



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E  
GESTÃO EM SAÚDE**

**Ivon Gretel Winkler Maisonnave**

**A Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de  
Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo  
Hospitalar**

**Porto Alegre**

**2020**

**Ivon Gretel Winkler Maisonnave**

**A Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de  
Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo  
Hospitalar**

Dissertação no Programa de Mestrado Acadêmico em  
Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
Alegre.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia de Souza Libânio

Porto Alegre

2020

### Catálogo na Publicação

Maisonnave, Ivon Gretel Winkler

A gestão da informação em processos de integração de programas de promoção da saúde e de segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar / Ivon Gretel Winkler Maisonnave. -- 2020.

180 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde, 2020.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja ;  
coorientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia de Souza Libânio.

1. Saúde do trabalhador. 2. Promoção da saúde. 3. Informática médica. 4. Ambiente de trabalho. 5. Hospital . I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

**Ivon Gretel Winkler Maisonnave**

**A Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo Hospitalar**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Gestão em Saúde, Linha de Pesquisa Gestão da Informação e do Conhecimento em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia de Souza Libânio

Aprovada em: 08 de junho de 2020.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Otávio Neves da Silva Bittencourt

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Wander Bonamigo

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Prof. Dr. Daniel Pacheco Lacerda

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi desenvolvido com o apoio econômico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.<sup>1</sup>

Agradeço ao meu orientador, Prof. Marcelo Azambuja, por todo o saber e cuidado, sendo meu guia neste processo de aprendizado.

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Claudia Libânio por seu incentivo, atenção e direcionamento.

Agradeço aos colegas de turma nesta caminhada, que fizeram toda a diferença no seu desenvolvimento, ficando uma permanente relação de amizade e coleguismo.

Agradeço ao apoio incansável da área de segurança e saúde no trabalho do complexo hospitalar, bem como de gestão de pessoas, na figura dos engenheiros Rober Martins e Endrigo Mildner, do médico do trabalho Edison Manchesski e do coordenador de projetos Fábio Priori, que muito contribuiu para que esta pesquisa se desenvolvesse no cronograma necessário.

Agradeço a todos os participantes do estudo, líderes e trabalhadores que contribuíram significativamente para esse estudo.

Tenho reconhecimento e gratidão aos meus pais pelo apoio, cuidado e amor, assim como ao marido Nelson pelos dias e noites intermináveis de dedicação aos filhos, assumindo todas as tarefas da família para que eu pudesse cumprir as tarefas desta experiência acadêmica.

Guiada pela Prof.<sup>a</sup> Adriana Raffone, agradeço à luz pela escolha desta brilhante universidade.

---

<sup>1</sup> *The present study was developed with financial support from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brazil – Finance Code 001.*

## RESUMO

Organizações que investem na saúde dos trabalhadores atendendo às obrigações legais e associando suas ações em programas de promoção da saúde podem potencializar sua competitividade e sucesso com melhores taxas de retenção de funcionários e melhor gestão dos benefícios prioritários a serem implementados. É importante que as necessidades sejam identificadas através da escuta ativa de líderes e trabalhadores e que suas decisões sejam apoiadas pela gestão da informação em saúde. As organizações que internalizam processos integrados em saúde podem reduzir afastamentos e incapacidades para o trabalho, gerenciar melhor custos com saúde e com a alta rotatividade, assim como podem obter impacto sobre a qualidade dos produtos e serviços realizados por seus trabalhadores. O objetivo principal desta pesquisa foi estudar as contribuições da gestão da informação em processos de integração de programas em saúde no trabalho relacionados à promoção da saúde, aliados ao exercício dos programas de cunho legal da segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar, baseado na metodologia americana *Total Worker Health*<sup>®</sup>. Sendo um estudo de caso de um complexo hospitalar com sete hospitais e quase 7.000 trabalhadores, identifica-se como uma pesquisa social em saúde com delineamento transversal e de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 50 sujeitos, sendo 9 lideranças, e grupos focais com 41 participantes. Os dados foram tratados no sistema NVivo 12 Plus, e a análise de conteúdo possibilitou o entendimento de questões prioritárias para as ações de integração em saúde, tais como o investimento nos processos relacionados à liderança das equipes, gestão da informação em saúde, organização do trabalho com foco nos fatores psicossociais, salários e benefícios, dentre outros. Os dados ainda foram avaliados por aspectos positivos, queixas e soluções propostas pelos entrevistados. A pesquisa demonstrou o processo de levantamento de indicadores para acompanhamento de informações em saúde e a construção da informação na organização em estudo. Buscou, ainda, entregar uma matriz de questões relevantes para a gestão da integração de segurança e saúde no trabalho e promoção de saúde. Essas iniciativas de saúde devem ser suportadas pela gestão integrada de dados entre departamentos, pela coordenação, gerenciamento e análise das informações em toda a organização. A gestão da informação em saúde passa a ser um processo prioritário para que as ações e os investimentos possam ser adequadamente

direcionados, buscando maior retorno na implementação dos programas. Para que ocorra integração das iniciativas em saúde do trabalhador, ampliando os resultados das ações, é preciso domínio de informações suportado por um processo de inovação e investimento em saúde. O processo passa pelo planejamento estratégico, incluindo desde a priorização orçamentária até a execução das ações definidas. O propósito maior é a promoção de saúde da população trabalhadora e um impacto positivo na retenção de talentos, redução do *turnover* e contribuição para a eficiência da organização em gestão de pessoas.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Promoção da saúde. Informática Médica. Ambiente de trabalho. Hospital.

## ABSTRACT

Organizations that invest in workers' health by meeting legal obligations and associating their actions to health promotion programs can enhance their competitiveness and success, with better employee engagement rates and better management of priority benefits to be implemented. It is important to identify needs through the active listening of leaders and workers, and that their decisions are supported by health information system management. Organizations that internalize health integrated processes can reduce absenteeism and work disabilities, better manage costs with health care and high turnover, as well as impact the quality of the products and services provided by their employees. The main objective of this research was to study the contributions of information management in integration processes of workers' health programs related to health promotion, allied with the offer, as demanded by law, of programs for occupational safety and health in a hospital complex, based in the North-American Total Worker Health<sup>®</sup> methodology. As a case study of a hospital complex with seven hospitals and almost 7,000 employees, it is characterized as a social research in health with a cross-sectional design and a qualitative approach. Fifty subjects, being nine of them leaders, participated in semi-structured interviews, and 41 subjects participated in focus groups. The data were treated in the NVivo 12 Plus system, and the content analysis enabled the understanding of priority issues for health integration actions, such as investment in processes related to team leadership, health information management, work organization with focus on psychosocial factors, salaries and benefits, among others. The data were also evaluated as positive aspects, complaints and solutions proposed by the interviewees. The research demonstrated the process of collecting indicators for monitoring health information and the construction of information in the studied organization. Also, it aimed to deliver a matrix of relevant issues for managing the integration of occupational safety and health and health promotion. These health initiatives must be supported by integrated data management between departments, through the coordination, management and analysis of information throughout the organization. Health information management should become a priority process so that actions and investments can be properly directed, seeking greater return on the implementation of programs. In order to have integration of occupational health initiatives, expanding the results of the actions, it is mandatory to master the

information, supported by a process of innovation and investment in health. The process goes through strategic planning, from budget prioritization to the execution of the defined actions. The main purpose is to foster health promotion of the working population and a positive impact on retaining talent, reducing turnover and contributing to the organization's efficiency in people management.

**Keywords:** Occupational health. Health promotion. Health information technologies. Workplace. Hospital.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistema de gerenciamento integrado <i>SafeWell – Integrated Management System for Worker Health</i> .....	23
Figura 2 – Hierarquia dos controles aplicados à abordagem TWH®. ....	27
Figura 3 – Artigos identificados e excluídos nas bases de dados. ....	36
Figura 4 – Modelo de Ciclo de Vida para Programa de Promoção de Saúde.....	40
Figura 5 – Etapas de exploração de dados de campo. ....	66
Figura 6 – <i>SafeWell Implementation Process Flow</i> . ....	66
Figura 7 – Ambiente do portal TERVE para gestão de saúde.....	98
Figura 8 – Hierarquia das áreas temáticas em organização do trabalho. ....	104
Figura 9 – <i>Cluster</i> com análise da expressão “plano de saúde” .....	111
Figura 10 – <i>Cluster</i> com análise da expressão “acidentes” .....	119

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Questões relevantes para o <i>Total Worker Health</i> ®.....	25
Quadro 2 – Setores econômicos com mais notificações de acidentes, Porto Alegre/RS, de 2012 a 2018. ....	49
Quadro 3 – Lesões mais frequentes, Porto Alegre/RS, de 2012 a 2018.....	49
Quadro 4 – Demonstrativo das datas de realização das entrevistas.....	61
Quadro 5 – Indicadores controlados pela instituição pesquisada.....	88
Quadro 6 – Mapa Estratégico da instituição pesquisada. ....	93
Quadro 7 – Mapa Estratégico de Gestão de Pessoas. ....	93
Quadro 8 – Diretrizes do Planejamento Estratégico para Gestão de Pessoas 2016-2020, meta 2019. ....	94
Quadro 9 – Composição do indicador estratégico de GP em 2019.....	95
Quadro 10 – Questões relevantes para o avanço do bem-estar dos trabalhadores por meio da abordagem <i>Total Worker Health</i> ®.....	126
Quadro 11 – Questões relevantes para o avanço do bem-estar dos trabalhadores por meio da abordagem <i>Total Worker Health</i> ® revisada em janeiro de 2020.....	127
Quadro 12 – Matriz de monitoramento para potenciais indicadores e variáveis na implementação de abordagem integrada de gestão em segurança, saúde e bem-estar .....	128

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Questões utilizadas no formulário de entrevistas com lideranças.....	58
Tabela 2 – Distribuição das referências pelos temas identificados e suas subdivisões.....	69
Tabela 3 – Distribuição das referências considerando o tipo de contribuição.....	71
Tabela 4 – Instrumento de mensuração das práticas na gestão da informação integrada em saúde.....	135

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estimativa de Subnotificação de Acidentes de Trabalho (CAT), Porto Alegre/RS, de 2007 a 2018. ....	48
Gráfico 2 – Acidentes de trabalho por idade e sexo, Porto Alegre/RS, 2018. ....	50
Gráfico 3 – Liderança e subcódigos por tipo de referência. ....	75
Gráfico 4 – Gestão da informação por códigos por tipo de referência. ....	77
Gráfico 5 – Organização do trabalho por códigos por tipo de referência. ....	105
Gráfico 6 – Remuneração e benefícios por códigos por tipo de referência. ....	108
Gráfico 7 – Controle de riscos e exposição por codificação por tipo de manifestação. ....	118
Gráfico 8 – Comunicação em saúde por codificação por tipo de manifestação. ....	121
Gráfico 9 – Gestão orçamentária de pessoas por codificação por tipo de manifestação. ....	124

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPS	Anuário Estatístico da Previdência Social
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCSS	<i>Dimensions of Corporate Safety Scorecard</i>
DCWS	<i>Dimensions of Corporate Well-being Scorecard</i>
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
HR	<i>Psychosocial Work Environment and Employee Benefits</i>
IIS	<i>Indicators of Integration Scorecard</i>
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MPS	Ministério da Previdência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIOSH	<i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
OHS	<i>Occupational Safety and Health</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLANSAT	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
SafeWell	<i>Integrated Management System for Worker Health</i>
SIMS	<i>SafeWell Integrated Management System for Worker Health</i>
SINAM	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SSMA	Segurança, Saúde e Meio Ambiente
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TWH™	<i>Total Worker Health®</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHP	<i>Worksite Health Promotion</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
3.1 ABORDAGENS INTEGRADAS EM SEGURANÇA, SAÚDE E BEM-ESTAR.....	20
3.2 TECNOLOGIAS PARA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE .....	35
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	52
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	53
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	55
4.5 COLETA DE DADOS .....	59
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>68</b>
5.1 LIDERANÇA .....	73
5.2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO .....	76
5.2.1 O PROCESSO DE GERAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE DADOS.....	79
5.2.2 VARIÁVEIS E INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE .....	82
5.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	102
5.4 REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS.....	106
5.5 CONTROLE DE RISCOS E EXPOSIÇÃO.....	111
5.6 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	119
5.7 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DE PESSOAS .....	122
5.8 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DA GESTÃO DAS INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO E BEM-ESTAR .....	125
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>147</b>
<b>ANEXO A – Parecer de aprovação no CEP</b> .....	<b>154</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>159</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com lideranças</b> .....	<b>162</b>

<b>APÊNDICE B – Roteiro de discussão nos grupos focais .....</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICE C – Referências parciais obtidas durante a coleta de campo.....</b>	<b>165</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Recomendações de entidades mundiais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ou *World Health Organization* (WHO), em inglês, destacam os benefícios econômicos do investimento na saúde dos trabalhadores (WHO, 2010). O cumprimento das obrigações trabalhistas relacionadas à Segurança e Saúde no Trabalho (SST) é uma demanda por força de lei, mas se constitui como um diferencial competitivo, em que a regularização do cumprimento legal e a implementação de programas podem favorecer a manutenção operacional produtiva. Organizações empregadoras com registros de afastamentos dos trabalhadores por doença do trabalho, acidentes típicos, óbitos ou riscos iminentes de acidentes são responsabilizadas economicamente e têm sua imagem afetada junto à sociedade. Aquelas que investem na promoção da saúde dos trabalhadores ocupam lugar entre as mais bem-sucedidas e competitivas, o que contribui para melhores taxas de engajamento dos funcionários. Ao absorverem esta temática entre os seus princípios, as organizações reduzem afastamentos, incapacidades para o trabalho, atenuam custos com saúde e os custos decorrentes da alta rotatividade, assim como obtêm impacto sobre a qualidade dos produtos e serviços (WHO, 2010).

Respondendo às diretrizes da OMS, o Modelo SOLVE (solução, em português) foi concebido como uma abordagem de integração da promoção da saúde às políticas de SST no lugar de trabalho, lançado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (OIT, 2012). Essa abordagem recomenda a adoção de processos sistêmicos e integrados de atenção à saúde do trabalhador. O Modelo SOLVE atua no enfrentamento dos fatores complexos que se inter-relacionam no ambiente de trabalho – álcool e drogas, violência no trabalho, HIV e AIDS, tabaco, nutrição, atividade física, qualidade do sono, estresse econômico e geral – como forma de promover a saúde dos trabalhadores.

Orientados por recomendações dos organismos globais como a OIT e a OMS, os autores Schill e Chosewood (2013) apresentaram a iniciativa do Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH – *National Institute for Occupational Safety and Health*), dos Estados Unidos, ao lançar, em 2011, uma estratégia de integração da segurança no trabalho e proteção da saúde com abordagens de promoção para prevenir acidentes e doenças e avançar nas condições de saúde e

bem-estar, chamada de *Total Worker Health*<sup>®</sup> (TWH<sup>®</sup>). Os autores fazem referência à racionalidade de políticas de saúde corporativas que consideram todos os seus programas e benefícios de modo inter-relacionado e transversal, compreendendo o impacto da vida sobre o trabalho e do próprio exercício do trabalho sobre a vida individual, familiar e em sociedade.

Com investimento governamental em pesquisas e publicações nos centros de pesquisa norte-americanos para que as organizações tivessem subsídios técnicos para implementar essa forma de intervenção na saúde dos trabalhadores, um manual completo, denominado *Safewell practice guidelines: an integrated approach to worker health*, publicado pela *Harvard School of Public Health* (MCLELLAN et al., 2012), foi produzido. Nessa publicação, encontram-se descritas razões para integrar programas em saúde:

- a) ambientes de trabalho mais seguros estimulam o engajamento dos envolvidos em programas corporativos de prevenção em SST e de promoção de saúde;
- b) abordagens integradas possibilitam que os investimentos em promoção de saúde e o exercício dos programas legais de SST sejam integrados, no âmbito estratégico de planejamento, quanto à priorização orçamentária e de execução;
- c) abordagens integradas devem ser suportadas pela integração da gestão de dados entre departamentos, pela coordenação, gerenciamento e análise das informações em toda a organização.

O item c, descrito acima, apresenta certo grau de desafio para as organizações, pois essas usualmente possuem mais de um decisor por processo que analise suas prioridades por área de intervenção e defina ou estipule planejamentos e orçamentos destinados aos seus objetivos setoriais. Invariavelmente, algumas decisões são suportadas por gestores isolados com restrita interação e compreensão dos dados de outros processos que podem impactar nos resultados de sua gestão. A análise unificada e a participação em comitês para tomada de decisão podem apoiar escolhas mais assertivas.

Para essa implementação integrada, é necessário apoiar a vigilância, a análise longitudinal e o conhecimento em saúde, pautados em sistemas de informações em saúde. Os autores ainda descrevem que, usualmente, departamentos diferentes

possuem meios diversos para coletar informações. Para obter sinergia, é preciso criar sistemas de dados integrados. Mesmo que essa integração na gestão da informação represente um desafio, os retornos em longo prazo serão mais abrangentes no auxílio a processos decisórios (MCLELLAN et al., 2012).

A gestão de dados recebe especial atenção, priorizando-se a criação de um sistema de informação para aquelas organizações que ainda não possuem esse processo sistematizado. O gerenciamento de informações destina-se à análise de dados de saúde global e segurança do trabalho combinados. Esse gerenciamento de sistemas e integração de dados descrito pelos autores possibilita que as instituições compreendam melhor a abrangência das necessidades. É ampliada a capacidade de visão com os vários componentes sobre a saúde do trabalhador e sobre o ambiente de trabalho, percebendo-se como a segurança, a saúde e o estilo de vida se inter-relacionam. Riscos potenciais podem ser identificados e mais bem controlados, assim como atender a modelos preditivos.

