogo (2014) apontou que a grande maioria dos trabalhadores sente-se satisfeita em poder expressar sua opinião ao seu líder, da mesma forma consideraram o ambiente agradável sendo um lugar bom de trabalhar. Com relação à saúde física e mental, segundo o autor, a grande maioria sofre influências do ambiente laboral ao longo do tempo, podendo desenvolver alguma patologia. Por isso, a importância em proporcionar um ambiente de trabalho seguro e motivador.

Em relação aos programas de promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho, apenas dois dos treze participantes relataram que não existem qualquer programa ou ações na instituição. De forma geral, os gestores mencionaram a existência de

ações e relataram que acontecem de maneira isolada e não caracterizadas como programas vinculados a esta temática, mas que as consideram nesse sentido.

“Contemplados como programas ainda não, mas ações pontuais que representam algum resultado de melhoria para o funcionário sim, como, por exemplo, a reorganização do refeitório com melhoria no ambiente, as refeições oferecidas no refeitório estão mais saudáveis e também foi disponibilizado geladeira e micro-ondas para o funcionário trazer sua comida de casa.” (G1).

“Estão entrando pessoas que enxergam o trabalhador como um importante capital do hospital, algumas coisinhas aqui ali já estamos até vendo, melhoraram o refeitório, estão readequando o quadro de funcionários que estava bem reduzido, principalmente da enfermagem né, os funcionários em geral estão sendo escutados e na medida do possível atendidos.” (G13).

“O que eu vejo na empresa de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, são as questões relacionadas à segurança do trabalhador que exercem suas funções oferecendo os equipamentos necessários, EPIs para o trabalho, a busca por palestras de incentivos para o funcionário melhorar a sua vida.” (G6).

“Temos o PCMSO que é o programa de controle médico de saúde ocupacional, periódicos, orientações quanto à segurança do trabalho, ginástica laboral.” (G11).

“Expressos como programas não. Mas sempre temos algumas ações, como palestras de motivação, liderança, desenvolvimento pessoal e profissional, o refeitório agora tem cardápio balanceado, ginástica laboral.” (G9).

Percebe-se na leitura dos relatos que as ações e programas de promoção da saúde e QVT podem melhorar a saúde do funcionário, podendo impactar na mudança de hábitos e consequentemente na redução das doenças crônicas não transmissíveis e também no absenteísmo. O estudo de Carvalho e Dias (2012) menciona ser de grande relevância integralizar Promoção da Saúde com Saúde Ocupacional (SO) e a atuação favorável de

políticas saudáveis e intervenções ambientais consolidam a estruturação da saúde dos trabalhadores.

A OMS, 2011, esclarece que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade e carga de doença na maioria dos países do mundo. As DCNT responsáveis pela maioria desses óbitos se classificam em quatro grupos de doenças, sendo cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes.

Em estudo de SOÁREZ et al., 2016, menciona que:

[...] Confrontado com o crescimento exponencial dos custos de saúde, muitos empregadores estão a implementar programas de promoção da saúde baseadas em evidências, incluindo programas de redução de risco individuais, ligados ao apoio ambiental para comportamentos saudáveis, coordenados e integrados em outras atividades relacionadas com o bem-estar, o que tem se mostrado a estratégia mais eficiente para reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas.” (SOÁREZ et al., 2016, p.236).

Os programas de promoção da saúde e QVT devem abranger a intersetorialidade, tendo seu desenvolvimento na interdisciplinaridade e transversalidade em toda a organização de modo a promover estilos e comportamentos de vida saudáveis, contribuindo para redução dessas doenças. O acompanhamento das DCNT deve ter atuação do setor saúde para desenvolvimento no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação da saúde, bem como na determinação de parcerias com setores públicos como educação, agricultura, meio ambiente e outros (NARDI; PALMA, 2015).

Neste ângulo, Hyeda e Costa (2017) revelam que as DCNT estão presentes em indivíduos economicamente ativos e podem intervir na saúde ocupacional dos trabalhadores, tendo como consequências o absenteísmo, doenças e acidentes no ambiente laboral e diminuição da produtividade.

Segundo a OIT, o serviço de PS da instituição é dado por meio do programa de controle médico e saúde ocupacional (PCMSO), vigente pela consolidação das leis de trabalho (CLT) por meio da norma regulamentadora nº 07 (NR-07), com vistas a promover a SO dos trabalhadores (BRASIL, 1978). A mesma não deve ser cumprida apenas por exigência legal, mas por exercer de maneira efetiva seu objetivo que é a segurança e saúde do trabalhador.

As estratégias de PS e QVT devem ser realizadas com base em evidências científicas e ofertadas aos trabalhadores de forma organizada. Vários são os programas que

podem ser utilizadas, como campanhas educativas, programas antitabagismo, prevenção ao alcoolismo, palestras de motivação, informações sobre hábitos de vida saudável, encontros em grupos, oferta de refeições saudáveis no local de trabalho, parceria e incentivo a prática de atividade física e programas que minimizam o estresse (SILVA, 2014).

As questões de promoção da saúde, acima discutidas, estão sintetizadas na figura 7. Pôde-se observar que quando os gestores falam sobre promoção da saúde, seu foco está no trabalho do funcionário, no sentido de desenvolver ações para a PS, por meio de programas e ações de prevenção a doenças, palestras sobre comportamentos saudáveis – com ênfase nas questões de alimentação, elementos de motivação como fatores de aumento de produtividade no ambiente de trabalho.



Figura 6 – Nuvem de palavras construída a partir das entrevistas com gestores sobre Promoção da Saúde do Trabalhador.

Observam-se por meio da Figura 8 as questões de QVT acima discutidas. Quando os gestores falam sobre qualidade de vida no trabalho, apontam, de modo geral, para o trabalho do funcionário na perspectiva da implementação de programas e ações na empresa que levem a um ambiente motivador, feliz e que traga satisfação e respeito profissional.



Figura 7 – Nuvem de palavras construída a partir das entrevistas com gestores sobre Qualidade de Vida no Trabalho.

Ainda, eles pensam a QVT como ações relacionadas às condições do ambiente de trabalho, conhecimento e desenvolvimento da equipe. Assim, volta-se para um processo de valorização do colaborador em que o gestor tenha uma posição de escuta e atenção ao colaborador, no sentido de proporcionar um aumento da competitividade e produtividade para a organização, mas também benefícios ao trabalhador.

5 CONCLUSÃO

A promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador aparecem como oportunidades para gestores de instituições hospitalares pensarem em estratégias qualificadas para o processo de capacitação do funcionário. Sabe-se das necessidades de condições adequadas para as pessoas desenvolverem seu melhor potencial, assim os programas de promoção da saúde devem estar organizados e consolidados em ações que tenham um alto impacto na saúde do trabalhador e que resultem em mudanças de comportamento e hábitos de vida para o alcance da qualidade de vida no trabalho.

O intuito deste trabalho científico constitui-se em avaliar a abrangência das intervenções de promoção de saúde adotadas em instituição hospitalar, bem como a percepção dos gestores hospitalares sobre a promoção da saúde e ainda, identificar o nível de qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição de saúde.

A instituição estudada, embora, de forma não organizada em programas, desenvolve práticas em promoção da saúde no ambiente de trabalho hospitalar com níveis de impacto bom, muito bom e ótimo. Assim, tornando-se evidente que estratégias devem ser traçadas e organizadas para que as ações desenvolvidas institucionalmente e praticadas pelos trabalhadores sejam as de melhor nível de impacto e que alcancem as 12 seções, já que em quatro foram identificadas ausência de qualquer tipo de atividade.

As práticas de promoção da saúde que mais foram desenvolvidas no hospital estudado, estavam àquelas centradas em ações de gerenciamento do estresse, resposta a emergência em caso de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco e controle do tabagismo. Além disso, torna-se necessário que as ações de promoção da saúde caminhem para uma significativa reorganização que resultem em um alto impacto na condição de saúde do trabalhador, e consequentemente, ocorram às mudanças necessárias para um comportamento de vida saudável.