Também de acordo com os autores, pode não ser o momento mais propício de investimento, para determinada instituição, destinar recursos à implantação de um sistema de informações; entretanto, o fundamental é o processo e a cultura organizacional, além do comprometimento das lideranças. Assim, os líderes podem, mesmo sem um sistema robusto implantado, identificar prioridades, reunir dados parciais por setores e propor modelos de análise integrada e tomada de decisão em conjunto para melhor enfrentar os problemas com propostas abrangentes (MCLELLAN et al., 2012). Devido à complexidade do tema quando se trata de gestão integrada em saúde e a diversidade das questões relevantes para abordagem no conjunto de segurança, saúde e bem-estar corporativo, a gestão baseada em dados e apoiada por sistemas de informação ganha relevância e, por essa razão, tornou-se alvo de pesquisa dessa exploração. Percebida pelos dirigentes da instituição convidada como carência, a adoção de sistemas que controlem indicadores e que por sua vez, suportem a tomada de decisão e a priorização dos investimentos é uma necessidade concreta reconhecida entre os profissionais consultados da entidade estudada.

Em publicação do NIOSH chamada *Fundamentals of Total Worker Health® approaches* (em tradução livre, *Fundamentos para a abordagem Total Worker Health®*), o instituto recomenda que um processo baseado nessa iniciativa seja

implementado com os seguintes elementos: a) demonstrar comprometimento da liderança com a SST em todos os níveis da organização; b) planejar o trabalho para eliminar ou reduzir riscos para segurança e saúde e promover o bem-estar do trabalhador; c) promover o engajamento do trabalhador aos programas por meio de sua participação na concepção destes; d) garantir confidencialidade e privacidade dos trabalhadores; e e) integrar os sistemas relevantes para o avanço do bem-estar dos trabalhadores (NIOSH, 2016).

No Brasil, destacam-se iniciativas integradas e disseminadas. Em dezembro de 2004, o governo federal lançou a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que reforça fatores críticos de atenção em relação à saúde dos trabalhadores. Dentre eles, está a adoção de novas tecnologias e metodologias gerenciais que transformem os processos de trabalho, de forma a modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e o sofrimento mental se sobressaem como casos prevalentes no mundo do trabalho (MT, 2004). A PNSST cita fatores psicossociais relacionados ao trabalho, como o aumento das agressões e situações de violência sofridas pelo trabalhador no ambiente de trabalho, assim como violência também decorrente de situações de trabalho deterioradas, violência ligada às relações de gênero e assédio moral, decorrentes da interação entre pares, chefias e subordinados.

A política indica o papel estratégico das universidades brasileiras ao definir a promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em SST, por meio da articulação com organizações de pesquisa e universidades para a produção de conhecimento sobre o tema, promovendo o desenvolvimento técnico-científico da área. Da mesma forma, descreve a importância da garantia de recursos públicos para linhas de financiamento de pesquisa sobre segurança e saúde do trabalhador.

## 2 OBJETIVOS

Considerando a origem interdisciplinar de desenvolvimento dessa pesquisa os objetivos foram concebidos buscando compreender a análise de processos de geração das informações em saúde, abrangendo o uso de tecnologias e a contribuição para a gestão em saúde dos trabalhadores.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa é estudar as contribuições da gestão da informação em processos de integração de programas em saúde no trabalho relacionados à promoção da saúde, aliados ao exercício dos programas de cunho legal da segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a) identificar o processo de geração de informação e integração de sistemas de dados necessários para suportar a implementação de abordagens integradas em saúde do trabalhador;
- b) mapear as variáveis e os potenciais indicadores quantificáveis relacionados aos programas legais de saúde e às iniciativas de promoção da saúde na organização estudada;
- c) construir uma matriz para especificação de requisitos em sistemas de informação em saúde e segurança no trabalho, que possibilite a adequada priorização de iniciativas e tomada de decisão, tendo como subsídio a gestão da informação em saúde;

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura está estruturada em duas etapas distintas, porém complementares. A primeira delas voltada à caracterização conceitual do método de gestão integrada em saúde no trabalho adotado como referência para o embasamento teórico dessa pesquisa, no qual as ações de bem-estar em gestão de pessoas devem ser articuladas estrategicamente às ações dos programas de segurança e saúde no trabalho. Na segunda etapa da revisão de literatura, o levantamento de pesquisas e teorias buscou compreender o avanço das pesquisas dedicadas a sistemas de informação e estratégias de comunicação em saúde para disseminar, desenvolver programas e estimular a prevenção em saúde com essa premissa.

#### 3.1 ABORDAGENS INTEGRADAS EM SEGURANÇA, SAÚDE E BEM-ESTAR

Para melhor compreensão do cenário nacional e internacional, esta etapa introdutória da revisão busca resgatar recomendações e estratégias já prescritas em documentos oficiais da Federação Brasileira. Essas recomendações foram produzidas em um processo de articulação entre ministérios e representantes de empregadores e trabalhadores e têm avançado desde então, continuamente, na definição de mecanismos que sustentem e suportem iniciativas voltadas ao trabalho seguro e saudável, assim como os meios de engajamento dos trabalhadores em campanhas públicas e privadas de promoção da saúde.

As diretrizes para a formulação do Plano Nacional de Segurança no Trabalho para o Governo Brasileiro foram definidas por meio do Decreto n.º 7.602, de 07 de novembro de 2011, e estabelecem as competências dos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência Social (MPS). Definem como objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST):

I – [...] a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. (BRASIL, 2011)

Na sequência, o Brasil teve seu Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) publicado em abril de 2012, no qual foram estipuladas estratégias, ações, responsáveis e prazos. Nesse documento, a ação de fiscalização, controle e promoção da qualificação dos serviços de SST foi atribuída como permanente para o MTE e parceiros institucionais, nas organizações públicas e privadas. Destacam-se no plano a articulação com o MPS e o MS para a fundamentação das ações regressivas, um mecanismo de recuperação financeira do sistema público de previdência brasileiro, quando atribuída culpa ao empregador diante de custos decorrentes de benefícios acidentários concedidos. As políticas de reabilitação física e psicossocial são caracterizadas como ações permanentes no planejamento, por meio de seu fortalecimento, articuladas a ações de prevenção.

Com isso, a Federação atendeu ao Decreto n.º 1.254, de 29 de setembro de 1994, o qual incorporou à legislação brasileira a Convenção n.º 155 da OIT, que dispõe sobre SST e Meio Ambiente de Trabalho. Essa convenção da OIT estabelece o dever de cada país-membro, em conjunto com as entidades representativas de empregadores e trabalhadores, de constituir, implementar e revisar periodicamente a PNSST, possibilitando a prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, na medida em que se estimula a redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho (CT-SST, 2012).

Precisamente no mesmo ano, pesquisadores engajados em projetos de atenção à abordagem norte-americana recomendada pelo NIOSH publicaram o *Safewell practice guidelines: an integrated approach to worker health*, lançado pela *Harvard School of Public Health* (em tradução livre, Escola de Saúde Pública de Harvard). Nesse documento, o *Dana-Farber Cancer Institute* (em tradução livre, Instituto do Câncer Dana-Farber) da Escola de Saúde Pública de Harvard apresenta o sistema de gerenciamento das abordagens integradas em SST e em promoção da saúde, como demonstrados na Figura 1 (MCLELLAN et al., 2012).

Na publicação, é possível encontrar diversas iniciativas e instrumentos das pesquisas em universidades norte-americanas ligadas aos Centros de Prevenção e Controle de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*), o que proporcionou a existência de ampla literatura sobre o tema. Em 2006 e 2007, o NIOSH fundou três centros: o *Healthier Workforce Center of the Midwest (University of Iowa)*, o centro para *Promotion of Health in the New England Workplace* (parceria entre a *University of Massachusetts Lowell* e a *University of Connecticut*), e a *Harvard T.H.*

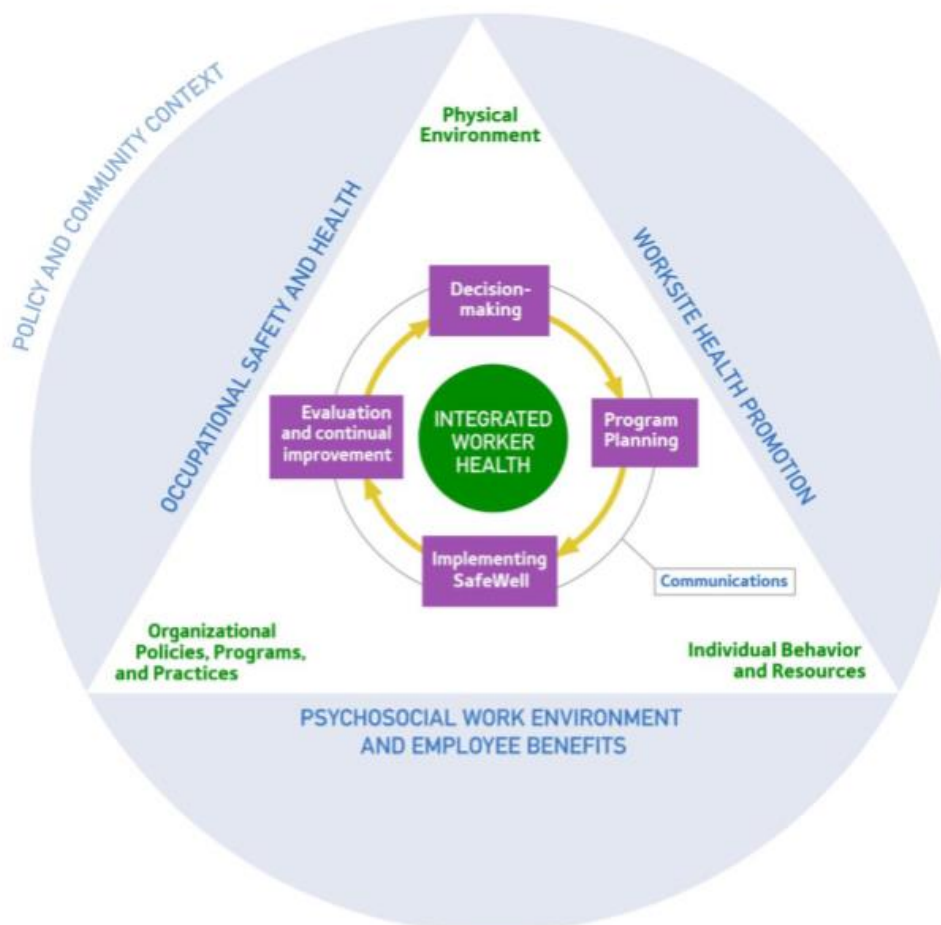
*Chan School of Public Health's Center for Work, Health, and Well-Being (Harvard University)*. Em 2011, o instituto fundou um quarto centro, o *Oregon Healthy Workforce Center (Oregon Health and Science University)*. Em 2016, o NIOSH fundou outros dois centros: o *Center for Health, Work & Environment (University of Colorado)* e o *Center for Healthy Work (University of Illinois at Chicago)* (TAMERS et al., 2019).

A publicação intitulada *Safewell* apresenta o Sistema de Gerenciamento Integrado para a Saúde do Trabalhador (Figura 1). Nos três lados do triângulo, encontram-se as principais áreas a serem integradas: *Occupational Safety and Health (OHS)*, *Worksite Health Promotion (WHP)* e *Psychosocial Work Environment and Employee Benefits (HR)*. Nos três pontos do triângulo, estão os níveis de engajamento: *Physical Environment, Individual Behavior and Resources*, e *Organizational Policies, Programs and Practices*. As principais funções que impulsionam o sistema estão representadas pelas caixas dentro do triângulo: *Decision-making, Program Planning, Implementing SafeWell* e *Evaluation and Continual Improvement*. Reconhecido como um importante componente de todo esse processo, a comunicação é demonstrada no modelo por uma caixa adicional dependente do sistema, denominada *Communications* (MCLELLAN et al., 2012).

O objetivo de estudo sobre a gestão da informação em saúde se reforça com a publicação de Elbanna (2006), quando descreve que o processo de tomada de decisão é concebido e pautado em dados concretos e suportado por uma visão sistêmica dos múltiplos fatores dependentes de um problema. Quando apoiada em dados concretos, a ação dos decisores é menos conduzida pelas influências ou pressões políticas. Há evidências de que gestores engajados em táticas políticas adotam decisões menos efetivas.

O desafio desta pesquisa de estudar a gestão da informação de áreas de saúde diferentes, mas mutuamente inter-relacionadas, recebe expressão ainda na publicação de Schill e Chosewood (2013). Os autores citam que, tradicionalmente, as organizações possuem processos geridos de modo separado para segurança e saúde do trabalhador e promoção da saúde, fragmentados em áreas ou departamentos que atuam de forma independente. Nesse exemplo, incluem-se serviços direcionados a benefícios em recursos humanos, programas de assistência ao trabalhador, atividades e programas de promoção de saúde, programas legais de saúde do trabalhador, assim como programas de reabilitação.

Figura 1 – Sistema de gerenciamento integrado *SafeWell – Integrated Management System for Worker Health*, situado dentro de uma política maior e contexto social, embora a principal ênfase da abordagem seja nos componentes dentro do círculo.



Fonte: [http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell\\_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines\\_Complete.pdf](http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines_Complete.pdf)

O conceito de programas integrados pode ser esclarecido com a abordagem denominada *The SafeWell Integrated Management System* (SIMS). O SIMS integra programas organizacionais, legislação, práticas que abordem a SST, a promoção da saúde do trabalhador, os fatores psicossociais no trabalho nos níveis ambiental, organizacional e individual. Para melhorar a segurança, saúde e bem-estar no trabalho, a abordagem SIMS enfatiza a implementação de um sistema de gestão que se utilize de um programa abrangente e coordenado (MCLELLAN et al., 2012).

Com a publicação dos autores Sorensen et al. (2013), o conceito do *Total Worker Health*<sup>®</sup> é definido como um conjunto de abordagens integradas em saúde do trabalhador com estratégias coordenadas para políticas, programas e práticas

concebidas que, simultaneamente, previnem acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e fortalecem, de maneira global, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Os autores afirmam ainda que é preciso coordenar e integrar as diferentes políticas e a existência de abordagens continuadas.

Nesse âmbito, sugerem indicadores para a avaliação de abordagens integradas:

- a) comprometimento da liderança organizacional com a saúde do trabalhador;
- b) colaboração entre a proteção da saúde e a promoção da saúde no local de trabalho;
- c) políticas e práticas organizacionais de suporte ao modelo integrado;
- d) estratégias de engajamento dos trabalhadores aos programas;
- e) benefícios e incentivos para apoiar a proteção e a promoção da saúde no ambiente de trabalho;
- f) avaliação e vigilância epidemiológica integradas.

Neste último indicador, os autores trazem como exemplo que relatórios sumarizados com indicadores dos programas integrados devem ser apresentados para a alta administração das organizações de forma regular, com a devida proteção e confidencialidade de dados dos trabalhadores, em modelo de painel de bordo.

Para compreender que aspectos poderiam compor um sistema de gestão da informação, os itens recomendados para serem analisados e abordados em metodologias de integração de programas são introduzidos por Schill e Chosewood (2013) para elucidar a perspectiva do *Total Worker Health*<sup>®</sup>. O mesmo quadro é novamente revisado e tem seus dados reestruturados em 2015 quando divulgados em publicação oficial da abordagem, concebendo de modo sistêmico as questões que interferem na saúde dos trabalhadores (Quadro 1) (NIOSH, 2016).

Schill e Chosewood (2013) apontam a execução de reuniões conjuntas regulares das equipes de promoção de saúde e segurança como exemplos de integração dos processos e programas em saúde, com grupos constituídos de forma mista em comitês diretivos. Outros casos práticos elucidativos, tais como: programas de proteção respiratória que reduzam exposição de agentes identificados nas avaliações químicas, com a instalação de equipamentos de proteção coletiva, como sistemas de ventilação no ambiente, e que busquem reduzir consumo de tabaco e outras drogas simultaneamente, como contrapartida do trabalhador para seu bem-estar e saúde. Intervenções ergonômicas que compreendam ações de prevenção

voltadas às doenças reumáticas ou, ainda, esforços prioritários de gerenciamento do estresse organizacional para então, posteriormente, desenvolver resiliência nos trabalhadores.

Quadro 1 – Questões relevantes para o *Total Worker Health*<sup>®</sup>.

<b>Questões Relevantes para o Avanço do Bem-estar do Trabalhador por meio do <i>Total Worker Health</i><sup>®</sup></b>		
<p><b><u>Controle de riscos e exposição</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Químicos</li> <li>- Agentes físicos</li> <li>- Agentes biológicos</li> <li>- Fatores psicossociais</li> <li>- Fatores humanos</li> <li>- Avaliação e gestão dos riscos</li> </ul> <p><b><u>Organização do trabalho</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga e prevenção do estresse</li> <li>- Prevenção da intensificação do trabalho</li> <li>- Equipe segura</li> <li>- Gestão da hora extra</li> <li>- Trabalhos de turnos saudáveis</li> <li>- Redução dos riscos para longas jornadas</li> <li>- Jornada flexível</li> <li>- Refeições e intervalos de repouso adequados</li> </ul> <p><b><u>Suporte na concepção de ambientes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade do ar saudável</li> <li>- Acesso a opções alimentares saudáveis e acessíveis</li> <li>- Instalações sanitárias seguras e limpas</li> <li>- Instalações para refeições seguras, limpas e equipadas</li> <li>- Acesso seguro ao local de trabalho</li> <li>- Ambientes destinados a acomodar a diversidade de trabalhadores</li> </ul> <p><b><u>Liderança</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprometimento compartilhado com a segurança, saúde e bem-estar</li> <li>- Gerentes, supervisores e executivos solidários</li> <li>- Tomada de decisão empresarial responsável</li> <li>- Trabalho e engajamento significativos</li> <li>- Reconhecimento e respeito ao trabalhador</li> </ul>	<p><b><u>Remuneração e benefícios</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salários adequados</li> <li>- Equidade nas avaliações de desempenho e promoção</li> <li>- Relação vida e trabalho</li> <li>- Seguro em caso de afastamento, deficiência, a curto e longo prazo</li> <li>- Seguro de saúde e de vida acessível e abrangente</li> <li>- Prevenção dos custos de compartilhamento para usuários</li> <li>- Planejamento da aposentadoria e benefícios</li> <li>- Prevenção de doenças crônicas e gestão de casos</li> <li>- Acesso a serviços de saúde com qualidade e confidencialidade</li> <li>- Carreira e desenvolvimento de competências</li> </ul> <p><b><u>Suporte comunitário</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Design</i> comunitário saudável</li> <li>- Opções de habitação seguras, saudáveis e acessíveis</li> <li>- Ambiente seguro e limpo (qualidade do ar e da água, níveis de ruído, livre de tabagismo)</li> <li>- Acesso a espaços verdes seguros e percursos não motorizados</li> <li>- Acesso a recursos de saúde e bem-estar de qualidade a valores acessíveis</li> </ul>	<p><b><u>Mudanças demográficas da força de trabalho</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Força de trabalho diversa e multigeracional</li> <li>- Envelhecimento da força de trabalho</li> <li>- Populações trabalhadoras vulneráveis</li> <li>- Trabalhadores com deficiências</li> <li>- Disparidades na saúde ocupacional</li> <li>- Aumento do número de pequenos empregadores</li> <li>- Força de trabalho global e multinacional</li> </ul> <p><b><u>Questões legais</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Privacidade da informação em saúde</li> <li>- Acomodações aceitáveis</li> <li>- Retorno ao trabalho</li> <li>- Equidade nas oportunidades de emprego</li> <li>- Licença médica e familiar</li> <li>- Eliminação do <i>bullying</i>, violência, assédio e discriminação</li> <li>- Prevenção de práticas de monitoramento de trabalho estressantes</li> <li>- Políticas organizacionais centradas no trabalhador</li> <li>- Novos padrões de emprego, promovendo o envelhecimento produtivo</li> <li>- Contratação e subcontratação</li> <li>- Precarização do trabalho</li> <li>- Dupla jornada</li> <li>- Reestruturações e fusões organizacionais</li> <li>- Seguro-desemprego e financeiro</li> </ul>

Fonte: NIOSH (2016, p. 17). Traduzido e adaptado pelos autores desta pesquisa.

Modificar processos complexos em saúde em políticas e programas pode parecer desafiador; entretanto, casos de intervenções rápidas também demonstram resultados positivos, como os descritos no estudo-piloto de intervenção para melhorar a saúde e a segurança de trabalhadores de dois hospitais de Boston, nos Estados Unidos. Uma intervenção de três meses foi realizada em sete unidades hospitalares com 374 trabalhadores, sendo 303 acompanhados posteriormente. Na avaliação pós-intervenção, foram constatadas mudanças em segurança, comportamentos relacionados à ergonomia e suas práticas e apoio social. Após a intervenção, houve aumento do manuseio seguro dos pacientes, práticas de segurança e ergonomia adotadas, assim como o aumento do suporte de supervisores. Os autores referem a necessidade de intervenções mais longas para observar redução de risco para doenças musculoesqueléticas, considerando que este foi o atributo não significativo na análise estatística (CASPI et al., 2013).

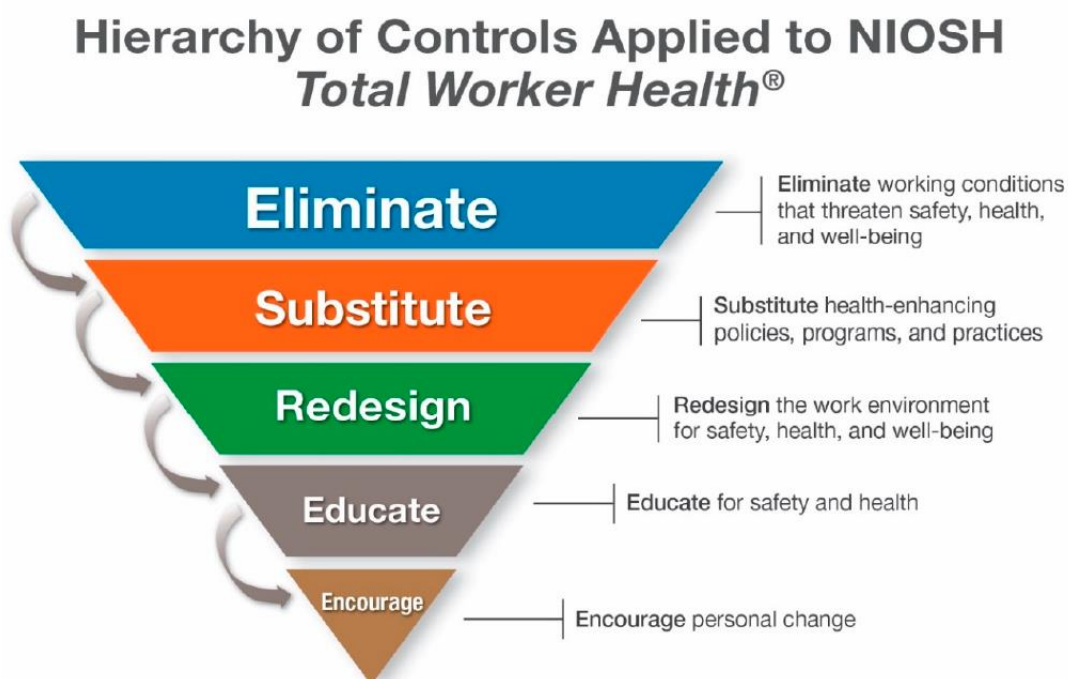
Em outro estudo em atividades hospitalares, Kim et al. (2013) avaliaram a queixa de dor musculoesquelética em trabalhadores do atendimento ao paciente e sua associação com a percepção destes sobre a inadequação da equipe em que trabalhavam. Foram avaliados dados de 1.572 trabalhadores de dois hospitais universitários. Os pesquisadores utilizaram a subescala *Staffing adequacy* do instrumento *Nursing Work Index*, uma escala contínua para estimativa de adequação percebida por trabalhadores de uma mesma unidade, e o questionário nórdico autorreferido (*Standardized Nordic Questionnaire for musculoskeletal symptoms*). Com a análise estatística, os autores concluíram que a percepção de inadequação da equipe pode estar associada com a alta prevalência de dor nas costas, e, ainda, fatores psicossociais relacionados ao trabalho podem desempenhar um papel importante em potencializar essa percepção de dor.

As boas práticas de manejo de pacientes em hospitais podem contribuir também para o bem-estar dos trabalhadores. Dennerlein et al. (2016) acompanharam, por 12 meses, 1.832 trabalhadores de assistência direta, cuidadores de saúde, e avaliaram as práticas de trabalho e dor autorreferida enquanto monitoravam o surgimento de lesões por esforço em dois hospitais, um com o programa de manejo dos pacientes e outro como controle. Aqueles atuando no modelo de práticas seguras observaram reduções significativas de dor e lesão em relação ao grupo controle, reforçando a relevância de se adotarem modelos de boas práticas no manejo de pacientes, bem como o quanto contribuem para o bem-estar dos trabalhadores.

Crítérios para a avaliação de programas integrados em saúde do trabalhador são citados na publicação de Anger et al. (2015). Segundo os autores, abordagens baseadas no modelo TWH<sup>®</sup> devem ser avaliadas pelo menos em quatro aspectos: a) redução da taxa de fatores de risco, lesões ou doenças crônicas; b) como se possibilitou a redução desses fatores; c) se as avaliações mostram evidências de melhoria sustentada dos fatores de risco para além do fim das ações de intervenção; e d) custos do programa.

O NIOSH (2015) publicou uma adaptação da Hierarquia dos Controles adotada por Sistemas de Gestão de Segurança e Saúde aplicada à metodologia TWH<sup>®</sup>. A concepção é que, na hierarquia, os métodos na porção superior da pirâmide invertida são mais eficazes e protetores do que as iniciativas na porção inferior; seguir essa hierarquia pode reduzir o risco de doença ou lesão decorrente de acidentes. Na publicação de Tamers et al. (2019), encontra-se a Figura 2, a qual ilustra a adaptação da proposta para a abordagem. A lógica de aplicar a hierarquia decorre da ênfase em considerar os determinantes ambientais da saúde em nível de sistema antes das abordagens de programas individuais; este é um princípio fundamental da abordagem TWH<sup>®</sup>.

Figura 2 – Hierarquia dos controles aplicados à abordagem TWH<sup>®</sup>.



Fonte: NIOSH (2015).

Existem características-chaves de efetividade para abordagens integradas em saúde. Seis dessas características principais são apresentadas por McLellan et al. (2017):

- 1) Compromisso da liderança: considera a segurança, saúde e bem-estar da força de trabalho uma prioridade para toda a empresa; os líderes estão comprometidos e fornecem as condições e o ambiente necessários para desenvolver os requisitos e características positivas para o trabalho saudável;
- 2) Participação: todos os interessados estão envolvidos, incluindo os representantes dos trabalhadores, os quais contribuem no planejamento e em esforços com foco na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores;
- 3) Políticas, programas e práticas direcionadas para condições de trabalho positivas: a empresa aprimora os processos e programas com práticas que qualificam as condições de trabalho;
- 4) Estratégias abrangentes e colaborativas: trabalhadores de toda a entidade se comprometem e trabalham em conjunto para desenvolver ações ampliadas de saúde e segurança;
- 5) Cumprimento Legal (Aderência): a entidade cumpre os requisitos legais, normativas e códigos éticos que promovem os avanços pretendidos;
- 6) *Data-driven change*: sistema de tomada de decisão baseado em avaliações regulares e orientado por dados e registros para a melhoria contínua das iniciativas de segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Pesquisas com integração de abordagens em saúde têm envolvimento de trabalhadores e líderes que contribuem para o entendimento das prioridades de investimento das organizações (MCLELLAN et al., 2012). Segundo Shrimpton et al. (2008), buscar soluções para problemas complexos com diversos interessados pode ser uma alternativa exitosa.

Uma experiência australiana no processo de tomada de decisão em saúde pública em que o tema do envelhecimento se confrontava com os altos custos em saúde e limitações orçamentárias possibilitou a interação de 54 membros do público e de profissionais de saúde em oito grupos focais. O processo de estudo explorou a legitimidade de participação em decisões de definição de prioridades. Os autores descrevem o quanto a população em geral foi capaz de alcançar discussões

avançadas sobre os temas propostos e sobre soluções a serem adotadas, o que se esperaria talvez apenas dos profissionais de saúde, por serem mais bem preparados. Houve grande ganho coletivo ao propiciar, em um ambiente controlado, o desenvolvimento de discussões sobre as questões éticas em saúde com a deliberação de proposições, as quais possivelmente não ocorreriam de forma isolada, avaliando suas atitudes e entendimentos para alcançar decisões que interessassem a todos. Os resultados dessa pesquisa sugerem que os métodos qualitativos de investigação têm o potencial de melhorar a legitimidade e a responsabilização das decisões políticas, contribuindo para uma melhor compreensão dos valores do público e dos profissionais de saúde (SHRIMPTON et al., 2008).

Sorensen et al. (2016) fizeram um amplo levantamento de estudos realizados em Boston e Minnesota de 2009 a 2015. A análise de dados de três estudos com trabalhadores hospitalares identificou três temas relevantes de saúde e segurança para os resultados de intervenções: as lesões, a dor musculoesquelética e os comportamentos saudáveis. Esses fatores colaboram para a diversidade de determinantes no ambiente de trabalho e na condição socioeconômica dos trabalhadores.

O ambiente psicossocial no trabalho, compreendendo o suporte de supervisores, teve especial destaque: os autores identificaram que setores onde os trabalhadores reportaram a atuação dos melhores supervisores apresentavam menores taxas de lesões. Os conflitos entre família e trabalho e a flexibilidade no trabalho relacionaram-se com depressão e ansiedade. Altos níveis de conflitos na relação família-trabalho associaram-se com deficiência do sono e com diversos tipos de dor musculoesquelética. Assédio no trabalho indicou associação com doenças crônicas e com o aumento de fatores de risco, como obesidade e baixos níveis de atividade física. O nível de decisão ao qual o trabalhador estava habilitado e a demanda de trabalho ao qual estava submetido mostraram-se diretamente relacionados à dor musculoesquelética. Comportamentos saudáveis foram descritos, incluindo atividade física e sono, sendo este último determinante para o alcance do bem-estar e da plenitude física segundo os autores.

Um estudo conduzido por Fabius et al. (2016) sobre a performance das organizações no mercado de ações analisou aquelas que comprovadamente possuíam uma cultura integrada de segurança e saúde e identificaram que essas organizações apresentaram vantagem competitiva na bolsa de valores, com melhor

desempenho das ações e retornos aos acionistas. Os autores refletem que os resultados podem ser mais expressivos do que a redução de custos diretos e indiretos com a prevenção de doenças e acidentes. Mesmo citando a limitação no estudo para determinar uma associação direta com esse resultado, já que existem múltiplos fatores que conduzem ao desempenho econômico de uma organização, os pesquisadores identificaram relação entre o alto padrão de implementação de boas práticas e o desempenho econômico.

Continuamente, a abordagem de práticas integradas recebe atualizações pelas equipes de pesquisa da *Harvard T.H. Chan School of Public Health*. Sorensen et al. (2018) desenvolveram um novo instrumento de avaliação integrada de segurança e saúde no local de trabalho para aplicação em profissionais que representem as áreas abordadas do nível médio de gestão das organizações, o qual foi chamado de *Workplace Integrated Safety and Health (WISH) Assessment*. Esse instrumento abrange os seguintes itens na avaliação: compromisso da liderança, participação, políticas, práticas e condições de trabalho, estratégias abrangentes e colaborativas, cumprimento legal e tomada de decisão orientada por dados.

Algumas empresas encontram dificuldades em compreender por onde iniciar um processo de gestão integrada. Nessa perspectiva, Chosewood (2018) detalha formas de iniciar essa jornada:

- a) reunir todos os líderes por programas de saúde no trabalho, incluindo segurança, saúde no trabalho, gestão de pessoas, programas de assistência, programa de inclusão e demais programas relacionados;
- b) iniciar por uma avaliação da organização para estimar o clima atual em relação a segurança, saúde e bem-estar;
- c) ouvir os trabalhadores, “dar voz”, perguntando sobre seus desafios, necessidades e sugestões;
- d) coordenar estratégias que perpassem todos os processos organizacionais;
- e) estabelecer atividades e objetivos compartilhados de forma a atingir a meta em comum de melhorar a segurança, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores;
- f) garantir a proteção da privacidade dos trabalhadores;
- g) com base na avaliação organizacional, formular melhorias em segurança e saúde e intervenções norteadas pelas necessidades dos trabalhadores;

- h) valorizar as contribuições, proporcionar autonomia e flexibilidade dos trabalhadores na formulação e atribuição das funções;
- i) estabelecer rotinas de pesquisas para avaliação da percepção dos trabalhadores, mapeando o progresso das estratégias adotadas;
- j) assegurar que o ambiente de trabalho, as políticas e as condições de trabalho promovam segurança, saúde e bem-estar.

Com o objetivo de possibilitar a avaliação da implementação de programas integrados em saúde, Guimarães et al. (2018) desenvolveram um processo de adaptação transcultural, para o português do Brasil, do instrumento norte-americano *Dimensions of Corporate Safety Scorecard* (DCSS), elaborado pelo *Harvard T.H. Chan School of Public Health's Center for Work, Health and Well-being*. O processo se iniciou pela dimensão dos aspectos de segurança no trabalho da ferramenta. O instrumento original é composto por oito seções: *leadership and management; hazard anticipation, prevention, detection and control; injury management and disability prevention; safety and health training; employee participation; administration and supervision; planning and evaluation; e summary scoring*. Na versão em português brasileiro, a ferramenta foi renomeada como Questionário sobre Dimensões da Segurança Corporativa (QDSC) e apresenta-se como a etapa inicial para a aplicação de avaliação da efetividade das ações de saúde, segurança e bem-estar no ambiente de trabalho. Os autores reconhecem a futura necessidade de estudos quantitativos que permitam avaliar a validade e os aspectos psicométricos dessa tradução, sugerindo a criação de repositórios de dados para futuras comparações.