Averiguou-se também que as lacunas existentes nas ações de Promoção da Saúde, em especial as que possuíam relação com doenças cardiovasculares, ainda são muitas. Atividades relacionadas ao controle do peso, pressão arterial alta, colesterol alto e diabetes não são praticadas em nenhum nível de impacto na instituição. A divulgação de conhecimento sobre doenças cardiovasculares e seus fatores de risco é de suma

importância para a saúde dos trabalhadores, sendo tão fundamental que se faz necessário, os gestores se qualifiquem para atuarem nessas questões.

No que compete à qualidade de vida dos trabalhadores, consoante ao QWLQ-bref, os funcionários possuem um índice geral satisfatório. No entanto, em relação ao domínio profissional que obteve o menor escore dos quatro domínios e indicou um índice neutro de satisfação, deve-se voltar à atenção para verificar que ações geram bem-estar e influenciam positivamente a qualidade de vida dos funcionários, de modo a serem planejadas e implantadas na instituição.

Cabe destacar que a instituição possui ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador que possuem efetividade. Os gestores detêm algum conhecimento sobre promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho, porém infere-se que as ações ainda são incipientes.

Todavia, faz-se necessário que os gestores tenham qualificação, para que possam compreender o termo, promoção da saúde, da forma mais próxima possível do encontrado na Carta de Ottawa, e assim conhecendo profundamente este marco teórico e conceitual, coloquem-no em prática. Buscando a implementação das atividades no âmbito intersectorial para melhoria das condições de vida, visando o bem-estar do trabalhador, as boas relações no ambiente laboral, à motivação e, conseqüentemente, a maior produtividade para a instituição é primordial.

Além do mais, esta pesquisa identificou a escassez de ações sistematizadas que tem por meta contemplar todos os contextos da promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador. Foram percebidas ações isoladas, fragilizadas e de maneira descontinuada, não podendo ser consideradas programas, apesar dos esforços dos gestores do hospital analisado.

Em síntese, é perceptível e fundamental a necessidade de um planejamento para implantação de estratégias fidelizadas dentro de um processo continuado, sólido e empoderado para atender as diferenças. Embora, a presente pesquisa estabeleça limites de um estudo de caso, acredita-se que futuras investigações possam considerar também investigações entre diferentes instituições da mesma ou de diferentes áreas de atuação para efeitos de comparações de qualidade de vida e práticas de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F. S. S. Cuidar de quem cuida: Saúde do Trabalhador num cenário de precarizações. **VÉRTICES, Campos dos Goytacazes**. Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 121-139, set./dez. 2013. DOI: 10.5935/1809-2667.20130034. Disponível em <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.20130034>. Acesso em 20 de Julho 2016.
- ALVES, E. F. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho: possibilidades e limites das organizações. Faculdades Integradas de Itararé – **Revista eletrônica fafit/facic**. Itararé – SP – Brasil v. 02, n. 01, jan./jun. 2011, p. 14-25.
- ANDRADE, K. O., ANDRADE, P. O., LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.1, Janeiro, 2015. ISSN 19883 – 6708.
- AGUIAR, A. S. C., MARIANO, M. R., ALMEIDA, L. S., CARDOSO, M. V. L. M. L., PAGLIUCA, L. M. F., REBOUÇAS, C. B. A. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm USP** 2012; 46(2):428-35 www.ee.usp.br/reeusp/.
- ANDRADE, K. O., ANDRADE, P. O., LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão da literatura. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, Pub.1, Janeiro 2015.
- ALMEIDA, A. N. F.; GURGEL, E. R. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 4, p. 216-222, out./dez. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 281p.
- BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, p.53-58, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2728/GM de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1823 de 23 de agosto de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 20 de setembro de 2016.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Programa nacional de humanização e assistência hospitalar**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1125/GM, de 06 de julho de 2005**. Dispõe sobre os propósitos da Política de Saúde do Trabalhador para o SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora NR 32, que dispõe sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 nov. 2005. Seção I.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria no 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho**. Diário Oficial da União; 1978. Acesso em 01/11/2017.

BRACARENSE, C. F.; COSTA, N. S.; DUARTE, J. M. G.; FERREIRA, M. B. G.; SIMÕES, A. L. A. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, 2015;19(4):542-548.

BUSS, M. C. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e saúde coletiva**. 5(1):163-177, 2000.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 7ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2012.

BUONO, C. V. S.; SANTOS, I. S.; SANTOS, M. L. S.; LARA, C.A. Qualidade de Vida no Trabalho. **Rev. Conexão Eletrônica** – Três Lagoas, MS, 2017, v. 14, n. 1, p. 915-926.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc Cuid Saude**, 2008; Abr/Jun; v. 7, n. 2, p. 232-240. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/File/5010/3246>. Acesso em 16 de setembro de 2016.

CAMPOS G.W., BARROS R. B., CASTRO A. M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Ciência e saúde coletiva**. 2004;9(3):745-9.

CARDOSO, A. A. **A Política neoliberal no Brasil e sua implicação na estrutura de propriedade de empresas de capital aberto privatizadas**. Curitiba, 2012. 120f. Dissertação (Pós-Graduação em Organizações, Empreendedorismo e Internacionalização) – Universidade Positivo.

CARVALHO, A. M. O impacto da tecnologia no mercado de trabalho e as mudanças no ambiente de produção. **Evidência**, Araxá, n. 6, p. 153-172, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/215-812-1-PB%20(1).pdf Acesso em: 08/10/2016.

CARVALHO, A. F. S., DIAS, E. C. Promoção da saúde no local de trabalho: revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 25(1): 116-126, jan./mar., 2012.

CARVALHO, A. B.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. **Revista Psicólogo informação**, v. 15, n. 15, p. 143-154, 2011. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/3175/3049>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

CATÃO, M. O. Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. **Estrutura hospitalar moderna**. p. 101-138. ISBN 978-85-7879-191-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 de setembro de 2016.

CEZAR, F. G. O processo de elaboração da CLT: histórico da consolidação das leis trabalhistas brasileiras em 1943. **Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, 2008, ano 3, n. 07. Disponível em: <http://institutoprocesso.com.br/2012/wp-content/uploads/2012/07/3%C2%BA-artigo-Frederico-Gon%C3%A7alves.pdf>. Acesso em 12 de novembro de 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, and Related Health Conditions. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2014.

CHEMERETA, M.; PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; KOVALESKI, J. L. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 03, n. 01, jan./jun. 2011, p. 01-15 Disponível em <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/758> Acesso em 12 de novembro de 2016. DOI: 10.3895/S2175-08582011000100001

COGO, L. **Qualidade de vida no trabalho: um diferencial dentro das organizações. Pós graduação em Gestão de Recursos Humanos** – Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC Campus de Videira. Disponível em: www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/Lucila-Cogo.pdf Acesso em 14/11/2017.

COUTO, Priscila Roriz; PASCHOAL, Tatiane. Relação entre ações qualidade de vida no trabalho e bem estar laboral. **Psicol. Argum.**, Curitiba, jul./set. 2012, v. 30, n. 70, p. 585-593.

COSTA, P. H. F.; MEIRIÑO, M. J. **O papel do líder na gestão de qualidade de vida do trabalho.** XII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 29 e 30 de setembro de 2016. ISSN 1984-9354.

DAUBERMANN, DC, TONETE VLP. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da atenção básica à saúde. **Acta paul. enferm.** [Internet] 2012;25(2). Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n2/a19v25n2.pdf>. Acesso em 27 abril de 2016.

DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943. **Aprova as Consolidações das Leis de Trabalho.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm Acesso em 14 de novembro de 2017.

DIEHL, C. A.; SOUZA, M. A.; DOMINGOS, L. E. C. O Uso Da Estatística Descritiva Na Pesquisa Em Custos: Análise Do XIV Congresso Brasileiro De Custos. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 7, n. 12, 2º semestre 2007.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. L. M.; BENSON, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; BARRETO, A. V. S. M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para Enfrentamento e Investigação. **Rev. Saúde Pública**; 46 (Supl.)126-134, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf> Acesso em 29 de janeiro de 2018.