Na sequência, o referido grupo de pesquisadores viabilizou a utilização do instrumento *Dimensions of Corporate Well-being Scorecard* (DCWS), também originalmente elaborado pelo *Harvard T.H. Chan School of Public Health's Center for Work, Health and Well-being*, por meio da adaptação transcultural para o português do Brasil, denominado, neste idioma, Questionário sobre as Dimensões do Bem-Estar Corporativo (QDBC). O DCWS é formado por cinco seções, sendo elas: *organizational culture and leadership; program design; program implementation and resources; program evaluation; e scoring summary*. Os itens do instrumento são pontuados através de uma escala de Likert que varia de “não se aplica de forma alguma” (0) a “aplica-se totalmente” (5), podendo seu escore total oscilar de 0 a 100 pontos. Segundo os autores da publicação, Massuda Junior et al. (2018), o rigor metodológico com que o processo foi conduzido gerou um instrumento satisfatório e adequado para

a investigação de programas voltados à saúde, à segurança e ao bem-estar dos trabalhadores de organizações no Brasil. Cabe ressaltar um dos itens traduzidos para avaliação das organizações, referente à integração de sistemas relevantes. Sua tradução foi aceita no processo de validação como:

A elaboração do programa envolve um inventário inicial e uma avaliação dos programas e políticas existentes que sejam relevantes para a saúde e bem-estar, assim como a determinação de suas potenciais conexões. Em geral, os sistemas melhor integrados funcionam mais efetivamente. Os programas devem refletir uma visão abrangente da saúde: saúde comportamental, mental e física são parte da saúde geral. Nenhuma oferta de programa aborda completamente todas essas dimensões da saúde. Deve-se integrá-los em um amplo sistema centrado na saúde (não os gerenciando separadamente) e coordená-los com um sistema geral de gerenciamento de saúde e segurança no trabalho. A integração de diversos sistemas de dados pode ser particularmente importante e desafiadora. (MASSUDA JUNIOR et al., 2018)

As lideranças dos grupos anteriormente citados produziram, na continuidade dos estudos, uma terceira publicação, sobre a adaptação transcultural para o português brasileiro do instrumento *Indicators of Integration Scorecard* (IIS). Esse instrumento teve seu processo de tradução consentido também pelos autores norte-americanos, tendo sido originalmente desenvolvido a partir do trabalho dos pesquisadores do *Harvard T.H. Chan School of Public Health's Center for Work, Health and Well-being* (OLIVEIRA et al., 2019). Na versão brasileira, o instrumento foi intitulado *Indicadores Integrados de Práticas de Saúde na Organização* (IIPSO).

A ferramenta original IIS possui 23 itens, divididos em quatro seções: *organizational leadership and commitment*; *coordination between health protection and health promotion*; *supportive organizational policies and practices*; e *comprehensive program*. O aspecto avaliado como “*Supportive organizational policies and practices*” apresenta-se desagregado em quatro subfatores: *processes for accountability and training*; *coordinated management and employee engagement strategies*; *benefits and incentives to support workplace health promotion and protection*; e *integrated evaluation and surveillance*. A escala de avaliação de cada um dos 23 itens é composta de valores de 0 a 2, os quais correspondem, respectivamente, a *absent*, *partially adopted*, e *fully achieved*. O escore geral pode ser representado por valores de 0 a 46 pontos. Oliveira et al. (2019) defendem que a população-alvo que se utilizará dessa ferramenta nos ambientes de trabalho são profissionais que tenham

a condição de mensurar o desempenho e a integração de programas de bem-estar, saúde e segurança no trabalho nos diversos tipos de empresas existentes.

A efetividade de programas legais em segurança e saúde no trabalho depende de modelos que permitam a adoção de medidas preventivas, mitigando riscos que estejam identificados no trabalho com a adoção de ações proativas com foco na melhora das condições de trabalho, saúde, segurança e satisfação dos trabalhadores. Para compreender quais são os fatores de sucesso, as barreiras e os indicadores controlados na implementação de modelos de Sistema de Gestão de Segurança e Saúde, os autores Da Silva e Amaral (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura com a análise final de 21 artigos em inglês publicados de 2007 a 2018.

Os pesquisadores referem fragilidades nos modelos existentes pela deficiência de indicadores epidemiológicos, reconhecendo uma predominância de controles em segurança do trabalho com menor evidência de análises em saúde ocupacional. Indicadores identificados na revisão sistemática compreendem, como indicadores aplicáveis nos estudos analisados, frequência de acidentes de acordo com a ocupação; nível de consciência em SST; frequência de conduta insegura; tempo de trabalho com zero acidentes. Sobre desempenho gerencial, incluem cumprimento de ações por parte da alta administração; taxa de conclusão de medidas corretivas preventivas; frequência de auditorias internas; frequência de reclamações por funcionários ou comunidade; frequência de publicação no ambiente corporativo de relatórios de segurança. Sobre desempenho operacional, abrangem frequência de implementação de treinamento; nível de segurança de máquinas; nível do sistema de combate a incêndios; uso de equipamentos de proteção individual; frequência de notificação de acidentes; número de exames médicos periódicos realizados; treinamentos sobre habilidades e competências para as tarefas; treinamentos em saúde, segurança e meio ambiente; preparação para emergências; participação dos trabalhadores na tomada de decisão e implementação de Segurança, Saúde e Meio Ambiente (SSMA); acompanhamento de eventos com lesões; número de dias perdidos por acidente ou doença; atrasos na manutenção de máquinas; taxa de rotatividade de pessoal; taxa de infecção adquirida em hospitais; número de reuniões de equipes com participação de gerentes sobre SST; número de profissionais comunicados sobre políticas e processos; número de avaliações de risco realizadas e frequência de avaliação; número de reuniões gerenciais sobre SST e comprometimento da alta administração (DA SILVA; AMARAL, 2019).

Lacerda e Rodrigues (2006) abordaram os paradigmas construtivos dos sistemas de indicadores. Sob a ótica da Teoria das Restrições, em que o mundo dos ganhos requer uma análise sistêmica de uma corporação, onde o ótimo global raramente será resultado da soma dos ótimos parciais da organização. Os indicadores deveriam mobilizar as partes para a compreensão do todo. Os autores descrevem princípios construtivos para indicadores sistêmicos: 1) Indicadores estão associados à função planejamento e a tomada de decisão estratégica, tática e operacional; 2) Não são numéricos, apenas escalares, direcionando para o aumento ou diminuição; 3) O sistema de indicadores deverá desdobrar a estratégia da empresa pela organização; 4) Os indicadores deveriam ser agregados e consolidados, permitindo a centralização em poucos indicadores; 5) Os indicadores setoriais deverão ultrapassar os limites do setor, de maneira que a solução sempre esteja integrada com outras áreas da empresa; e 6) Os indicadores deveriam ser avaliados sempre de maneira dinâmica (evolução no tempo e espaço), sistêmica e comportamental, e nunca estática.

Algumas características elucidam o processo de mudança mental sobre a construção dos indicadores sistêmicos. Os indicadores tem a função de planejamento, demonstrando a direção que a empresa almeja conquistar, enquanto que os medidores tem um direcionamento no processo de controle e podem ser numéricos (quantitativos ou qualitativos). Um sistema de indicadores eficaz deve gerar um conjunto de ações positivas para o seu atingimento, fazendo com que as partes atuem para eliminar as barreiras ao atingimento. Para que sejam sistêmicos, os indicadores devem ser transversais, ultrapassando os resultados de uma única área, e as áreas devem envolver-se para além de suas fronteiras gerenciais, complementam Lacerda e Rodrigues (2006).

### 3.2 TECNOLOGIAS PARA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A revisão de literatura aqui apresentada é resultado de uma revisão sistemática que será objeto de publicação específica e teve seu desenvolvimento com o objetivo de identificar práticas no uso dos sistemas de informação em saúde na temática do bem-estar no contexto dos ambientes de trabalho. Para a compreensão do cenário mais recente, o qual envolve a utilização de tecnologias, foram considerados os artigos identificados nos últimos cinco anos, de janeiro de 2015 a fevereiro de 2020.

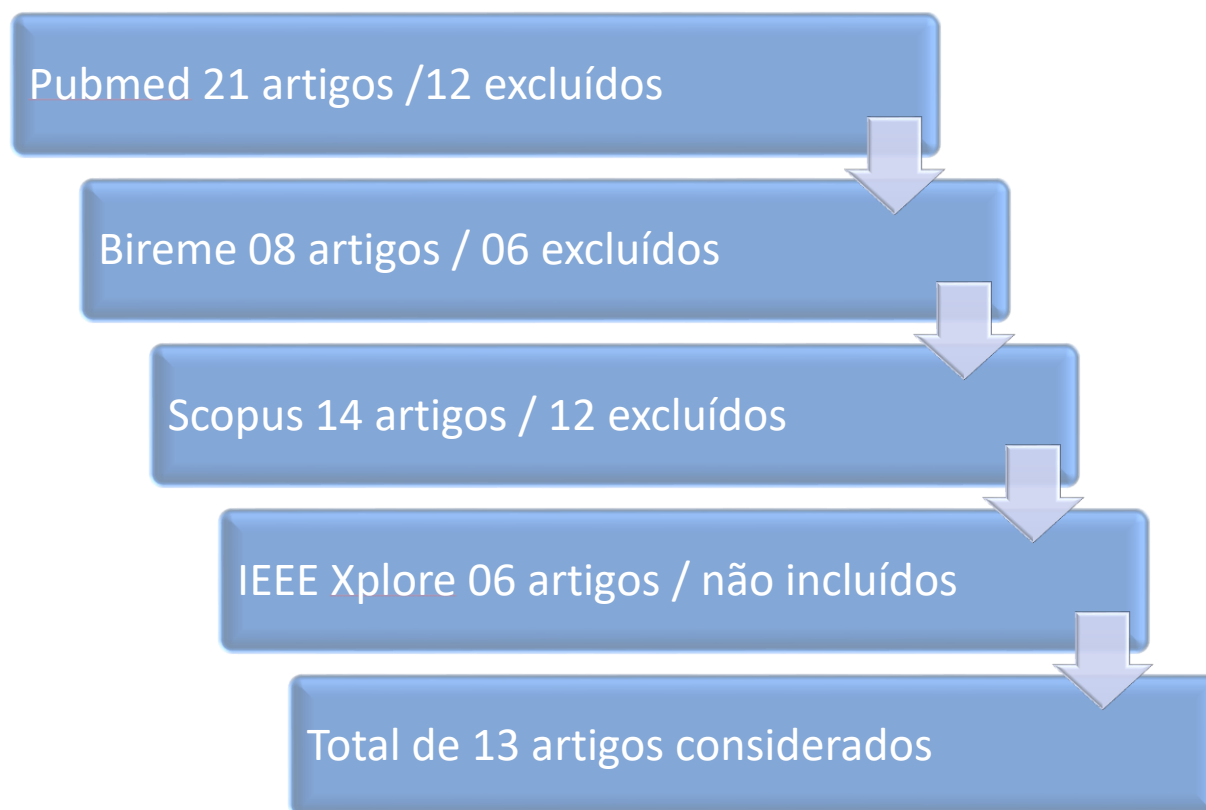
Com os descritores MeSH *terms*, a *string* de busca (*health promotion*) [Title] e (*health information technologies*) [All Fields] AND *workplace* [All fields] foi explorada nas bases de dados Pubmed PMC, onde foram localizados 21 artigos. Destes, 12 foram excluídos da análise por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, sendo nove considerados na análise. Na base de dados BVS Bireme, dos oito artigos localizados com a *string* de busca (*tw:(health promotion)*) AND (*tw:(health information technologies)*) AND (*tw:(workplace)*), seis foram excluídos do conjunto de análise por não corresponderem aos critérios de inclusão, sendo dois incluídos no presente estudo.

Na base SciELO Citation Index (Web of Science) com a *string* *TI=(health promotion)* AND *TS=(health information technologies)* AND *TS=(workplace)*, não foram localizados artigos que correspondessem à busca. Na base de dados Scopus Elsevier, a pesquisa foi adaptada com a *string* (*TITLE(health promotion)* AND *TITLE-ABS-KEY(occupational health)* AND *TITLE-ABS-KEY (health information technologies)*), pois, com o descritor *workplace*, a pesquisa não trouxe resultados. Sem o descritor *workplace*, foi possível localizar 14 artigos. Apenas dois foram considerados na análise; os demais não corresponderam aos critérios de inclusão. E, por último, na base de dados IEEE Xplore, a *string* de busca *health promotion* AND *health information technologies* AND *workplace* identificou seis artigos, sendo todos desconsiderados por não se enquadrarem nos critérios e tema de busca requeridos. Na mesma base, foi realizada consulta com o descritor *occupational health*, obtendo-se apenas dois artigos já identificados anteriormente.

Como os temas de busca concerniam à interdisciplinaridade da área de tecnologias da informação em saúde e promoção da saúde, optou-se pela pesquisa nessas cinco bases de dados. Com o objetivo de identificar estudos relacionados à saúde no ambiente de trabalho, os melhores resultados foram alcançados com o

descriptor *workplace*; entretanto, houve a necessidade de adaptar a string de busca com a substituição pelo descritor *occupational health* em uma das bases de dados, como descrito acima, para ampliar o número de artigos identificados.

Figura 3 – Artigos identificados e excluídos nas bases de dados.



Fonte: Autores (2020).

Foram critérios de inclusão artigos originais e revisões sistemáticas publicados nos últimos 5 anos, sobre adultos, que tratassem dos desafios de implementação de programas de promoção de saúde no ambiente laboral, que abordassem estratégias de engajamento, tecnologias, métodos de informação, comunicação em saúde em pelo menos mais de um tema de interesse da área, com mais de um fator para análise, e não apenas atividades físicas, por exemplo. Foram critérios de exclusão artigos que versassem sobre a promoção de saúde em populações não economicamente ativas (como crianças e adolescentes), comunidades, saúde pública enquanto saúde geral, povos indígenas, artigos que se referissem a um único tópico da promoção da saúde, sem qualquer integração com o desafio da gestão ou, ainda, que tivessem indisponibilidade de acesso.

Os artigos escolhidos (Figura 3) representam a diversidade de assuntos que são compreendidos na temática do bem-estar no ambiente de trabalho relacionado ao uso de tecnologias de informação em saúde. As pesquisas selecionadas agregam contribuições em diferentes pontos: plataformas digitais, ferramentas eletrônicas, *wearables*, revisões sistemáticas sobre os temas da *string* de busca, percepção dos trabalhadores sobre o uso das tecnologias, comunicação e estratégias adotadas pelos programas.

No que tange à questão das plataformas digitais, Goldberg et al. (2015) realizaram um estudo para validação do uso de uma plataforma para ações de promoção de saúde no ambiente de trabalho. A plataforma digital possuía rastreamento de atividades, funcionalidade de monitoramento e redes sociais (com atividades voltadas para *feeds* sociais), disponibilização de vídeos de exercícios físicos, culinária, atividades educativas e gamificadas. Por meio de um sistema de pontuação, o modelo buscou motivar os colegas e equipes com funcionalidades para *tablets*, computador ou *smartphones*. Os grupos testados se utilizaram de pedômetro digital como atividade de rastreamento e faixas de resistência para treinamentos de força. Após um período de intervenção, houve aumento significativo de ingestão de frutas e vegetais e frequência de atividade física. Os índices autorrelatados de depressão e estresse foram reduzidos, e, proporcionalmente, os trabalhadores descreveram mais felicidade. Houve melhoras na percepção da qualidade e do tempo de sono e incentivo dos colegas de trabalho para se envolverem em dieta e atividades físicas, fazendo exercícios em conjunto. A análise longitudinal revelou manutenção dos resultados da intervenção com manutenção dos benefícios após um período de reforço.

Ainda sobre plataformas, a busca nas bases evidenciou o estudo de Maimone et al. (2018), os quais desenvolveram, em Trento, na Itália, um sistema chamado PerkApp: uma proposta de arquitetura de sistema para persuasão para um estilo de vida saudável. O artigo se concentrou no *design* e na implementação da plataforma, que se propõe a monitorar os hábitos alimentares e a atividade física e provocar motivação por meio da interação de mensagens automaticamente geradas, com o intuito de influenciar os usuários. O sistema foi produzido em um contexto real voltado à promoção da saúde no trabalho e se otimiza com o aprendizado de máquina decorrente de sua utilização.

As tecnologias relacionadas com o monitoramento do indivíduo foram citadas pelos autores Edington et al. (2016) quando descrevem, de forma preditora, que o futuro do bem-estar terá uma alta adesão até 2040 com o monitoramento proporcionado por *wearables*, consideradas tecnologias vestíveis, com dispositivos portáteis *mHealth* – dispositivos móveis de saúde, equipamentos com apelo da moda, como acessórios que ganham escala entre os usuários. Tais recursos possibilitam que os sujeitos monitorem sua saúde, o comportamento *fitness*, o estilo de vida, analisando seus comportamentos e como isso está impactando seu bem-estar. Podem alertar o usuário quando os sinais e comportamentos destoam do padrão, com potencial redução de visitas médicas. Monitoram duração e qualidade do sono, movimentos corporais, permanência imóvel e permitem que o indivíduo lance dados complementares sobre alimentação e humor.

Os recursos vestíveis podem aprender com o usuário e estabelecer recomendações de alimentação, por exemplo. Para além de relógios, pedômetros e pulseiras, empresas investem em produção de roupas com mangas inteligentes capazes de medir a frequência cardíaca do usuário, respiração e temperatura. Propiciam que um serviço médico monitore um sujeito diabético para controle de uma hiperglicemia ou hipoglicemia (EDINGTON et al., 2016). Os autores alertam que muitos dispositivos ainda não são adequadamente testados, podendo não assegurar a proteção de dados dos usuários no ambiente de trabalho e gerar excessivo controle e ansiedade em pessoas que já eram saudáveis e adotaram tecnologias de monitoramento.

Pesquisadores brasileiros realizaram em 2017 uma revisão sistemática com foco em tecnologias aplicadas à promoção da saúde do trabalhador (DOS SANTOS et al., 2017). Com o uso dos descritores *health promotion*, *health education*, *eletronic supplementary materials*, *health people programs* e *workplace*, foram obtidos 3.071 títulos, sendo definidos como escopo da análise apenas 16 artigos dentro dos critérios selecionados. Dos artigos analisados pelos autores, nenhum apresentava como desfecho um processo mais amplo de gestão da informação em saúde por meio das tecnologias; todos tinham como base um único processo da promoção da saúde, tratando os desfechos isoladamente.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada em 2017, cita, no âmbito das políticas públicas, dentre seus objetivos específicos, a relação de suas práticas com sistemas de informação quando especifica o objetivo de “Promover

meios para a inclusão e a qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e de inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações”, assim como “Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2018, p. 11). Como temas transversais, a PNPS explicita que, em Vida no Trabalho, deve-se inter-relacionar o tema de forma priorizada com o trabalho formal e não formal nos diferentes setores da economia, considerando os distintos espaços sociais, reconhecendo possibilidades de operacionalizar a promoção da saúde e suas atividades de maneira participativa. Nos eixos operacionais, estabelece que, para Vigilância, Monitoramento e Avaliação, sejam utilizadas diversas abordagens na produção e análise de informações sobre as condições de saúde dos sujeitos e dos coletivos populacionais para dar subsídios às decisões, medidas e implantação de políticas públicas de saúde e qualidade de vida.

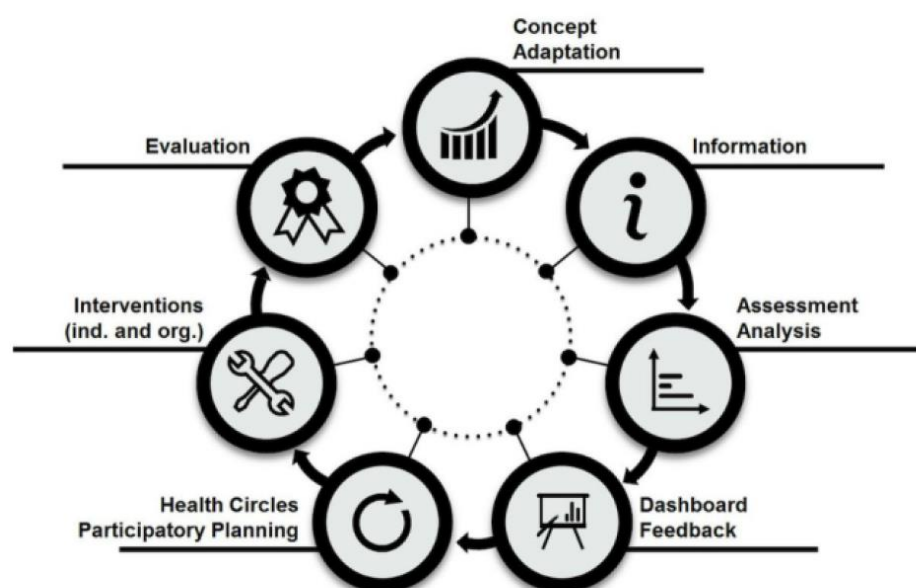
Magnavita (2018) produziu uma revisão sobre os obstáculos das atividades de promoção de saúde no ambiente de trabalho quando existe o objetivo de atingir trabalhadores considerados mais velhos, tendo em conta que o envelhecimento na Europa é um dos assuntos mais relevantes na atenção à população economicamente ativa. O autor aponta aspectos fundamentais na adoção de programas de bem-estar corporativos, como os desafios econômicos e a falta de atenção por parte de líderes que não reconhecem a importância de estimular um ciclo virtuoso ao investirem em promoção de saúde. Trabalhadores mais velhos podem apresentar resistências e permanecer com hábitos de vida e trabalho já estabelecidos, difíceis de modificar. Em sua revisão, o médico italiano descreve que a maior parte dos estudos analisados por ele foram iniciativas que estimularam a adoção de abordagens de promoção de saúde com foco fora do ambiente de trabalho. As questões relacionadas ao ambiente de trabalho tinham um fluxo decisório hierárquico de cima para baixo, quando um modelo participativo seria o mais recomendado, com intervenções focadas tanto no ambiente de trabalho quanto no ambiente de vida fora dele. Conclui alertando que a maioria dos estudos realizados no local de trabalho é desenhada para modificar o comportamento da saúde por meio de intervenção específica sobre os sujeitos, em vez de alterar o ambiente de trabalho e suas condições.

Sobre o uso de Aplicativos para Dispositivos Móveis (APPs) para Programas de Promoção da Saúde, Lee et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática na qual

agruparam a análise de 12 artigos que tratavam da utilização de tecnologias de APPs para dispositivos móveis. Nos artigos analisados, os resultados de saúde apresentaram-se melhores em usuários de aplicativos em comparação aos não usuários. Segundo os autores, metodologias com APPs para promoção da saúde podem ser consideradas na estratégia para melhorar os comportamentos de estilo de vida da população sem doenças.

Jimenez e Bregenzer (2018) discutem o uso das ferramentas eletrônicas de saúde, chamadas *eHealth* e saúde móvel (*mHealth*), no suporte de projetos de promoção de saúde no trabalho. Os pesquisadores elucidam a contribuição dessas tecnologias na administração de grupos, fluxo de informações, avaliação, processo de desenvolvimento das ações e na própria avaliação dessas iniciativas. Os autores utilizaram-se de sete etapas para a análise de fatores críticos e de sucesso na implementação dessas tecnologias. Baseados no modelo da Organização Mundial da Saúde e em outros modelos destinados à integração das ferramentas de *eHealth*, os autores retratam, com a Figura 4, a seguir, o ciclo do processo, que envolve (1) *Concept/Adaptation*, (2) *Information*, (3) *Assessment/Analysis*, (4) *Dashboard Feedback*, (5) *Health Circles/Participatory Planning*, (6) *Interventions (individual/organization)* e (7) *Evaluation*.

Figura 4 – Modelo de Ciclo de Vida para Programa de Promoção de Saúde.



As informações podem ser migradas fornecendo dados geridos por plataformas de comunicação, com painéis de bordo, e estimulando a mudança do comportamento individual. Jimenez e Bregenzer (2018) mencionam a atenção necessária à proteção de dados, com segurança e anonimato, regras claras de utilização e cuidado com a falta de envolvimento das gerências para evitar a baixa adesão e desistências dos usuários nos programas.

Sobre a comunicação em saúde e os estímulos à formação de uma cultura de bem-estar, Brown (2018) retrata a despolitização da saúde, com o risco do desenvolvimento do clima de “*healthism*”. Nessa situação, a busca pela saúde e condição ideal de bem-estar é centrada não mais no coletivo, mas no individual, podendo levar a uma condição patológica de autocuidado excessivo, não necessariamente agregando uma condição saudável de fato. O estudo discute a promoção da moralização do estilo de vida das pessoas por meio da adoção das campanhas para comportamentos saudáveis. A autora aponta a carência do desenvolvimento de estratégias de educação e comunicação em saúde que equilibrem essa relação e destaca a responsabilidade dos desenvolvedores na criação de conteúdo que previna esse comportamento excessivo da cultura de extremos em busca de um estado pleno de saúde.

Sendall et al. (2018) realizaram um estudo, com o uso do *Facebook*, com motoristas de caminhão denominados “difíceis de alcançar”. Esse perfil de motorista demonstrou, durante os interrogatórios, que acreditavam estar na idade errada para usar essas mídias, pois precisavam de habilidades específicas para tal, o custo das tecnologias de *smartphone* eram proibitivas, e eles restringiam o uso de mídias sociais para fins não relacionados ao trabalho. Alguns locais de trabalho pesquisados não tinham políticas estabelecidas para uso dessas redes sociais, o que dificulta a adesão às iniciativas.

Mais recentemente, Belfiore et al. (2020), pesquisadores italianos, obtiveram a participação de 3.640 usuários em uma pesquisa *on-line* com o propósito de explorar o potencial do *Facebook* como mídia de uso para a gestão da promoção de saúde. A pesquisa foi lançada como questionário *on-line* carregado no *Facebook* em páginas e grupos que promovem o estilo de vida saudável e bem-estar. Os autores mencionam que o *Facebook* é usado pelas gerações mais jovens de forma ampla, mas também pelos adultos e pela população idosa na busca por informações de saúde. Os respondentes da pesquisa afirmaram se interessar por informações certificadas sobre

saúde, e, assim, os autores concluem que a ferramenta pode ser um veículo de valor para governos com o foco em promover estilos de vida saudáveis, com o uso garantido pela certificação de conteúdo.

Reconhecer os interesses dos trabalhadores e como eles seriam aderentes ao uso de tecnologias foi o tema de pesquisa de Spook et al. (2019), que desenvolveram um estudo qualitativo com trabalhadores com alta demanda física. Para alcançar a compreensão sobre como haveria aderência ao monitoramento dos riscos e condições de trabalho, os pesquisadores realizaram a escuta de necessidades e preferências dos trabalhadores ao usarem as tecnologias no local de trabalho. No estudo, os trabalhadores manifestaram desejo em usar aplicativos de tecnologia com sensores vestíveis para monitorar e controlar demandas físicas de trabalho, estresse térmico, ruído e fadiga ocupacional. A motivação para uso estava atrelada à capacidade de gerenciar e monitorar as exposições de trabalho, com *feedback* positivo e propriedade dos dados mensurados. Os trabalhadores referiram necessidade de *feedback* em tempo real e acesso a dados sob demanda. Aspectos como privacidade, qualidade, conforto e facilidade de uso devem ser considerados, segundo os autores.

Crane et al. (2019) produziram um estudo voltado à análise do programa *Get Healthy at Work* (GHaW) – uma estratégia de promoção de saúde no ambiente de trabalho financiado pelo governo australiano –, por meio do acompanhamento longitudinal, durante 12 meses, de empresas registradas com o programa e um grupo de comparação de empresas sem programa declarado. Mudanças positivas no nível dos negócios na cultura laboral foram observadas em comparação ao grupo controle. Os trabalhadores sentiram-se mais saudáveis e reconheceram que o ambiente de trabalho promoveu comportamentos saudáveis. Os autores reforçaram que os fatores que contribuem para o sucesso do programa dependem de logística, tecnologias da informação e canais de comunicação, suporte ao fornecedor de serviços, recursos de *design* do programa e aspectos organizacionais, como tamanho da empresa e experiências prévias.

Maciel et al. (2019), em um estudo brasileiro, detalharam as etapas a serem seguidas no desenvolvimento de um programa de educação denominado *telehealth* no ambiente de trabalho para *eLearning*. Por meio de pesquisa formativa em tecnologias para melhorar a qualidade de vida, eles demonstraram como engajar os trabalhadores na contribuição de definições dos temas a serem adotados.

Registraram a oportunidade de desenvolver atenção em saúde através de tecnologias, desde que estas sejam menos dispendiosas economicamente do que a atenção presencial e possam cobrir larga escala da população. Os temas mais considerados pelos trabalhadores nos grupos focais do estudo foram saúde musculoesquelética (Programa de Caminhada, Técnicas de Relaxamento Muscular e Doenças Musculoesqueléticas relacionadas ao Trabalho); dieta saudável (alimentos ultraprocessados, rotulagem de alimentos e gorduras alimentares); saúde mental, síndrome de *burnout* e significado do trabalho.

Na presente revisão sistemática, um dos arquivos encontrados na base de dados IEEE não foi considerado por ser uma apresentação de projeto de pesquisa na Conferência Internacional sobre Avanços em TIC para Regiões Emergentes em 2015 e, assim, foi excluído da revisão. No entanto, o conteúdo do tema de pesquisa dos autores era bastante relacionado ao foco desta pesquisa e motivou um reconhecimento de seus estudos. Obteve-se o artigo original da pesquisa finalizada por Fernando et al. (2016) sobre os registros de saúde pessoais como fontes de evidência de produtividade. Foi uma pesquisa em que os dados demográficos de 700 funcionários, como idade, gênero, estado civil e grau de emprego, foram analisados com desfechos relativos à saúde, como absenteísmo e presenteísmo, no intuito de apoiar a tomada de decisão baseada em evidências. Os resultados demonstraram que funcionários com taxas altas de absenteísmo médico são de alto desempenho. Os autores acreditam que as responsabilidades com o trabalho podem fazer com que os funcionários mantenham o alto desempenho, mesmo com sinais de doença, o que permite sugerir que os programas devam dirigir atenção para pessoas de alto desempenho. Os autores descrevem que os registros de saúde eletrônicos devem ser analisados para apoiar a busca por sustentabilidade na produtividade organizacional.

Em uma linha positivista sobre a análise de dados de saúde, é possível melhorar os resultados de programas de bem-estar com uma abordagem favorável, sem penalizar os funcionários por seu estado de saúde, e sim apoiá-los para que alcancem um estado mais benéfico de saúde. O entendimento de como os dados demográficos possivelmente influenciem a performance e o absenteísmo por doença e sua ligação com dados de registros eletrônicos de saúde podem ser *Health Key Performance Indicators* (HKPI) e uma forma de usar os dados pessoais de saúde como indicadores da produtividade do funcionário (FERNANDO et al., 2016).

Além dos dados complementares obtidos na Política Nacional de Promoção da Saúde, foi realizada uma consulta ao *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar* publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o qual instrumentaliza Planos de Saúde e Planos de Autogestão para as práticas de promoção de saúde integradas à assistência, assim como à Segurança e Saúde no Trabalho (ANS, 2011). Sobre um sistema de informação, a ANS estabelece que os sistemas tenham diversas funcionalidades importantes para monitorar e acompanhar as atividades de programas de saúde: a) acompanhamento da entrada e saída de inscritos; b) identificação da frequência de participação dos sujeitos nas ações propostas; c) possibilidade de emissão de sinais de alerta para evasão de participantes; e d) monitoramento dos resultados alcançados pelos usuários inscritos ao longo do programa. O objetivo das iniciativas de gestão da informação e dos resultados das ações deve ser viabilizar a tomada de decisão e a definição das estratégias de intervenção, de forma a qualificar a atenção à saúde no setor suplementar (ANS, 2011).

Uma cooperação técnica entre o Brasil, por meio da ANS, e a OMS, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde, resultou em um estudo detalhado sobre inovação em atenção primária em saúde, através do Laboratório de Inovação sobre Experiências de Atenção Primária na Saúde Suplementar Brasileira, com o levantamento de experiências exitosas de operadoras de saúde. Esse movimento foi aberto a todas as operadoras de saúde brasileiras e teve como objetivo realizar um mapeamento de experiências, mesmo experimentais ou ainda em fase piloto, que tivessem modelos de atenção concebidos na atenção primária e na medicina de família e comunidade. O Laboratório de Inovação também almejou buscar modelos de atenção inovadores, com especial atenção para as experiências que utilizam o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ou modelos semelhantes, e abordagens de organização do cuidado e de integração entre médicos de Atenção Primária em Saúde (APS) e especialistas centradas na pessoa do beneficiário. Foram recebidas para análise no Laboratório 41 iniciativas; 12 delas foram consideradas no estudo por apresentarem alinhamento com os atributos da APS e indicadores de processo e resultados (ANS, 2018).

Como recomendações conclusivas, o documento produzido destaca a necessidade de atenção ao aumento dos fatores de risco para doenças crônicas,

inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, uso excessivo de álcool, buscando gerenciar melhor o estilo de vida. Assim, indicam fortalecer programas de promoção de saúde, com engajamento e maior escala, por meio de estratificação da população, estratégias para diferentes grupos, uso de tecnologia (registros eletrônicos de saúde), coordenando o cuidado e a integração com a rede de assistência. Reportam a importância da gestão da informação em saúde de todos os beneficiários, utilizadores ou não, o que independe dos dados da sinistralidade, pois é preciso conhecer o perfil epidemiológico de todos os indivíduos da população, atuando de forma preventiva e não pela demanda espontânea, o que seria reativo. Sugerem o desenvolvimento de prontuários eletrônicos e incrementar o grau de tecnologia incorporada aos procedimentos de rotina, além do desenvolvimento de recursos de educação em saúde, assumindo o “autocuidado apoiado” e comprometendo os sujeitos com metas no seu processo de busca por saúde e bem-estar.

No tema de sistemas de informação em saúde, deve-se trazer para a contextualização técnica a elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2016), uma entrega do Ministério da Saúde que tem como objetivo estabelecer todas as diretrizes para o pleno desenvolvimento inovativo, criativo e transformador da tecnologia da informação em saúde no país, com sistemas integrados tanto pela iniciativa pública como privada. Como diretrizes, essa política busca definir que se institua um repositório nacional em saúde que inclua componentes e recursos de acesso público, em conformidade com padrões de funcionalidade, interoperabilidade e segurança na proteção de dados; sejam criados recursos para articulação institucional para integração de sistemas de informação em saúde; e se busque ainda manter um padrão para um Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão, com identificação inequívoca dos sujeitos beneficiários, profissionais e estabelecimentos de saúde com interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre sistemas e equipamentos.

Essa abordagem poderá contribuir para a eficiência do Sistema de Saúde brasileiro, uma vez que dados de exames e indicadores de saúde estariam inseridos nesse cadastro único do indivíduo, evitando desperdício de procedimentos, exames e recursos providos pelo SUS ou reinvestidos pela iniciativa privada, além de aprimorar a qualidade das bases de dados epidemiológicas. A política estabelece o vínculo da gestão da informação nacional de saúde com os dados voltados para o mundo do trabalho quando ressalta que o estabelecimento de padrões nacionais contribuirá para

a preservação do meio ambiente, a melhoria da qualidade dos ambientes de trabalho e a prevenção e o tratamento de doenças e agravos que estejam relacionados com o trabalho.