FERNANDES, J S., MIRANZI, S. S. C., IWAMOTO, H. H., TAVARES, D.M.S., SANTOS, C.B. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP.** [Internet] 2012; 46(2).Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200019>. Acesso em 20 de setembro de 2016.

FERREIRA, A., DEMUTTI, C. M., GIMENEZ, P. E. O. **A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho.** XIII Semead – Seminário em Administração. Setembro, 2010. Programa de Pós-Graduação em Administração da FEA/USP. ISSN 2177-3866.

FERREIRA, F. T. **Gestão em saúde: a importância da qualificação administrativa na atuação de gestores em instituições de saúde.** XI Congresso Nacional De Excelência Em Gestão, Agosto de 2015. ISSN 1984-9354.

FERREIRA, R. R., FERREIRA, M. C., ANTLOGA, C. S., BERGAMASCHI, V. Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo (RAUSP)**, 44(2), 2009. Disponível: www.rausp.usp.br/download.asp?file=V4402147.pdf Acesso em 27 outubro de 2017.

FERREIRA, E. V.; AMORIM, M. J. D. M.; LEMOS, R. C.; FERREIRA, N. S.; SILVA, F. O.; FILHO, J. R. L. Absenteísmo dos Trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. **Rev Rene**, 12(4):742-749, 2011. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/4330/3325> Acesso em 22 de janeiro de 2018.

FERREIRA, I. O.; MATOS, S. S. Promoção de saúde no trabalho: uma estratégia de educação para saúde. **R. Enferm. Centro Oeste Mineiro**. 2013 mai/ago; 3(2):732-745. Disponível em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/364> Acesso em 06 de outubro de 2017.

FRACOLLI, L. A., GOMES, M. F. P., GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.919-927, 2014. DOI 10.1590/S0104-12902014000300015.

FREITAS, M. L. A., MANDU, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.** [online]. 2010, vol.23, n.2, pp.200-205. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200008> Acesso em 10 de julho de 2017.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. P. 135.

GARIBALDI, D.G.J., VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002, v.7, n. 2, ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>. Acesso em: 12/10/2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, F.N., MIRANDA, A. S., NEVES, A., SANTOS, L. D. C., CONCEIÇÃO, M. G., BARREIRA, M. C., CHAGAS, R. S., MATTOS, R. G. C. A Importância Da Qualidade De Vida No Trabalho E Sua Influência Nas Relações Humanas. **Anuário de**

Produções Acadêmico-Científicas dos Discentes da Faculdade Araguaia, v. 2, n. 2 (2013). ISSN 2238-6378.

GUIRALDELLI, R. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 101-115, jun. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000200008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 02 dezembro 2016.

HAUSER, M. W. Análise da qualidade de vida no trabalho em operários da construção civil da cidade de Ponta Grossa, utilizando o Diagrama de Corlett e Manenica e o questionário Quality of Working Life Questionnaire – QWLQ – 78. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2012. Disponível em <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/1466> Acesso em 10 de novembro de 2017.

HYEDA, A.; COSTA, E. S. M. A relação entre a ergonomia e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco. **Rev Bras Med Trab.** 2017; 15(2):173-81.

HYEDA, A.; COSTA, E. S. M.; SBARDELLOTTO, F.; FERREIRA, J. C. C. A aplicação da arquitetura de informação na gestão dos riscos das doenças crônicas em trabalhadores: uma análise preliminar. **Rev Bras Med Trab.** 2016;14(1):29-36. Disponível em <http://www.rbmt.org.br/details/19/pt-BR/a-aplicacao-da-arquitetura-de-informacao-na-gestao-dos-riscos-das-doencas-cronicas-em-trabalhadores--uma-analise-preliminar> Acesso em 29 de janeiro de 2018.

IGLESIAS, A., DALBELLO-ARAÚJO, M. As concepções de Promoção da Saúde e suas implicações. **Cadernos de Saúde Coletiva**, 2011, Rio de Janeiro, 19(3): 291-8.

LACAZ, F.A.C. **Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994**. Brasília, mar. 1994. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

LARA, R. Saúde Do Trabalhador: Considerações A Partir Da Crítica Da Economia Política. **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011

LEAL, L. A.; CAMELO, S. H. H.; ROCHA, F. L. R. et al.. A promoção da saúde da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. **Rev Rene.** 2015 set-out; 16(5):762-72. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2849/2214>. Acesso em 03 de setembro de 2016.

LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017. Altera as Consolidações das Leis do Trabalho. Disponível em <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-13467-2017.htm> Acesso em 14 de novembro de 2017.

LINCH, G.F.C; GUIDO, L.A; UMANN, J. Estresse e profissionais da saúde: produção do conhecimento no centro de ensino e pesquisas em enfermagem. **Cogitare Enferm.** 2010 Jul/Set; 15(3):542-7. Acesso em 29 de novembro de 2018. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/18901/12209>

LOPES, M. S. V., MACHADO, M. F. A. S., BARROSO, L. M. M., MACÊDO, E. M. T., COSTA, R. P., FURTADO, L. C. S. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Rene.** 2013; 14(1):60-70.

LUZ, A. F., SANTIN, J. R. As relações de trabalho e sua regulamentação no Brasil a partir da revolução de 1930. **História**, Franca, v. 29, n. 2, p. 268-278, Dez. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742010000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-90742010000200015>

MARINHO, F. H.; SANTUCCI, D; MARIANO, M. Liberdade de expressão, até onde se pode ir? Estudo de caso sobre a repercussão da demissão do jornalista Gladimir Nascimento. **Comunicação**, v. 1, n. 8, 2010. Cadernos da Escola de Comunicação, Curitiba, 08: 13-40 vol.1 ISSN 1679 – 3366 Disponível em <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernoscomunicacao/article/view/1977> Acesso em 03 de fevereiro de 2018.

MARTINHO, Mariângela R. As transformações no mundo do trabalho e suas repercussões na saúde do trabalhador. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, agosto 2015. Disponível: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/as-transformacoes-no-mundo-do-trabalho-e-suas-repercussoes-na-saude-do-trabalhador.pdf> Acesso em: 15/08/2016.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H.; BOERY, E. N.; SENA, E. L. S. Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Espaço Para A Saúde**. Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 72-81, Dez. 2013.

MATOS, E., PIRES, D. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Jul/Set; 15(3):508-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17>. Acesso em: 15/10/2016.

MASLOW, Abraham H. **Motivation and personality**. Nova York: American Management Association, 1924.

MATTKE, S., SCHNYER, C., VAN BUSUM, K. R. A Review of the U.S. Workplace Wellness Market. Santa Monica-CA: **RAND** Corporation, 2012.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 3, p. 447-448, June 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 novembro de 2016.

MEDEIROS, L. F. R., Ferreira, M. C. Qualidade de vida no trabalho: uma revisão da produção científica de 1995- 2009. **Gestão Contemporânea**. [Internet] 2011; 8(9). Disponível: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1359565902.29-arquivo.pdf> Acesso em 27 abr de 2016.

MELO, S. N. **Meio Ambiente do Trabalho: direito fundamental**. São Paulo: LTR, 2001.

MELLO, J. A. V. B.; JESUS R. H. G.; MELLO, R. J. A. As dimensões da qualidade de vida no trabalho expressas nas diretrizes organizacionais: um estudo sob a perspectiva de Walton. **R. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 7, n. 1, p. 38-47, jan./mar. 2015.

MELO C.F.; ALCHIERI J.C.; ARAÚJO NETO J.L. Avaliação do perfil técnico-profissional de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(7):4670-80, jul., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11717/13938> Acesso em 14 de novembro de 2017.

MIRANDA, Carlos R. **Inspeção do trabalho, epidemiologia e segurança e saúde no trabalho**. 98 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MINAYO MCS. **O Desafio da Pesquisa Social**. In: Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 31ªed. ED. Vozes, Rio de Janeiro, 2012, p. 9-29.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 732, 1999.

MORAIS, J. A., SILVA, J. M. T. S., HADDAD. M. C. F. L., CAVALCANTE, P.S. Processo De Contratação Coletiva De Trabalhadores Em Hospital Público De Média Complexidade. *R. Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2014, maio/ago; 4(2):1173-1184.