A PNIIS destaca a valorização de características sociodemográficas, tais como idade, gênero, raça ou etnia, escolaridade, ocupação e classe social, de forma que possam subsidiar os esforços de redução das desigualdades em saúde e de garantia e ampliação do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados. O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União a Resolução n.º 46, de 29 de agosto de 2019 (MS, 2019), instituindo o Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital. A Resolução define a composição do Comitês e suas competências para que as ações ainda não contempladas da PNIIS sejam implementadas e sustentadas, devendo propor padrões de interoperabilidade entre aplicativos de prontuários eletrônicos dos cidadãos, com o objetivo de integração ao Registro Eletrônico em Saúde, e suas estratégias de implementação.

Qualquer base de dados constituída em saúde e segurança do trabalho deve respeitar a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2019), considerando que os dados de saúde dos trabalhadores são dados pessoais sensíveis, assim como o é todo dado pessoal que revele origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dados referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos. Sempre que manipulados e expostos, os dados devem sofrer anonimização por meio de utilização de meios técnicos disponíveis na ocasião do tratamento, com o uso dos quais os dados são impossibilitados de associação novamente ao indivíduo.

Facchini et al. (2005) já registravam, no início dos movimentos por informatização de prontuários de saúde do trabalhador, os riscos agregados aos benefícios das tecnologias da informação no campo ocupacional, que poderiam contribuir para uma exposição e controle detalhado da vida do trabalhador, capaz de fragilizar a privacidade e os direitos individuais, provocando a quebra de princípios de ética profissional. Os autores dão ênfase às questões relacionadas à confidencialidade e à segurança da informação, também sinalizadas nos estudos de Fernando et al. (2016), no Sri-Lanka, com bancários sobre dados de saúde e produtividade.

No Brasil, uma iniciativa conjunta do Ministério Público do Trabalho (MPT) e da OIT Brasil possibilitou a estruturação de uma plataforma, chamada SmartLab, com dados públicos abertos que viabilizam o acompanhamento de uma série de indicadores que contribuem para a formulação, o monitoramento e a avaliação de programas, projetos e políticas (SMARTLAB, 2020). A plataforma vem ampliando perspectivas por temas; atualmente, cabem destacar aqui o Observatório do Trabalho Decente, o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, bem como o Observatório da Diversidade e Igualdade de Oportunidades no Trabalho.

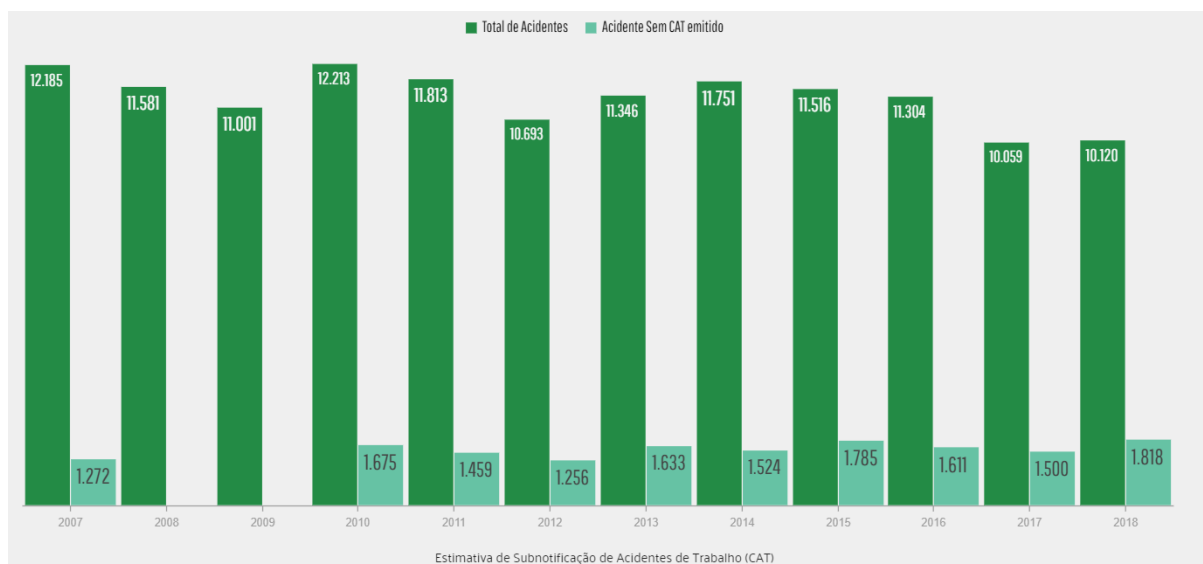
No Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, com foco em Promoção do Meio Ambiente do Trabalho Guiada por Dados, é possível monitorar: Frequência de Notificações – Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT); Prevalência de Notificações – CAT; Perfil dos Casos – CAT; Frequência de Afastamentos – Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); Prevalência de Afastamentos – INSS; Perfil dos Afastamentos – INSS; Duração dos Afastamentos – INSS; Despesa – INSS; Frequência de Notificações – Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM), que inclui todos os trabalhadores atendidos pelo SUS nos períodos analisados; Perfil dos Casos – SINAM. Os números se referem a trabalhadores que trabalharam ou ainda estão ativos com vínculo empregatício, com registro em carteira de trabalho; não estão por ora incluídos os servidores estatutários e os trabalhadores informais. Os dados totais contemplam casos monitorados com foco na Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde: Acidente de Trabalho Grave, Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho, Doença Osteomuscular relacionada ao Trabalho (DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) Relacionada ao Trabalho, Pneumoconioses Relacionadas ao Trabalho e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

Os dados a seguir justificam a escolha do segmento econômico escolhido para o desenvolvimento dessa pesquisa, considerando um dos mais acometidos na estatística acidentária, fato que evidencia a importância da dedicação de pesquisas no setor, com foco na atenção aos trabalhadores. Segundo dados obtidos na plataforma (SMARTLAB, 2020), as atividades de atendimento hospitalar ocupam a primeira posição em número de comunicações de acidentes de trabalho no Brasil, com 378.305 comunicações no período de 2012 a 2018, seguida pelo setor de comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos

alimentícios (hipermercados e supermercados), com 142.909 registros. As lesões mais frequentes registradas no período citado são: corte, laceração, ferida contusa e punctura (734.515); fratura (610.325); contusão; esmagamento (superfície cutânea, 547.441); e distensão, torção (321.437).

Nos dados desagregados por município, a capital gaúcha Porto Alegre, local da entidade pesquisada, apresentou, em 2018, 10,1 mil acidentes, enquanto, no Estado do Rio Grande do Sul, a soma alcança 51,8 mil acidentes e, no Brasil, 623,8 mil. Porto Alegre é a 1ª cidade no Estado em número de registros de acidentes e o 4º município no *ranking* do Brasil. Os dados são oriundos do sistema CATWEB, tratados pelo sistema SMARTLAB. O número absoluto apresenta uma redução de 2016 (11.304) para 2017 (10.059) e um pequeno incremento de registros de 2017 para 2018 (10.120) em Porto Alegre. Entretanto, a estimativa de Subnotificação de Acidentes de Trabalho (CAT) calcula que 18% dos acidentes são subnotificados, já que os registros do SINAM apontam 1,8 mil acidentes sem CAT em 2018, e ainda se observa um aumento no número de subnotificações no mesmo ano, conforme demonstra o Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 – Estimativa de Subnotificação de Acidentes de Trabalho (CAT), Porto Alegre/RS, de 2007 a 2018.



Fonte: INSS – 2000-2017 (AEAT), 2018 (CATWEB). Tratamento e análise: SmartLab.

Na análise de setores econômicos, as atividades hospitalares ocupam o primeiro lugar em Porto Alegre para o registro de acidentes, com 3,4 mil registros em 2018 (37% do total), como mostra o Quadro 2. Na análise de ocupações de 2012 a

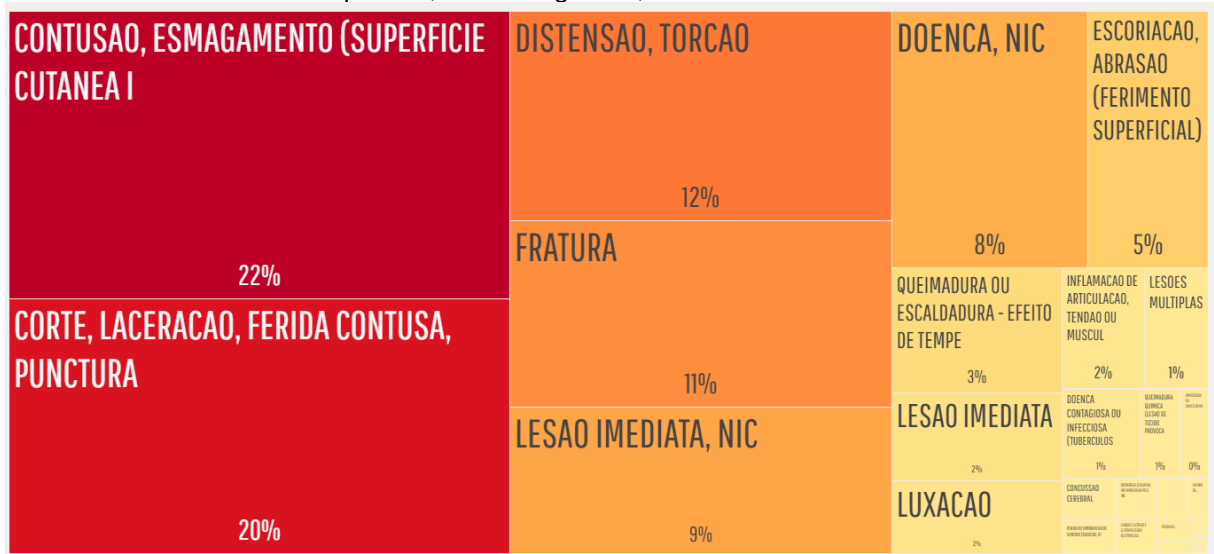
2018, o técnico de enfermagem está em primeiro lugar dentre as ocupações que mais registram acidentes em Porto Alegre, assim como na análise isolada de 2018, em que os técnicos ficam em 1º lugar, com 1.457 registros de acidentes (18% do total). No Quadro 3, a seguir, é possível observar que os acidentes perfurocortantes estão no grupo do 2º tipo de lesão mais frequente, com 20% do total no registro de 6 anos; na análise isolada de 2018, esse tipo de lesão alcança 19%.

Quadro 2 – Setores econômicos com mais notificações de acidentes, Porto Alegre/RS, de 2012 a 2018.



Fonte: Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho. Tratamento e análise: SmartLab.

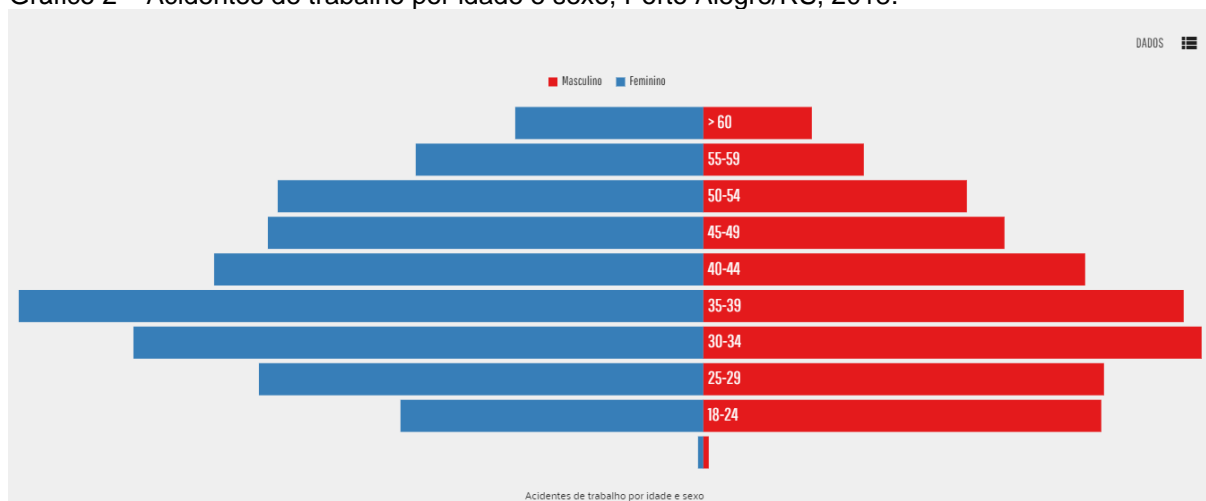
Quadro 3 – Lesões mais frequentes, Porto Alegre/RS, de 2012 a 2018.



Fonte: Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho. Tratamento e análise: SmartLab.

Na plataforma SmartLab, identifica-se ainda a análise dos acidentes por faixa etária e gênero, dados importantes para o processo de análise comparativa nas organizações e de planejamento de programas educativos de treinamento. No período de 2018, a faixa etária de mulheres com mais registros de acidentes foi de 35 a 39 anos, com 831 notificações, seguida da faixa etária de 30 a 34 anos, com 692 registros no total. No período de 2018, as mulheres estiveram envolvidas em 5,9 mil registros de acidentes, enquanto os homens tiveram 5,3 mil registros. Na análise de faixa etária dos homens, aqueles entre 30 e 34 anos possuem maior registro, com 604 acidentes, e aqueles entre 35 e 39 anos, 583 registros. Essas são as faixas etárias com maior concentração de registros tanto para homens como mulheres, invertendo apenas os primeiros lugares. Esses dados estão ilustrados no Gráfico 2 a seguir e têm como fonte a Plataforma SmartLab (2020).

Gráfico 2 – Acidentes de trabalho por idade e sexo, Porto Alegre/RS, 2018.



Fonte: Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho. Tratamento e análise: SmartLab.

## 4 METODOLOGIA

A seguir estão apresentados os detalhes da metodologia adotada para o desenvolvimento desse estudo, sendo apresentados o tipo de estudo, cenário da pesquisa, perfil dos sujeitos, instrumentos adotados, o processo de coleta e análise de dados e os cuidados éticos aplicados.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada é concebida como qualitativa, sendo uma pesquisa social com foco em temas de gestão da informação em saúde da população estudada. Minayo (2010) descreve o método qualitativo como aquele que se caracteriza pelo estudo das relações, das representações, das percepções e opiniões dos sujeitos resultantes das interpretações oriundas pela forma de viver, de sentir e pensar. As abordagens qualitativas se aplicam melhor ao estudo de grupos e segmentos, focos delimitados, questões sociais sob a visão dos participantes, relações e nos casos de análises de discurso, conteúdo e documentos.

“Conceituo como *Pesquisa social em saúde* todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2010, p. 47). A pesquisa qualitativa tem como particularidade buscar compreender as relações, valores e comportamentos para que seja possível alcançar a realidade, atuando com a matéria-prima das vivências, das experiências e do cotidiano das instituições pesquisadas (MINAYO, 2011).

Quanto ao delineamento, a presente pesquisa configura-se como um estudo de caso enquanto estratégia qualitativa de investigação (CRESWELL, 2010). O foco de estudo envolve processos da área-meio de gestão de pessoas e gestão da informação de um complexo hospitalar, com gestão horizontal no exercício dos processos de saúde da população de trabalhadores. O processo de pesquisa qualitativa se utilizou de entrevistas semiestruturadas com a alta gestão da instituição estudada, assim como com as gerências das áreas-meio ligadas ao tema em questão.

Com a adoção de grupos focais compostos por especialistas, líderes e trabalhadores da instituição, o método buscou investigar as necessidades percebidas pelas equipes dos serviços de saúde quanto à priorização de acesso a dados, informações e indicadores na gestão da informação em saúde. O grupo focal se

caracteriza como um tipo de entrevista em grupos usualmente pequenos, de 6 a 12 pessoas, e homogêneos. Requer planejamento para obter êxito e aprofundamento entre os participantes, gerando opiniões convergentes, por formação de opiniões comuns, ou divergentes, devido às experiências e conhecimentos diversos. Deve-se explorar o grupo com um roteiro que compreenda uma abordagem aos temas que percorra do geral ao específico, sob a condução de um moderador capaz de alcançar a participação de todos, ouvindo o ponto de vista de cada um (MINAYO, 2010).

Os temas emergentes nas entrevistas foram objeto de discussão com análise dos fatos cotidianos e dos programas vigentes na instituição estudada. O processo de pesquisa foi estruturado para possibilitar a implementação de ações integradas em gestão em saúde, com a identificação de variáveis mensuráveis e indicadores que demonstrem as contribuições da gestão da informação em saúde. A compreensão do processo de estruturação de informação em saúde, sistemas, inovações e qualificação de processos em implantação poderá suportar iniciativas futuras por parte da instituição estudada, e de outras que se equiparem a ela, no que tange à integração de programas em saúde do trabalhador.

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição filantrópica assistencial médico-hospitalar e de ensino e pesquisa, cadastrada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e credenciada no Conselho Nacional de Pesquisa Científica (CNPq). É um complexo hospitalar integrado por nove hospitais: sendo sete unidades compreendidas neste estudo: hospital geral de adultos e materno-infantil, hospital especializado em cardiologia, hospital especializado em neurologia e neurocirurgia, hospital destinado à pediatria, hospital destinado à pneumologia, hospital especializado em oncologia e hospital especializado em transplantes. Os dirigentes do complexo hospitalar definiram como ambiente deste estudo os sete hospitais da rede, assim como estritamente funcionários alocados nessas unidades, pelo nível de alinhamento de processos organizacionais já existentes e pela posição geográfica, estando todos no mesmo município e próximos fisicamente, formando um conjunto de hospitais em operação em rede nos diversos processos do seu funcionamento.