NASCIMENTO, A. B., LASEVICIUS, C. A., SANTOS, G. A. A. Competências Necessárias À Formação Do Gestor Hospitalar: Contribuição Dos 4 Pilares Da Educação De Delors. Cadernos de Educação Tecnologia e Sociedade, Inhumas, v.9, n.1, p. 15-27, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.14571/cets.v9.n1.15-27>.

NARDI, C. F. F., PALMA, D. L. Bem Estar No Trabalho: Contribuições À Prática Social Nas Empresas. Revista Científica Tecnológica, Santa Catarina, 2015, v. 2, n. 1, p. 119-135.

NETO, S. C. A contribuição da administração para o desenvolvimento das organizações. **Revista Eletrônica de Administração - FACEF**, Franca, v. 1. ed. 1. p. 1-24. Julho a Dezembro de 2002. Disponível em <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/viewFile/163/18> Acesso em 02 de dez de 2016.

OGATA, Alberto José N. Programas de promoção da saúde que funcionam nas empresas. In: OGATA, Alberto José N; O'DONELL, Michael P. **Promoção da saúde nas empresas. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS**. 2012. Disponível em: <http://www.iess.org.br/promosaudeogata&odonnell.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Trad. Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório Mundial sobre as doenças não transmissíveis**. Geneva: WHO, 2011.

OLIVEIRA, B.; DE MARTINO, M. M. F. Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 34, n. 1, p. 30-36, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100004 Acesso em 25 de janeiro de 2018.

OLIVEIRA, J.S.,WALTER, F., PINHO,M.A.B.; AMORIM, T.N.G.F. Qualidade De Vida No Trabalho: Um Estudo Sobre A Avaliação Por Agentes De Segurança Penitenciária. **Revista Eletrônica do Mestrado em Administração da Universidade Potiguar – RAUnP**. v.5, n.2, abr./set. 2013.

OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, A. L.; GOMES, M. J.; BITTAR, T. O.; PEREIRA, A. C. Gênero e qualidade de vida percebida - estudo com professores da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):741-747, 2012. Disponível em <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334023> ISSN 1413-8123. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

PERES, C. M., SUZUKI, K. M. F., AZEVEDO-MARQUES, P.M. Recursos tecnológicos de apoio ao ensino na saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(3): 224-32. Disponível em http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/simp3_Recurso-tes-ecnologicos-de-apoio-ao-ensino-na-saude.pdf

PIRES, D. E. P., BERTONCINI, J. H., TRINDADE, L. L., MATOS, E., AZAMBUJA, E., BORGES, A. M. F. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):157-68

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

PEDRAZA, A. M., BELTRÁN, C.A., SERRANO, M. L. P., ABUNDIZ, S. V. Calidad de vida laboral em trabajadores de La salud, Tamaulipas, México 2010. 2011. **Cienc. Trab.**2011; 13(39).11-16.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1 (1):75-91, 2002.

PINOCHET, L. H. C., LOPES, A. S., SILVA, J. S. Inovações e Tendências Aplicadas nas Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão da Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 11-29, dec. 2014. ISSN 2316-3712. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/88/139>>. Acesso em: 01 Dezembro de 2016. Doi:<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v3i2.88>.

RAMOS, E. L., SOUZA, N. V. D. O., GONÇALVES, F. G. A. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **J.res.: fundam. care**. 2014. abr./jun. v. 6, n. 2, p. 571-583.

R DEVELOPMENT CORE TEAM., **R: a language and environment for statistical computing**. **R Foundation for Statistical Computing**: Vienna, Austria, 2016. Disponível em:<<http://www.R-project.org>>.

REIS JUNIOR, D. R. **Qualidade de Vida no Trabalho: Construção e validação do questionário QWLQ-78**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Ponta Grossa. Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Ponta Grossa, 2008.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo ,

v. 45, n. 2, p. 334-341, Apr. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng=en&nrm=iso Acesso em 4 de fevereiro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200005>.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. Revista de Iniciação Científica, Jun. 2015, Vol 02, nº 02, p. 75-96, ISSN 2258-1166 75 Disponível em http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf Acesso em 25 de janeiro de 2018.

ROSSO, C. F. W., SOUZA, M. C. H. S., SANTOS, T. A. P., TONHÁ, A. C. M., ROCHA, S. D., MAMED, S. N., RIBEIRO, J. P. Perfil dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia – Goiás. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Universalidade, Igualdade e Integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, 2013.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. Rev. de Iniciação Científica – RIC Cairu. Jun. 2015, Vol. 02, n.02, p. 75-96, ISSN 2258-1166.

RODRIGUES, B. C.; MOREIRA, C. C. C.; TRIANA, T. A. Limitações e consequências na vida do trabalhador ocasionadas por doenças relacionadas ao trabalho. **Rev Rene**. v. 14, . 2, 2013. P. 448-457. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/115/pdf> Acesso em: 08 de outubro de 2016.

RUEDA, Fabián Javier Marín; LIMA, Robisom Carlos de e RAAD, Alexandre José. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: relação entre escalas que avaliam os construtos. *Bol. psicol*[online]. 2014, vol.64, n.141, pp. 129-141. ISSN 0006-5943.

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.32, pp.207-215. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100017>.

SANTANA, V. S.; FEITOSA, A. G.; GUEDES, L. B. A.; SALES, N. B. B. Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde em Ambiente Hospitalar. Revista Pesquisa em Fisioterapia, 4(1):35-46, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v4i1.312> Acesso em 22 de Janeiro de 2018.

SAMPAIO, A. A.; OLIVEIRA, J. R. G. A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. **Caderno de Educação Física e Esporte**, v.7, n.13, p. 71-79, 2009. ISSN 2318-5090. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/view/1649/1726>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SANTIAGO, A., MARTINS, M., BENEVIDES, A.L; MEZZOMO, A.A. Qualidade de Vida do Trabalhador da Saúde: Papel do Gestor no Contexto, p. 250 . In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde. **Blucher Medical Proceedings**, v.1, n.2. São Paulo: Blucher, 2014. ISSN 2357-7282, DOI 10.5151/medpro-cihhs-10625.

SANTOS, P. R. **Saúde do Trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009. 198p. Tese (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz.

SANTOS, B. E. F. **Tempo de afastamento por doença em trabalhadores do estado do Amapá no período de 2008 a 2012**. Macapá, 2013. 117p. Dissertação (pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Amapá.

SALGADO, W. F. Qualidade de vida no trabalho em empresa automotiva: comparação entre área administrativa e de produção. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá, 2016.

SAUTER, Steven et al. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.

SILVA, R. M., CANÇADO, M. S. M., OLIVEIRA, E. S. F., QUEIROZ, M. G. Os sentidos do conceito de promoção da saúde na percepção dos gestores da atenção primária em saúde de Goiás, Brasil. *Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*. ATAS CIAIQ 2017.

SILVA, T. R. da. **Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e qualidade de vida qualidade de vida: avaliando a qualidade de vida no trabalho**. Campinas, 2008. 75f. Dissertação (Pós-Graduação em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas.

SILVA, F. H. C. A Atuação Dos Enfermeiros Como Gestores Em Unidades Básicas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012. E-ISSN: 2316-3712. DOI: 10.5585/rgss.v1i1.5

SILVA, K. R. Estresse no Ambiente de trabalho: causas, consequências e prevenções. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema: Assis, 2013. 47p. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis. Disponível em <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1011261124.pdf> Acesso em 30 de janeiro de 2018.

SILVA, P. S. C. Programas de promoção da saúde do trabalhador e suas influências: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 5, n. 2, p. 727-752, Ano 2014.

SILVA, A. C. C. J.; FURTADO, J. H.; ZANINI, R. R. Um estudo sobre a qualidade de vida no trabalho e os fatores associados. Iberoamerican Journal of Industrial Engineering, Florianópolis, SC, Brasil, v. 7, n. 14, p. 182-200, 2015.