Segundo informações obtidas no relatório anual do balanço social da entidade em 31 de dezembro de 2018, a instituição possuía uma força de trabalho formada por

6.765 profissionais ativos das mais diferentes áreas. Estes são responsáveis pela realização de 1.008.660 consultas, 59.970 internações, 67.160 procedimentos cirúrgicos e obstétricos e 6.523.906 serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento. Do total de atividades, 69% dos pacientes/dia atendidos caracterizam-se como usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O restante da assistência destina-se a atendimentos particulares e convênios. O cenário físico de estudo, o qual abrange uma condição logística diversa, com diferentes áreas hospitalares, especialidades de saúde e representação populacional de trabalhadores de atividades hospitalares, demonstra a relevância da escolha dessa instituição por sua diversidade em serviços e natureza dos atendimentos.

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

As coordenações de segurança do trabalho e medicina do trabalho da instituição foram consultadas para a definição da abrangência da pesquisa em setembro de 2018. Revelaram sensibilidade pela pertinência do tema no momento de reestruturação de um modelo vertical de gestão para um modelo horizontal, com a adoção de gerências por processos que respondam por todos os hospitais. Paralelamente, a instituição passava, durante o estudo, pelo movimento de inovação tecnológica provocado pela criação de um Centro de Inovação do Complexo Hospitalar, em conjunto com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Assim, a direção do hospital, junto com a gerência de pessoas e com as coordenações técnicas dos processos de segurança e saúde no trabalho, indicou nove lideranças transversais para as entrevistas individuais, incluindo diretores, gerentes de área-meio e fim e coordenadores técnicos.

As lideranças sugeriram e validaram, no decorrer das primeiras consultas realizadas para delineamento do projeto de pesquisa, a constituição dos grupos focais por meio dos Comitês Técnicos já instituídos na entidade. Esses grupos organizados em comitês, que contam com a participação de trabalhadores, especialistas e lideranças, possuem uma conformação mista de especialistas e não especialistas em SST, de lideranças e trabalhadores sem função de liderança, profissionais de saúde da assistência, com e sem função de supervisão, propiciando a interação e coleta de percepções de múltiplos perfis funcionais.

São sujeitos pertencentes a diferentes áreas com representatividade e identidade de grupo constituída, reunindo-se mensalmente para a análise de processos, melhorias, desdobramentos de planos de ação, identificação de tecnologias e aquisições de equipamentos do complexo hospitalar, contribuindo para a segurança e a saúde, assim como o bem-estar dos colaboradores. Com essa prerrogativa, foram identificados e envolvidos no presente estudo os grupos Comitê Preventivo de Acidentes Perfurocortantes (acidentes com material biológico), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comitê de Radioproteção, Comitê de Ergonomia e o grupo formado pelos Parceiros de Negócios vinculados à gestão de pessoas e que têm como sua área de atuação as diversas unidades hospitalares das sete unidades físicas.

Segundo Barbour (2009), na amostragem qualitativa para a composição dos grupos, é importante que os participantes compartilhem ao menos uma característica determinante. Mesmo que sejam pessoas que já atuam em acordo, sintonia ou grupos previamente organizados, é raro que elas se comportem de forma unidimensional. De acordo com a autora, as pesquisas sociais em saúde abordam temas complexos, nas quais não se busca prever tendências ou comportamentos como nas pesquisas de *marketing*, mas, em muitos estudos, o que se espera, enquanto objetivo, é o desenvolvimento de uma maior compreensão de todo o contexto, do processo.

Para a caracterização da amostra estudada, participaram do presente estudo, como entrevistados, 50 sujeitos, sendo dois diretores, cinco gerências (envolvendo prioritariamente a gerência de pessoas e de tecnologias da informação/ inovação), dois coordenadores e 41 trabalhadores (caracterizados como especialistas, lideranças/ supervisores e funcionários participantes dos grupos focais). Como critérios de inclusão, foram considerados ser trabalhador da organização, gestor ou profissional da alta administração; trabalhador subordinado e liderança; funcionário pertencente ou que já tenha participado anteriormente de algum comitê técnico ou grupo relacionado ao tema, que interaja com os assuntos de segurança e saúde no trabalho; profissional da área de gestão de pessoas e benefícios; ou profissional da área de infraestrutura e gestão em tecnologias da informação. Enquanto critérios de exclusão, não foram recrutados para participação nos grupos focais trabalhadores afastados, no momento de realização dos grupos, das funções laborais por motivo de acidente, doença há mais de 15 dias, em benefício previdenciário, acidentário ou licença de interesse.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os roteiros de entrevista e exploração de campo apresentados nos Apêndices A e B foram construídos pelos pesquisadores proponentes com base nos documentos a seguir:

- a) Fonte de conteúdo para entrevista com a alta administração do complexo estudado: *SIMS Checklist – SafeWell Integrated Management System* (MCLELLAN et al., 2012);
- b) Fonte de conteúdo para entrevistas com os especialistas em SST: *Workplace Integrated Safety and Health (WISH) Assessment* (SORENSEN, et al., 2018);
- c) Fonte de conteúdo para a exploração do tema nos grupos focais: *Worksheet 1: Self-Assessment of Defining Elements of Total Worker Health®* (NIOSH, 2016).

O instrumento *SafeWell Integrated Management System - SIMS Checklist* serviu de referência para a entrevista com os líderes e alta administração, pois é considerado um recurso de avaliação do nível de adoção de práticas integradas com foco no tema abordado. São questões concebidas para a análise consultiva ou identificação de existência de ações concretas responsivas aos elementos principais da abordagem de implementação, avaliando: 1) a existência de um sistema de tomada de decisão desenvolvido; 2) se a integração de planejamento, implementação e avaliação de programas ocorrem de fato; 3) a existência de comunicação multilateral do programa integrado e 4) se todos os níveis de trabalhadores estão engajados (MCLELLAN et al., 2012). Compreendidas nesses quatro eixos, as questões são desdobradas representadas a seguir pelo número e letra minúscula do instrumento original na Tabela 1. Assim, algumas questões serviram para o roteiro de entrevistas, não sendo aplicado o questionário em sua totalidade. Sendo essa iniciativa de pesquisa uma primeira aproximação da entidade pesquisada com o tema objeto de estudo, em conjunto com os coordenadores técnicos da entidade, entendeu-se que não faria sentido aplicar um instrumento completo de inspeção e reconhecimento do nível de integração dos programas na instituição.

Quanto ao segundo instrumento *Workplace Integrated Safety and Health (WISH) Assessment*, esse foi concebido para reconhecer as melhores práticas de segurança e saúde no trabalho, assim como bem-estar. É considerado substancialmente mais reduzido que outros recursos de diagnóstico corporativo e de fácil resposta para a maioria das organizações que não possuem ainda todas as condições para os instrumentos mais avançados de monitoramento dos níveis de intervenção em abordagens integradas. Segundo os autores, a expressão “abordagens integradas” é descrita em referência às políticas, programas e práticas com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho e melhorar a saúde e o bem-estar geral da força de trabalho. Esse *assessment* foi idealizado para ser respondido por profissionais de saúde e segurança no trabalho e gestão de pessoas, de nível intermediário de gestão. Em sua instrução deve-se manifestar aos participantes que não existem respostas certas ou erradas, mas que devem refletir a compreensão dos participantes quanto às políticas, práticas e programas atualmente implementados em sua organização (SORENSEN, et al., 2018).

As questões são desdobradas representadas a seguir pelo número e letra minúscula do instrumento original na Tabela 1. As questões finais utilizadas em português nessa pesquisa não são na sua totalidade tradução literal, mas algumas auxiliaram como fonte de conteúdo para abordar os temas relevantes. As questões são apresentadas em seis aspectos no instrumento original: 1. Compromisso da liderança - líderes que asseguram a segurança do trabalhador, saúde, e o bem-estar como uma prioridade clara para toda a organização. São líderes que apresentam responsabilidade e comprometimento e fornecem os recursos e o ambiente necessários para criar condições de trabalho positivas; 2. Participação das partes interessadas em todos os níveis de uma organização, incluindo trabalhadores representantes ou outros conjuntos de trabalhadores, que ajudam a planejar e realizar esforços para proteger e promover a segurança e saúde; 3. Políticas, programas e práticas voltadas para condições positivas de trabalho - a organização fortalece a segurança, saúde e bem-estar do trabalhador com políticas e práticas que melhoram as condições de trabalho; 4. Estratégias abrangentes e colaborativas - empregados de toda a organização trabalham juntos para desenvolver iniciativas abrangentes de segurança e saúde; 5. Adesão ao cumprimento legal - a organização segue os regulamentos federais e estaduais, bem como as normas éticas, que promovem a segurança, saúde e bem-estar do trabalhador; e 6. Mudança baseada em dados - a

avaliação periódica conduz a definição de prioridades de uma organização, a tomada de decisão baseia-se na melhoria contínua das iniciativas de segurança, saúde e bem-estar do trabalhador baseada em informações. Algumas perguntas foram elaboradas com a intenção de questionar e revelar de forma indireta o nível de controle dos gestores entrevistados sobre os dados, e a utilização desses no processo de tomada de decisão. Buscou-se estimular por meio das perguntas que os fatos surgissem no discurso dos participantes, sem influenciar as respostas por meio de perguntas diretas como as apresentadas nos instrumentos americanos.

Segundo Minayo (2010), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador que a conduz, apoiando-se na sequência das perguntas para buscar o aprofundamento do tema. Deve-se ter o cuidado de considerar as contribuições trazidas à entrevista pelos participantes, mesmo que não tenham sido previamente pensadas nas questões do roteiro.

As entrevistas e grupos focais foram gravados com o auxílio de um gravador digital Sony e transcritos para análise de conteúdo. Os dados obtidos com as gravações são de uso restrito desta pesquisa e de seus desdobramentos científicos para identificação, categorização das variáveis analisadas e compreensão do processo de implementação de programas integrados em saúde em que a organização se encontra. O objetivo é contribuir para a priorização de ações determinantes para o progresso da gestão em saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Considerando que o tema é sensível, por se tratar de objetos rotineiramente alvos de ações trabalhistas, civis e ações regressivas trabalhistas, com impacto nas relações entre lideranças, chefias e no clima de trabalho, os participantes e seus cargos foram protegidos de identificação nas análises e apresentação dos resultados. Conforme descreve Minayo (2010), ao se desenvolver pesquisas sociais em saúde, podem ocorrer restrições e oposições às gravações quando o tema é delicado ou polêmico e podem colocar em risco a imagem dos participantes que continuarão atuantes após a retirada de campo dos pesquisadores. Ainda, alguns aspectos que emergem sobre a própria organização pesquisada e suas lideranças podem expor a entidade empregadora, fazendo com que seus trabalhadores não os relatem nas entrevistas e grupos focais. Mesmo diante de fatos expostos na literatura como os descritos acima, os instrumentos selecionados não sofreram qualquer restrição por parte de dirigentes ou líderes, sendo amplamente respondidos nas entrevistas,

caracterizando-se como momentos de reflexão e levantamento de todas as ações executadas ou em planejamento pela instituição.

Tabela 1 – Questões utilizadas no formulário de entrevistas com lideranças

<b>Questão adaptada aplicada:</b>	<b>Questões de referência fonte: SIMS Checklist</b>	<b>Questões de referência fonte: WISH Assessment</b>
1. Como os diferentes departamentos interagem na tomada de decisão sobre o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores?	1.a) <i>Is there interdepartmental collaboration, coordination, and decision-making around developing, implementing, and evaluating programs and policies to promote and protect worker health?</i>	4.b) <i>This company has a comprehensive approach to worker well-being. This includes collaboration across departments in efforts to prevent work-related illness and injury and to promote worker health.</i>
2. De que forma os dados são compartilhados nos programas de segurança do trabalho e de saúde no trabalho (medicina do trabalho)?	2.c) <i>Have discussions occurred regarding the use of integrated data systems?</i>	6.d) <i>Integrated data on employee safety and health outcomes are coordinated across all relevant departments.</i>
3. Você identifica colaboração dos comitês existentes de SST e benefícios para mudanças no planejamento, provocando ajustes e reposicionamentos?	1.g) <i>Has a SafeWell Steering/Leadership Committee been appointed and activated?</i>	2.a) <i>Managers and employees work together in planning, implementing, and evaluating comprehensive safety and health programs, policies, and practices for employees;</i> 2. b) <i>This company has a joint worker-management committee that addresses efforts to protect and promote worker safety and health.</i>
4. Que tipo de dados e informações analíticas sobre esses programas chegam à alta administração e, se são compartilhados, com que frequência?	Não abordada no instrumento.	6.b) <i>Data from multiple sources on health, safety, and well-being are integrated and presented to leadership on a regular basis.</i>
5. Há conhecimento das lideranças sobre quais dados são coletados e quais indicadores alimentam? Você poderia me citar alguns e quais possuem relação com o planejamento e o orçamento da entidade?	2.a) <i>Is there knowledge about what data are already collected?</i>	6.a) <i>The effects of policies and programs to promote worker safety and health are measured using data from multiple sources, such as injury data, employee feedback, and absence records.</i>
6. Quem coleta os dados? Como são armazenados e tratados esses registros?	2.b) <i>Is there knowledge about who collects, analyzes, stores, and communicates about data?</i>	Não abordada no instrumento.
7. Houve discussões e análises anteriores sobre inovação em tecnologia sobre esse tipo de dado armazenado em sua instituição? Poderia dar exemplos? Há algum projeto de mudança ou planejamento em andamento?	2.c) <i>Have discussions occurred regarding the use of integrated data systems?</i>	6.c) <i>Evaluations of policies, programs, and practices to protect and promote worker health are used to improve future efforts.</i>
8. Algum dado do seu painel de bordo diz respeito à Promoção da Saúde e Segurança e Saúde no Trabalho?	Não abordada no instrumento.	4.d) <i>Managers are held accountable for implementing best practices to protect worker safety, health, and well-being, for example through their performance reviews.</i>
9. O que seria necessário para integrar sistemas de dados coordenando armazenamento, gestão e análises?	2.d.) <i>Has it been possible to integrate data systems across the organization to coordinate data gathering, management, and analysis?</i>	Não abordada no instrumento.
10. A alta administração é envolvida na definição e	Não abordada no instrumento.	1.c) <i>Our company's leadership, such as senior leaders and managers, take</i>

priorização de iniciativas em saúde do trabalhador?		<i>responsibility for ensuring a safe and healthy work environment.</i>
11. Você reconhece comunicações internas voltadas aos trabalhadores sobre o tema em questão?	<i>3.a) Are different communications vehicles used?</i>	<i>1.e) The importance of health and safety is communicated across all levels of the organization, both formally and informally.</i>
12. Se sim, você conseguiria descrever as melhores iniciativas usadas internamente para comunicar promoção de saúde e segurança e saúde no trabalho?	<i>3.b) Are communications appropriate for the various types of employees and management that exist?</i>	Não abordada no instrumento.
13. Fale-me sobre o programa de retorno ao trabalho de profissionais afastados por doenças ou acidentes. O que você melhoraria nesse programa?	Não abordada no instrumento.	<i>3.j) This workplace provides support to employees who are returning to work after time off due to work related health conditions.</i>  <i>3.k) This workplace provides support to employees who are returning to work after time off due to non-work related health conditions.</i>
14. Enquanto liderança, de que forma você acredita que o tema deveria ser conduzido e planejado internamente na instituição?	Não abordada no instrumento.	<i>1.f) The importance of health and safety is consistently reflected in actions across all levels of the organization, both formally and informally; 4.a) This company has a comprehensive approach to promote and protect worker safety and health. This includes collaborative efforts across departments as well as education and programs for individuals and policies about the work environment.</i>
15. A saúde e segurança dos trabalhadores está descrita na missão, visão ou objetivos do negócio?	Não abordada no instrumento.	<i>1. d) Worker health and safety are part of the organization's mission, vision or business objectives.</i>
16. Qual é a necessidade de pessoal para implementação dos programas e projetos em SST?	<i>1.c) Are adequate human and fiscal resources allocated to implement SafeWell?</i>	<i>1.b) The organization allocates enough resources such as enough workers and money to implement policies or programs to protect and promote worker safety and health.</i>
17. Como são definidos os recursos econômicos planejados para o setor de segurança e saúde no trabalho? O orçamento é integrado à área de benefícios ou possui destino orçamentário independente?	<i>1.c) Does the program have a budget?;</i> <i>1.d) Are resources allocated to support interdepartmental collaboration and coordination?</i>	Não abordada no instrumento.
18. Qual é a contribuição dessa temática nos resultados financeiros da entidade apresentados? De que forma você interpreta esse impacto?	<i>1. i) Has evaluation and corrective action occurred?</i>	Não abordada no instrumento.

Fonte: Autores (2020).

#### 4.5 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados foi desenvolvido com observação direta intensiva por meio de entrevista semiestruturada e observação participante em grupos

focais (MARCONI; LAKATOS, 2010). Além dos registros acústicos das entrevistas, foram compilados os apontamentos em *post-its* e demais anotações produzidas pelos participantes dos grupos focais. Integraram o conjunto de materiais analisados os documentos sobre indicadores e registros obtidos durante reuniões de validação e fechamento das coletas realizadas. A análise de documentos disponibilizados sobre as políticas e processos da entidade estudada relacionados à segurança e saúde no trabalho e benefícios, assim como sistemas de informação adotados, foram objeto de exame em reuniões com especialistas indicados pelas coordenações técnicas. Durante o período de coleta, foi possível explorar uma das plataformas que está em adoção para a coleta e a análise de dados do perfil de saúde dos trabalhadores, um estudo voltado para a promoção da saúde e a gestão integrada ainda em fase inicial de implementação, o qual compõe o *corpus* desta pesquisa.