SILVA, D. D. M.; BRITO, L. . C.; LOPES, L. F. D.; OBREGON, S. L.; PORTO, A. Físico, psicológico, pessoal e profissional: analisando os aspectos que impactam na qualidade de vida no trabalho de profissionais administrativos de uma rede de supermercados de Santa Maria/RS. XXXV Encontro Nacional De Engenharia De Produção - Perspectivas Globais para a Engenharia de Produção. Fortaleza, CE, Brasil, 13 a 16 de outubro de 2015. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_209_239_28139.pdf Acesso em 04 de fevereiro de 2018.

SÍMMONDS, E. G. S. Fatores determinantes da Qualidade de Vida no Trabalho de motoristas de transporte de cargas em trânsito pela região de Barra do Garças-MT. **Faculdades Unidas do Vale do Araguaia - MT. Congresso Internacional de administração.** Ponta Grossa. Setembro, 2015.

SOAREZ, P.C., CICONELLI, R.M., PAVIN, T., OGATA, A.J.N., CURCI, K.A., OLIVEIRA, M.R. 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. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302016000300236&lng=en&nrm=isso Acesso em 26 Novembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.236>.

TEIXEIRA, M. C. A invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, mar./jun., 2012, v. 13, n. 1, p. 102-131. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55696/59112>. 13/10/2016

TIMOSSI, L. S., FRANCISCO, A. C., JUNIOR, G. S., XAVIER, A. A. P. Análise da qualidade de vida no trabalho de colaboradores com diferentes níveis de instrução através de uma análise de correlações. **Produção**, v. 20, n. 3, jul./set. 2010, p. 471-480 doi: 10.1590/S0103-65132010005000031 Disponível em

http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n3/AOP_200901009.pdf Acesso em 02 de dezembro de 2016.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, V. G. Fator humano e a busca da qualificação profissional como diferencial competitivo no mercado globalizado. **Revista Inter Atividade**, Andradina, SP, v.4, n.2, p. 129 – 142. 2º sem. 2016. Disponível em <http://www.firb.br/editora/index.php/interatividade/article/viewFile/201/290> Acesso em 22 de janeiro de 2018.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it?. **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

TIMENI, S. H. Fatores determinantes da qualidade de vida no trabalho (QVT) de profissionais de enfermagem: um estudo de caso em hospitais públicos no RN. **Revista Cultural e Científica da FACEX**, v. 9, n. 9, 2011. ISSN 2237-8685 Disponível em <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/115/39> Acesso em 25 de janeiro de 2018.

WEINSTEIN, Bárbara. **(Re)Formação da classe trabalhadora no Brasil (1920 -1964)**. São Paulo: Cortez, 2000.

WESTPHAL, M. F., FERNANDEZ, J. C. A. A contribuição da metodologia de avaliação “sistematização de experiências” na implementação de um projeto de promoção da saúde na subprefeitura Capela do Socorro, São Paulo, Brasil. In: HARTZ, Z. et al (org). **Avaliação em Promoção da Saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS) da universidade de Montreal de 2002 a 2012**. Brasília, **CONASS**, 2014.

WUNSCH FILHO, Victor. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte. Vol.2. N.2, p.113 - 117. Abr - Jun 2004.

ANEXO I



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Campo Mourão/PR, 06/06/2016.

Ilma Sr.^a

Artemizia Bertolazzi Martins

Superintendente do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão, Paraná

Prezada,

Eu, **ARTEMIZIA BERTOLAZZI MARTINS** declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado “PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR”, sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Raquel Lima De Brida, Ely M. Massuda e Regiane da Silva Macuch que a UNICESUMAR, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma, viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Assinatura do responsável**ArtemiziaBertolazzi Martins****RG: 3.164.321-0****CPF: 451.110.909-59****SUPERINTENDENTE**



ANEXO II

Modelo de Termo de Consentimento Informado (TCLE)

HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPO MOURÃO, PARANÁ

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora RAQUEL LIMA DE BRIDA em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE INSTITUIÇÃO HOSPITALAR”, cujo objeto é Avaliar a abrangência das intervenções de promoção de saúde adotadas em instituição hospitalar, bem como a percepção dos gestores hospitalares sobre promoção da saúde e identificar o nível de qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição de saúde. Os dados serão coletados por meio de aplicação de questionários e entrevista individual. Ainda foi esclarecido (a) que não há nenhum tipo de risco ao me submeter à estes procedimentos. E que ficarei com uma cópia deste documento. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos, de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras, e para trabalhos de reabilitação e conhecimento da sociedade, contanto que sejam mantidas em sigilo as informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Pesquisador _____ CONCORDO VOLUNTARIAMENTE de participar do mesmo.

Maringá PR, ____ / ____ / ____

Eu, RAQUEL LIMA DE BRIDA declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

ANEXO III

Versão Brasileira do CDC Worksite Health ScoreCard:

Ferramenta de Avaliação para Prevenção de Doenças Cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais e Condições Relacionadas.

Instruções para preencher o CDC Worksite HealthScoreCard

Responda ‘sim’ ou ‘não’ para cada pergunta do questionário. Todas as perguntas deverão ser respondidas de acordo com as práticas e os programas atualmente em vigor no seu local de trabalho (p.ex., serviços e atividades em andamento) ou que tenham ocorrido nos últimos 12 meses (p.ex., desafios de caminhadas realizadas durante 12 semanas todos os anos).

Há 12 seções-tema, e você poderá completar cada seção em diferentes momentos, sem precisar seguir a ordem estabelecida no questionário. Pontuações relativas aos diferentes temas podem ser computadas para cada seção individualmente e compiladas para dar a pontuação total do HSC, após o preenchimento de todas as seções. O questionário completo leva aproximadamente 30 minutos para ser totalmente preenchido.

O preenchimento adequado do questionário requer um sólido conhecimento da organização e de seu(s) programa(s) de promoção da saúde. Portanto, recomendamos que o questionário seja respondido por pessoas que ocupem cargos relacionados a: Membros do comitê de promoção da saúde do local de trabalho, Gestores de recursos humanos, Gestores de benefícios/planos de saúde, Equipe de educação em saúde, Equipe de saúde ocupacional, Responsáveis médicos, Gestores de bem-estar e qualidade de vida, Coordenadores de promoção da saúde, Gestores de infraestrutura.

Leia rapidamente cada seção antes de tentar respondê-la. As respostas para a maior parte das perguntas são facilmente obtidas após a revisão das políticas de saúde organizacionais. Em alguns casos, as respostas podem não ser imediatamente óbvias para a pessoa designada a responder a seção. Se você não souber a resposta para uma pergunta, deixe-a em branco e envolva outras pessoas do seu local de trabalho para ajudá-lo a responder.

Algumas perguntas pedem que você descreva seu plano de saúde. Se sua empresa oferecer mais de uma opção de seguro saúde, baseie suas respostas no plano de saúde com maior número de adesões. As perguntas contidas no questionário se referem à ‘promoção da saúde’ no seu local de trabalho, o que é também conhecido como ‘bem-estar no trabalho’ ou ‘programas de bem-estar’ e ‘qualidade de vida no trabalho’ ou ‘programas de qualidade de vida’. Perguntas não respondidas são consideradas como ‘não’, independentemente da estratégia ser ou não aplicável ao seu local de trabalho. Você receberá 0 (zero) pontos para as perguntas não respondidas.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Esta seção do questionário será utilizada para obter informações demográficas sobre a população do local de trabalho. Por favor, preencha a seção de informações.

1. INFORMAÇÕES DE CONTATO

Nome: _____ **Função - Cargo:** _____

Endereço: _____ **Telefone:** _____

Email: _____

2. CARACTERÍSTICAS DOS FUNCIONÁRIOS

2a. Número de funcionários:

2b. Sexo

% Masculino:

% Feminino:

2c. Faixa etária

% < 18 anos de idade:

% 18–34 anos de idade:

% 35–44 anos de idade:

% 45–64 anos de idade:

% ≥ 65 anos de idade:

2d. Média de idade

Anos de idade:

2e. Cor ou raça

% Branca:

% Preta:

% Amarela:

% Parda:

% Indígena:

% Outras:

2f. Situação empregatícia

% Tempo integral:

% Tempo parcial:

% Temporário:

2g. Tipo de trabalho

% Assalariado:

% Por hora:

2h. Nível educacional

% Ensino médio incompleto:

% Ensino médio completo:

% Escola técnica/superior incompleto:

% Superior completo:

% Pós-graduação/estudos avançados:

3. ORGANIZAÇÃO

3. Tipo de organização em que você trabalha:

- ☐ Com fins lucrativos
- ☐ Sem fins lucrativos/governo
- ☐ Sem fins lucrativos/outro

4. Atividade econômica em que a sua organização está inserida:

- ☐ Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura
- ☐ Indústrias Extrativistas
- ☐ Comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas
- ☐ Transporte, Armazenagem e Correio
- ☐ Alojamento e Alimentação
- ☐ Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas
- ☐ Outras Atividades de Serviços
- ☐ Saúde Humana e Serviços Sociais
- ☐ Atividades Imobiliárias
- ☐ Informação e Comunicação
- ☐ Educação
- ☐ Indústrias de Transformação
- ☐ Atividades Administrativas e Serviços Complementares
- ☐ Água, Esgoto, Atividades de Gestão de Resíduos e Descontaminação
- ☐ Artes, Cultura, Esporte 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

5. Os funcionários são cobertos por planos de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Elementos dos programas de promoção da saúde no local de trabalho oferecidos por sua organização: (marcar todos que se aplicam ao seu caso)

- ☐ Educação em saúde (p.ex., aulas de mudança comportamental e desenvolvimento de habilidades; cartazes e folhetos de conscientização).
- ☐ Serviços relacionados aos empregados (p.ex., encaminhamento para programas de assistência aos empregados (PAE)).
- ☐ Ambiente social e físico de apoio à melhoria da saúde (p.ex., políticas de ambientes livres de tabaco, subsídio à inscrição em academias de ginástica).
- ☐ Integração da promoção da saúde na cultura da sua organização (p.ex., promoção da saúde como parte da missão da empresa).
- ☐ Rastreamento de funcionários com tratamento e seguimento adequados (p.ex., avaliação de fatores de risco (AFRs) e rastreamentos biométricos).

Suporte Organizacional

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

1. Avaliou os interesses e as necessidades dos funcionários para planejar atividades de remoção da saúde?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização realizar grupos focais ou pesquisas para avaliar (s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários. Responda 'não' se sua organização realizar pesquisas gerais que não avaliem o(s) programa(s) de promoção da saúde para os funcionários.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

2. Avaliou o risco de saúde dos funcionários por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho ou planos de saúde, e forneceu devolutiva individual acompanhada de informações voltadas à promoção da saúde?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização fornecer devolutiva individual por meio de relatórios escritos, cartas, ou aconselhamento individual.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

3. Demonstrou apoio e comprometimento organizacionais voltados à promoção da saúde no local de trabalho em todos os níveis hierárquicos?

Responda 'sim', se, por exemplo, todos os níveis hierárquicos participarem das atividades, as comunicações forem enviadas aos funcionários pela alta liderança, o local de trabalho apoiar as metas de desempenho relacionadas a uma força de trabalho saudável ou o sentimento de pertencimento ao programa for compartilhado por todos os níveis organizacionais.

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

4. Usou incentivos combinados a outras estratégias, para aumentar a participação em programas de promoção da saúde?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização oferecer incentivos como vales-presentes, dinheiro, folgas remuneradas, descontos em produtos ou serviços, desconto nos planos de saúde, reconhecimento do funcionário, ou prêmios.

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

5. Usou competições combinadas a outras intervenções, para apoiar os funcionários na realização de mudanças comportamentais?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização conduzir competições de perda de peso ou caminhadas.

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

6. Promoveu e divulgou estrategicamente programas de promoção da saúde para seus funcionários?

Responda 'sim', se, por exemplo, o programa de promoção da saúde do seu local de trabalho possuir uma marca ou logotipo, utilizar diferentes canais de comunicação, ou enviar mensagens freqüentes.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

7. Utilizou funcionários como modelos de comportamentos de saúde adequados ou 'histórias de sucesso' de funcionários relacionadas à saúde, nos materiais de divulgação?

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

8. Adaptou alguns programas de promoção da saúde e materiais educativos à língua, ao grau de instrução, à cultura e à prontidão a mudanças dos diferentes segmentos da força de trabalho?

Responda 'não', se você acreditar que sua organização não necessite adaptar seus programas de promoção da saúde e materiais educativos para grupo(s) específicos (s).

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

9. Possuiu um comitê de promoção da saúde ativo?

Responda 'sim' se existir um comitê de promoção da saúde e ele estiver envolvido no planejamento e na implementação de programas.

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

10. Possuiu um coordenador de promoção da saúde remunerado com a função (em tempo integral ou parcial) de implementar um programa de promoção da saúde no seu local de trabalho?

Responda 'sim', se a implementação de programa(s) de promoção da saúde no seu local de trabalho estiver incluída na descrição de funções e metas de desempenho de um funcionário remunerado.

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

11. Possuiu um 'líder'(ou mais de um) que fosse forte defensor do programa de promoção da saúde?

Responda 'sim', se houver alguém no seu local de trabalho que promova ativamente os programas para melhorar a promoção da saúde no local de trabalho.

- ☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

12. Possuiu um orçamento anual ou recebeu financiamento específico para programas de promoção da saúde?

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

13. Definiu objetivos anuais para a organização em termos de promoção da saúde?

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

14. Incluiu referências à melhoria ou à manutenção da saúde dos funcionários nos objetivos corporativos ou na missão da organização?

Responda 'não', se os objetivos corporativos ou a missão da organização fizerem referência somente à segurança e à saúde ocupacional, sem mencionar a melhoria da saúde de sua força de trabalho.

☐ Sim (1 pt.)

☐ Não (0 pt.)

15. Conduziu avaliações contínuas da programação de promoção da saúde com a utilização de diferentes fontes de dados?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização coletar dados sobre os riscos à saúde dos funcionários, gastos com assistência médica, satisfação dos funcionários, ou pesquisas de clima organizacional.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

16. Disponibilizou algum programa de promoção da saúde para os familiares dos funcionários?

☐ Sim (1 pt.)

☐ Não (0 pt.)

17. Implantou políticas de horários de trabalho flexíveis?

Responda 'sim', se, por exemplo, as políticas permitirem horários flexíveis e trabalho em casa.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

18. Participou de outras iniciativas voltadas à saúde na comunidade e apoiou a participação de funcionários e o trabalho voluntário?

Responda 'sim' se, por exemplo, sua organização apoiar a participação em eventos comunitários e iniciativas em escolas, como caminhadas corporativas, colaborar com grupos de defesa de direitos em nível local e estadual, organizações de saúde e regulamentação e outros grupos organizados.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

Controle do Tabagismo

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

19. Possui uma política formal proibindo o fumo no seu local de trabalho?

Responda 'sim', se o seu local de trabalho aderir a políticas municipais, estaduais ou federais proibindo o fumo no local de trabalho.

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

20. Fez cumprir ativamente a política formal proibindo o fumo?

Responda 'sim', se, por exemplo, o seu local de trabalho colocar avisos, não possuir cinzeiros ou comunicar a política formal de proibição de fumo por meio de diferentes canais de comunicação.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

21. Colocou avisos (incluindo avisos de 'proibido fumar') com informações sobre a política antitabagismo?

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

22. Encaminhou os fumantes para serviços estaduais ou outros serviços para parar de fumar?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho encaminhar os fumantes para serviços telefônicos como o Pare de Fumar do Disque Saúde: 0800 61 1997 ou Programa Nacional de Controle do Tabagismo (<http://www1.inca.gov.br/tabagismo>)

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

23. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos com receita médica para parar de fumar, incluindo produtos de reposição de nicotina?

Responda 'sim', se, por exemplo, sua organização pagar inaladores, sprays nasais, bupropiona (por exemplo, Zyban) e vareniclina (p. ex., Champix).

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

24. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de produtos de reposição de nicotina sem necessidade de receita médica aprovados pela Anvisa?

Responda 'sim', se, por exemplo, a sua organização subsidiar chiclete, adesivos ou pastilhas de nicotina.

- ☐ Sim (2 pts.)
☐ Não (0 pt.)

25. Forneceu ou promoveu aconselhamento gratuito ou subsidiado para parar de fumar?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (2 pts.)
☐ Não (0 pt.)

26. Informou aos funcionários sobre programas ou cobertura de planos de saúde que incluíam aconselhamento e medicação para parar de fumar?

- ☐ Sim (2 pts.)
☐ Não (0 pt.)

27. Ofereceu incentivos àqueles que pararam de fumar, ou aos fumantes em processo de parar de fumar, ou que estejam envolvidos em grupos para parar de fumar?

Responda 'sim', se, por exemplo, a sua organização der descontos em planos de saúde, aumento no benefício por invalidez ou seguro de vida adicional a não fumantes ou a fumantes ativamente tentando parar de fumar.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

28. Proibiu a venda de cigarros e similares nas dependências da organização?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho não vender cigarros e similares nas dependências da organização em máquinas automáticas de venda ou em locais operados por terceiros.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

Nutrição

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

29. Disponibilizou locais para compra de alimentos e bebidas?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir máquinas automáticas de venda de alimentos e bebidas, cafeterias, lanchonetes, ou outros pontos de compra.

- ☐ Sim (0 pt.)
☐ Não (0 pt.)

36. Possui uma política explícita ou realizou comunicações formais para tornar disponíveis opções de alimentos e bebidas mais saudáveis em reuniões nas quais são servidos alimentos?

Responda 'sim', se, por exemplo, a política ou comunicação formal garantir a disponibilização de verduras, frutas, sucos de fruta 100% naturais, produtos integrais, lanches sem gordura trans ou de baixo sódio durante as reuniões.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

37. Proporcionou aos funcionários instalações para guardar e preparar alimentos?

Responda 'sim', se o seu local de trabalho possuir micro-ondas, pia, geladeira, ou cozinha.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pt.)

38. Disponibilizou ou promoveu uma 'feira livre', vendendo verduras e frutas frescas no local de trabalho ou nas redondezas?

- ☐ Sim (1 pt.)

☐ Não (0 pt.)

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 tratem dos benefícios em comer de forma saudável como um tema único ou se os benefícios da alimentação saudável estiverem incluídos em outros temas de saúde.

☐ Sim (1 pt.)

☐ Não (0 pt.)

40. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre nutrição?

Responda 'sim', se essas sessões tratem de nutrição como tema único ou se nutrição estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

41. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para alimentação saudável?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (2 pts)

☐ Não (0 pt.)

Atividade Física

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

42. Disponibilizou instalações para a prática de atividade física no local de trabalho?

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

43. Subsidiou ou deu descontos no valor cobrado pelo uso das instalações para prática de atividade física no local de trabalho ou fora dele?

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

44. Disponibilizou outros tipos de suporte à atividade física ou recreativa?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir trilhas ou pistas para caminhada/corrida, mapas com rotas apropriadas para caminhada, bicicletários, quadra esportiva, espaço aberto destinado à prática de exercícios ou atividades recreativas, chuveiro e vestiários.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt)

45. Colocou avisos em elevadores, portas de acesso às escadas e outros locais-chave estimulando os

funcionários a utilizar as escadas?

Responda 'não', se o seu local de trabalho está situado em um prédio térreo.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

46. Proporcionou programas organizados para prática de atividades físicas individuais ou em grupo para funcionários (além do uso de instalações para prática de exercícios)?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho possuir programas de caminhada ou alongamento, exercícios em grupo ou treinamento com pesos.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

47. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos benefícios da atividade física?

Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos benefícios da atividade física como um tema único ou se os benefícios da atividade física estiverem incluídos em outros temas de saúde.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

48. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre atividade física?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem de atividade física como tema único ou se a atividade física estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (2 pts)
- ☐ Não (0 pt.)

49. Realizou ou subsidiou avaliações de condicionamento físico, aconselhamento, acompanhamento e indicação de atividades físicas no local de trabalho ou em instalações comunitárias para prática de exercícios?

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

50. Disponibilizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de atividade física?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

Controle de peso

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

51. Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, avaliações da composição corporal, tais como altura e peso, índice de massa corporal (IMC) ou outras avaliações da taxa de gordura (além de Avaliação de

Fatores de Risco - AFR), seguidas de devolutiva:

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

52. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de sobrepeso e obesidade?

Responda 'sim', se estes materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de sobrepeso e obesidade como um tema único ou se os riscos de sobrepeso e obesidade estiverem incluídos em outros temas de saúde.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

53. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre controle de peso?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem de controle de peso como tema único ou se o controle de peso estiver incluído em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

54. Proporcionou aos funcionários acima do peso ou obesos aconselhamento gratuito ou subsidiado, individual ou em grupo, sobre estilo de vida?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

55. Realizou programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de peso?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

Gerenciamento de estresse

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

56. Proporcionou espaços específicos para os funcionários realizarem atividades de relaxamento, tais como meditação, yoga, ou biofeedback?

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

57. Patrocinou ou organizou eventos sociais ao longo do ano?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho patrocinar ou organizar eventos para entrosamento de equipes, piqueniques, celebração de datas festivas, ou times de funcionários para prática de esportes.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

58. Disponibilizou programas de gerenciamento de estresse?

Responda 'sim', se esses programas tratarem de gerenciamento de estresse como tema único ou se o gerenciamento de estresse estiver incluído em outros temas de saúde. Responda 'sim', se esses programas forem realizados de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

59. Proporcionou programas sobre competências pessoais/ equilíbrio entre trabalho e vida pessoal?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer clínicas ou serviços voltados ao atendimento da terceira idade, creche ou serviços voltados ao cuidado de crianças, indicações de serviços, reembolso de mensalidades ou honorários, ou outros programas similares, que podem ser oferecidos por terceiros, funcionários do local de trabalho ou programas de assistência ao empregado.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

60. Proporcionou aos gerentes treinamento para identificar e reduzir questões relacionadas ao estresse no local de trabalho?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer treinamentos com foco em discussões sobre avaliação de desempenho, comunicação, gestão de pessoal, assertividade, gestão de tempo ou resolução de conflitos.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

61. Proporcionou oportunidades para que funcionários participassem das decisões organizacionais envolvendo questões que afetem o estresse no local de trabalho?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho der oportunidades aos funcionários para participem nas decisões sobre ambiente e processo de trabalho, horário de trabalho, resolução participativa de problemas e gestão de demandas de trabalho.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

Depressão

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

62. Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento clínico de depressão (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguido de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico, quando necessário?

Responda 'sim', se esses serviços forem fornecidos diretamente por meio de sua organização, ou indiretamente pelo plano de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

63. Proporcionou acesso a ferramentas de autoavaliação online ou em papel para rastreamento de depressão?

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

64. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem de depressão?

Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem depressão como um tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

65. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e tratamento de depressão?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem de depressão como tema único ou se depressão estiver incluída em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

66. Proporcionou aos funcionários com depressão aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

67. Proporcionou aos gestores treinamento sobre depressão no local de trabalho?

Responda 'sim', se, por exemplo, seu local de trabalho oferecer aos gestores treinamento sobre como reconhecer questões relativas à segurança, à produtividade e à depressão, e recursos da empresa ou da comunidade para manejo da depressão.

☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

68. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para tratamento de depressão e aconselhamento em saúde mental?

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

Pressão alta

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

69. Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento de pressão alta (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco), seguida de devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

70. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de pressão alta?

Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos da pressão arterial alta como um tema único ou se os riscos da pressão arterial alta estiverem incluídos em outros temas de saúde.

- ☐ Sim (1 pt.)
☐ Não (0 pts.)

71. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de pressão alta?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de pressão arterial alta como um tema único ou se a prevenção e controle de pressão alta estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

72. Ofereceu aos funcionários com pressão alta ou pré-hipertensos monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

73. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento de controle de pressão arterial?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
☐ Não (0 pt.)

74. Disponibilizou aparelhos para monitoramento de pressão arterial com instruções para que os funcionários realizassem suas próprias medições?

- ☐ Sim (2 pts.)
☐ Não (0 pt.)

75. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos para controle de pressão arterial?

- ☐ Sim (2 pts.)

☐ Não (0 pt.)

Colesterol Alto

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

76. Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, rastreamento para colesterol alto (além do incluído na Avaliação de Fatores de Risco) seguido por uma devolutiva direcionada e encaminhamento clínico quando necessário?

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

77. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de colesterol alto?

Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de colesterol alto como um tema único ou se os riscos de colesterol alto estiverem incluídos em outros temas de saúde.

☐ Sim (1 pt.)

☐ Não (0 pt.)

78. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de colesterol alto?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de colesterol alto como um tema único ou se a prevenção e controle de colesterol alto estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

79. Proporcionou aos funcionários com colesterol alto monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

80. Ofereceu programas gratuitos ou subsidiados de autogerenciamento para controle de colesterol ou triglicerídeos?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

☐ Sim (3 pts.)

☐ Não (0 pt.)

81. Proporcionou plano de saúde com cobertura gratuita ou de baixo custo para compra de medicamentos para controle de colesterol ou triglicerídeos?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

Diabetes

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

82. Proporcionou, de forma gratuita ou subsidiada, autoavaliações (online ou em papel) de pré-diabetes ou fatores de risco para diabetes, seguidas de rastreamento de nível de glicose no sangue e encaminhamento clínico, quando necessário?

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

83. Distribuiu folhetos, vídeos, cartazes, panfletos, informativos ou outras informações em papel ou online que tratassem dos riscos de diabetes?

Responda 'sim', se esses materiais de promoção da saúde tratarem dos riscos de diabetes como um tema único ou se os riscos de diabetes estiverem incluídos em outros temas de saúde.

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

84. Realizou algumas aulas, oficinas ou seminários educativos sobre prevenção e controle de diabetes?

Responda 'sim', se essas sessões tratarem prevenção e controle de diabetes como um tema único ou se a prevenção e controle de diabetes estão incluídos em outros temas de saúde. Essas sessões podem ser realizadas de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

85. Ofereceu aos funcionários com níveis anormais de glicose no sangue (pré-diabetes ou diabetes) monitoramento continuado e aconselhamento individual ou em grupo sobre estilo de vida?

Responda 'sim', se esses programas forem oferecidos de forma presencial ou online, no local de trabalho ou fora dele, em grupo ou individualmente, por meio de terceiros, funcionários do próprio local de trabalho, planos de saúde, grupos comunitários ou outros profissionais de saúde.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

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.

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

87. Proporcionou, por meio de plano de saúde, com baixo ou nenhum custo, a compra de medicamentos e produtos para controle de diabetes (kits de monitoramento, seringas, fitas de teste de glicose)?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

Sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e ataque cardíaco

Durante os últimos 12 meses, o seu local de trabalho:

88. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de ataque cardíaco e comunicando que ataques cardíacos devem ser tratados como emergência?

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

89. Colocou cartazes ou avisos nas áreas comuns do seu local de trabalho (quadros de aviso, quiosques, salas de descanso), identificando os sinais e sintomas de acidente vascular cerebral e comunicando que acidentes vasculares cerebrais devem ser tratados:

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

90. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de ataque cardíaco por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

91. Forneceu quaisquer outras informações sobre sinais e sintomas de acidente vascular cerebral por meio de e-mails, informativos, comunicações gerenciais, sites, seminários ou aulas?

- ☐ Sim (1 pt.)
- ☐ Não (0 pt.)

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

92. Possui um plano de resposta de emergência para casos de acidente vascular cerebral e ataques cardíacos graves?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

93. Possui uma equipe de resposta às situações de emergência médica?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

94. Proporcionou acesso a curso de treinamento reconhecido nacionalmente em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), que incluísse treinamento para o uso de Desfibrilador Externo Automático (DEA)?

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

95. Possui uma política exigindo um número adequado de funcionários por andar, unidade de negócios ou turno com certificação em RCP/DEA, de acordo com as leis estaduais e federais?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

96. Possui um ou mais DEAs instalados e em funcionamento?

- ☐ Sim (3 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

97. Possui um número adequado de unidades de DEA de modo que uma pessoa possa alcançá-lo de 3-5 minutos de colapso?

- ☐ Sim (2 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

98. Identificar a localização do DEA com cartazes, sinais, marcadores ou outras formas de comunicação?

- ☐ Sim (1 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

99. Realiza manutenção e testes em todos os DEAS?

- ☐ Sim (1 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

100. Forneceu informações a sua comunidade local e prestadores de serviços médicos de emergência para que estejam cientes que possui um DEA no local para facilitar a resposta a emergência?

- ☐ Sim (1 pts.)
- ☐ Não (0 pt.)

ANEXO IV

Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho - QWLQ-bref

Este questionário tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho, sob o ponto de vista pessoal, de saúde, psicológico e profissional.

Por favor, responda todas as questões. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher entre as alternativas a que lhe parece ser a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha.

Por favor, tenham em mente as **duas últimas semanas** para responder as questões. Exemplo:

Quanto você se preocupa com dores ou desconfortos no trabalho?				
Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua realidade, lembrando, pensando apenas nas últimas duas semanas. Por favor, leia com atenção as questões e escolha o número que lhe parecer a melhor resposta.

	Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no trabalho?				
1	Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

	Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar?				
2	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
	1	2	3	4	5

	Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?				
3	Muito baixa	Baixa	Média	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

	Em que medida você avalia o seu sono?				
4	Muito ruim	Ruim	Média	Bom	Muito bom
	1	2	3	4	5

	Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?				
5	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
	1	2	3	4	5

	Você se sente realizado com o trabalho que faz?				
6	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

	Em que medida você possui orgulho da organização na qual trabalha?				
7	Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

8	Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

9	Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
	1	2	3	4	5

10	Como você avalia a qualidade da sua relação com seus superiores e/ou subordinados?				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
	1	2	3	4	5

11	Em que medida sua família avalia o seu trabalho?				
	Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
	1	2	3	4	5

12	Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?				
	Muito pouco	Pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

13	Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho ?				
	Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
	1	2	3	4	5

14	Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?				
	Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
	1	2	3	4	5

15	Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

16	Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?				
	Nada	Pouco	Médio	Bastante	Completamente
	1	2	3	4	5

17	Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

18	Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?				
	Muito ruim	Ruim	Médio	Bom	Muito bom
	1	2	3	4	5

19	Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

20	O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?				
	Nada	Pouco	Médio	Bastante	Extremamente
	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE I

Roteiro norteador para entrevista com Gestores.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE TRABALHADORES DE
UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.
Dissertação – Raquel Lima De Brida

Promoção da saúde.

- 1- Qual seu entendimento sobre Promoção da saúde?
- 2- Consegue diferenciar Promoção da saúde de Prevenção de doenças?
- 3- Quais objetivos da Promoção da saúde do trabalhador?
- 4- Os programas e ações de promoção de saúde influenciam na qualidade de vida no trabalho! Como?
- 5 Na posição de gestor, como contribui para a promoção da saúde no trabalho da instituição que atua?
- 6- Você acredita que Programas de Promoção da saúde possam trazer benefícios para a empresa onde é desenvolvido, como aumento da produtividade e redução do gasto com o benefício de assistência à saúde? Porque?

Qualidade de vida no trabalho.

- 1- O que é qualidade de vida no trabalho?
- 2- O que determina Qualidade de vida no contexto do trabalho?
- 3- Os programas e ações de promoção de saúde influenciam na qualidade de vida no trabalho! Como?
- 4 Na posição de gestor, como contribui para a qualidade de vida no trabalho da instituição que atua?
- 5- Você acredita que Programas qualidade de vida no trabalho possam trazer benefícios para a empresa, porque?
- 6- Na sua empresa existem programas de promoção da saúde do trabalhador e qualidade de vida no trabalho? Cite-os.