A abordagem em grupo focal combina entrevistas, observação participante e interação em grupo. É indicada sobretudo quando o pesquisador precisa investigar o entendimento das pessoas, reconhecendo que a interação entre elas poderá elucidar dados e ideias que provavelmente não seriam alcançados em questionários individuais (PLUMMER-D'AMATO, 2008). Na etapa dos grupos focais, o pesquisador se envolve como participante, observador e moderador, interagindo na condução dos questionamentos e mediando o direcionamento para as questões de interesse da pesquisa.

As questões planejadas na condução do grupo focal buscaram suscitar entendimentos e opiniões dos envolvidos, conforme recomenda Creswell (2010). A coleta de dados teve início em maio de 2019, após a aprovação do projeto no Comitê de Pesquisa em abril do mesmo ano. A pedido dos dirigentes do hospital, o cronograma de coleta da pesquisa ajustou-se ao calendário existente de reuniões para os comitês, havendo a realização dos grupos focais conforme a possibilidade de entrada da pesquisa nas pautas em desenvolvimento, o que ocasionou com que os últimos grupos ocorressem em novembro e dezembro de 2019 (Quadro 4).

Enquanto pesquisa qualitativa com a função de proporcionar aprendizado sobre o tema em estudo, como descreve Creswell (2010), as atividades de entrevistas e escuta dos trabalhadores caracterizam-se como etapas iniciais para um processo maior: um processo de integração de ações em promoção de saúde com as políticas de segurança e saúde no trabalho da instituição que já era reconhecido como necessidade pelos dirigentes. Por esse motivo, o desenvolvimento desta pesquisa foi

tratado com relevância pelas gerências e coordenações envolvidas, por sua aderência aos objetivos da instituição, a qual busca aprimorar sistemas e processos para alcançar a gestão integrada em saúde dos seus trabalhadores.

Quadro 4 – Demonstrativo das datas de realização das entrevistas.

Perfil da Entrevista	Data das entrevistas
Liderança 1	14/05/2019
Liderança 2	24/05/2019
Liderança 3	25/05/2019
Liderança 4	02/06/2019
Liderança 5	26/06/2019
Liderança 6	26/06/2019
Coordenação 7	03/07/2019
Coordenação 8	04/07/2019
Liderança 9	24/07/2019
Grupo Focal 1	26/08/2019
Grupo Focal 2	18/10/2019
Grupo Focal 3	14/11/2019
Grupo Focal 4	04/12/2019
Grupo Focal 5	19/12/2019

Fonte: Autores (2020).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Esta pesquisa foi estruturada de acordo com a metodologia proposta por Bardin (2011). Foram respeitados os processos na etapa de pré-análise, com a leitura flutuante de todos os registros na integralidade das transcrições. Esta foi uma etapa de reconhecimento das entregas do *corpus* para, então, buscar a compreensão de correspondência com os temas definidos prioristicamente como roteiro temático para a análise de conteúdo, conforme a metodologia norte-americana que serviu de base para o modelo conceitual desta pesquisa exploratória, chamada *Total Worker Health*<sup>®</sup>, uma solução do Instituto Norte-Americano de Segurança e Saúde no Trabalho (*National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH*).

A metodologia citada para a integração das ações de saúde preconiza questões relevantes (NIOSH, 2016) para o desdobramento das ações em um processo de implementação. Assim, estão consideradas *a priori* as seguintes questões temáticas para agrupamento em categorias de contribuições da análise de campo: controles de risco e exposição; organização do trabalho; suporte na concepção de ambiente;

liderança; remuneração e benefícios; suporte comunitário; mudanças demográficas da força de trabalho; e questões legais.

Com a etapa de exploração do material, a análise de conteúdo buscou cumprir as regras de exaustividade ao examinar e classificar todas as falas transcritas e registradas no *corpus* observando o espaço temático adequado para cada contribuição e sua relação de reforço e representatividade com outras contribuições dos diversos sujeitos escutados, o que atende à regra da não seletividade. A regra da representatividade foi observada e atendida na medida em que se identificou, com a leitura flutuante e a posterior análise de codificação, o quanto os fatos se repetiam nos discursos dos diversos grupos e sujeitos em todos os níveis hierárquicos da instituição. A análise procurou respeitar o pressuposto da homogeneidade, assim como observar a pertinência dos temas questionados pelo engajamento dos participantes na entrega de suas contribuições. Após a exploração do material, os dados foram quantificados, para então possibilitar inferências e interpretação na análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Desse modo, a análise de codificação foi baseada em temas, conforme o método de referência para gestão integrada em saúde que serve de fundamento para esta pesquisa. Os dados foram tratados, organizados e codificados nos oito temas citados anteriormente. A exploração indicou a necessidade de novos três temas adicionais, revelados ao longo da análise e que possivelmente possuem relação de dependência com a implementação de um modelo de gestão integrada: processos de gestão da informação em saúde, comunicação em saúde e gestão orçamentária. Esses três novos temas foram utilizados como base na distribuição das referências ao longo das análises.

Bardin (2011) descreve o tema como uma unidade de registro para estudo de motivações de opiniões, valores, crenças, tendências, podendo ser aplicável a resultados de entrevistas com respostas a questões abertas individuais ou em grupo. O tema é uma unidade significativa que se projeta de um conteúdo analisado, segundo os critérios da teoria que suporta a análise da leitura. Foram também objetos de categorização, dentro dos temas definidos aprioristicamente e dos novos temas emergentes, a contagem de frequência e a classificação pela direção da referência como aspectos positivos relatados sobre a realidade e o planejamento da instituição, queixas e sugestões dos participantes. Em alguns casos, esses aspectos, tratados como sugestões, refletiam a visão de futuro para sistemas de dados, processos,

gestão da informação e políticas de programas em saúde, com foco na integração das ações na gestão em saúde.

A direção é o sentido da opinião de acordo com aspectos favoráveis ou desfavoráveis; a opinião referida pode ser positiva ou negativa, aprovadora ou desaprovadora. Ela não foi aplicada como uma análise exaustiva com a contagem de palavras, mas como a identificação do sentimento expresso no texto transcrito. Havendo apenas uma queixa, enquanto revelação de uma situação inaceitável ou uma menção à situação favorável, de boas práticas, por exemplo definiram a direção da referência. Quando a referência carregava uma visão de oportunidade, sugerida como alternativa futura, estas foram consideradas como sugestões. Algumas dessas referências se caracterizaram como narrativas sobre o futuro ideal das práticas na instituição, apontando aquilo que não é feito na atualidade; porém, revestiam-se de uma visão de futuro alternativo para enfrentar o problema comentado, com uma perspectiva resolutiva.

A confiabilidade dos dados na análise qualitativa foi constatada mediante verificação junto à equipe de segurança e saúde no trabalho, a qual esteve presente nas entrevistas dos comitês técnicos, corroborando ativamente com as contribuições dos não especialistas, exceto na entrevista dos parceiros de negócios, na qual não havia especialista de SST. Ademais, ao final de todas as entrevistas, o processo de validação se deu por meio de reuniões com um dos engenheiros de segurança do trabalho da equipe de gestão de pessoas, com o coordenador de projetos da gestão de pessoas, bem como com o líder do processo de inovação junto à gerência de Tecnologia da Informação e Inovação da instituição pesquisada. A comparação da distribuição dos resultados e códigos das categorias e a análise de fidedignidade, autenticidade e credibilidade dos dados categorizados foram avaliadas em conjunto entre os autores. A veracidade dos dados coletados foi percebida com a recorrência dos relatos nas entrevistas e a coerência das manifestações, além da existência de especialistas e líderes em quase todos os grupos que validaram os relatos dos participantes.

Também seguindo Bardin (2011), o processo de análise envolveu o estudo documental, com a apreciação de documentos que foram fornecidos aos pesquisadores no início e ao final das entrevistas, de forma complementar, à medida que os assuntos surgiram na análise de conteúdo. Esses documentos serviram para a compreensão de indicadores de gestão utilizados, em desenvolvimento, em

implementação, assim como o entendimento do planejamento estratégico e seus desdobramentos nas ações e indicadores das áreas estudadas. Dessa forma, foi possível estabelecer uma triangulação na análise de dados, conforme preconiza Yin (2005), com a verificação da análise de conteúdo com mensagens das entrevistas individuais com lideranças, grupos focais e a escuta de suas considerações, dados das literaturas consultadas como referências, e análise dos documentos constituídos pela entidade objeto da pesquisa. Todos esses dados compuseram o *corpus* de análise para resposta aos objetivos específicos do estudo e possibilitaram a proposição da matriz para especificação de requisitos em sistemas de informação em saúde e segurança no trabalho.

Conforme Yin (2005), a estratégia de pesquisa que se caracteriza como estudo de caso não se restringe à coleta ou objeto alvo da produção científica, mas abrange o todo do processo científico. Isso considera a lógica do planejamento, as técnicas de coleta de dados e as abordagens empregadas na análise. A investigação do estudo de caso é um processo único em que serão observados e manipulados muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados. O estudo baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados requerendo estrutura de convergência.

O autor retrata quatro princípios que fundamentam a boa ciência social com foco na análise de alta qualidade:

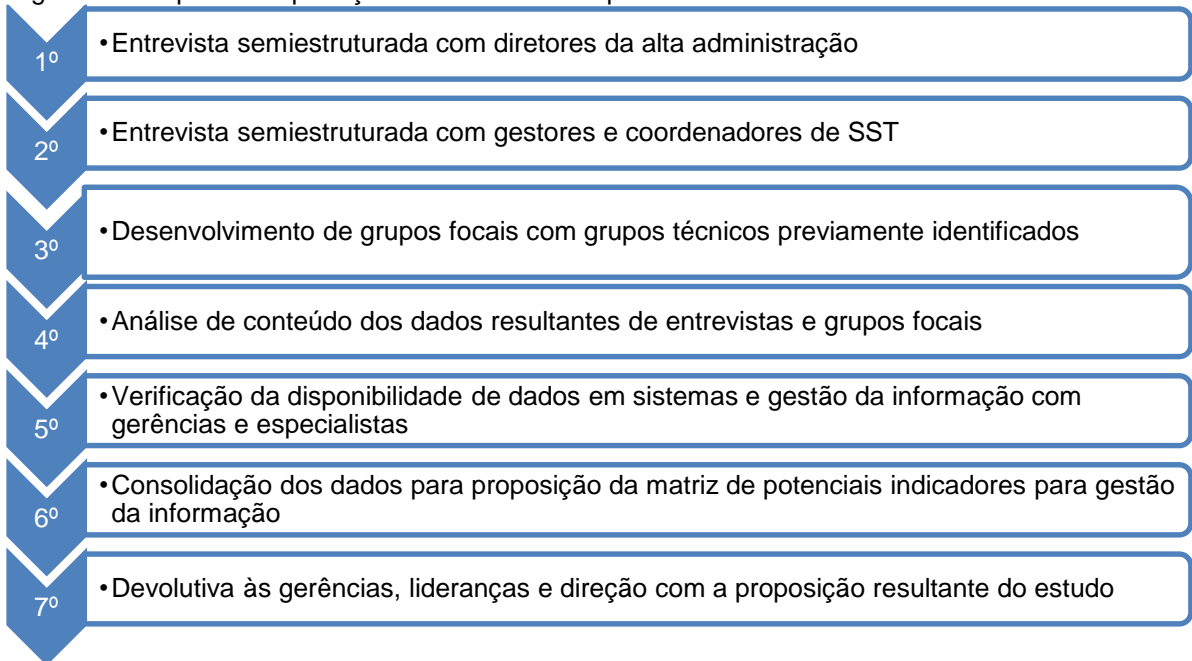
- a) a análise deve deixar claro e percorrer todas as evidências, inclusive a formulação de hipóteses concorrentes, a qual deve ser exaustiva;
- b) a análise deve abranger todas as principais interpretações concorrentes, agregando explicações alternativas provocadas por outros participantes como explicações concorrentes, talvez servindo para ser reafirmada como uma indefinição a ser investigada em estudos futuros;
- c) deve haver dedicação aos aspectos mais significativos do estudo, não sendo determinado por um caso único ou por vários e concentrando a análise no foco principal e mais importante (definido no início do estudo em seus objetivos);
- d) o pesquisador deve utilizar seu conhecimento prévio de especialista em seu estudo de caso (YIN, 2005).

As análises de conteúdo foram realizadas com a utilização do sistema NVivo 12 Plus, do fabricante QSR International, com licença oficial adquirida para esta pesquisa. O *software* NVivo suporta métodos qualitativos e variados de investigação

científica, permitindo a importação em qualquer idioma, incluindo o português. É possível organizar e analisar documentos de texto e arquivos de áudio. Ele é concebido para examinar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos, como entrevistas, respostas abertas de pesquisa, artigos, mídia social e conteúdo *web*. O NVivo 12 Plus foi utilizado para auxiliar na audição das gravações e proceder a suas transcrições, assim como para a definição dos códigos temáticos, a organização dos achados, a revisão e realocação na definição dos trechos e conteúdos classificáveis. Os gráficos e tabelas foram gerados com o suporte do referido sistema. As etapas da pesquisa encontram-se demonstradas na Figura 5, a seguir.

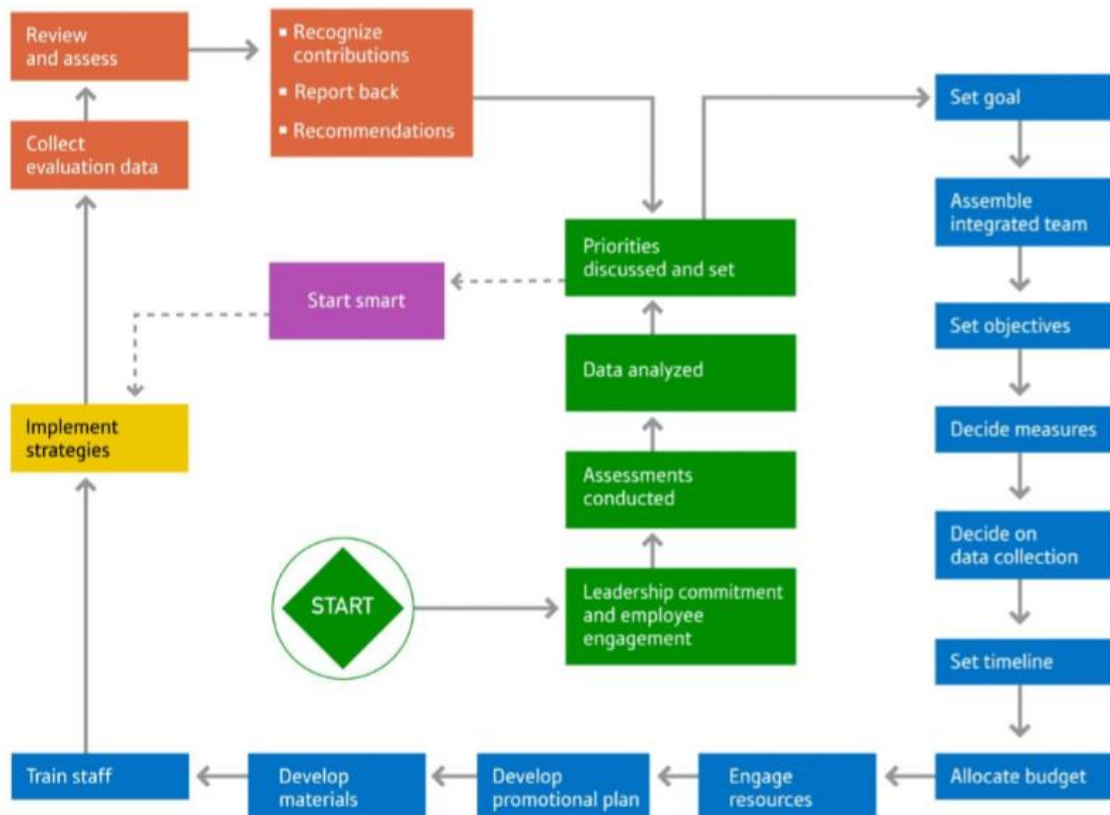
A análise de dados proposta por esta pesquisa corresponde ao demonstrado pela abordagem *SafeWell* no processo de implementação de modelos responsivos ao *Total Worker Health*<sup>®</sup>. É referência a primeira linha da Figura 6, abaixo apresentada em verde, onde são desenvolvidos os quatro primeiros passos, desde o envolvimento da liderança até a priorização e discussão, compreendendo a aplicação de entrevistas, avaliações e análise de dados. Este estudo não é exaustivo para um processo maior de incorporação futura de metodologias dessa natureza, mas a análise de dados busca possibilitar uma prévia preparação e registra o momento presente da instituição, viabilizando uma evolução dessas práticas em caso de incorporação de metodologia semelhante no planejamento estratégico da entidade.

Figura 5 – Etapas de exploração de dados de campo.



Fonte: Autores (2020).

Figura 6 – *SafeWell Implementation Process Flow*.



Fonte: [http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell\\_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines\\_Complete.pdf](http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines_Complete.pdf)

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa cumpre os termos da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o número 09701919.7.0000.5335, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da organização ambiente de estudo em Porto Alegre, instituição proponente em conjunto com a UFCSPA. A documentação da pesquisa foi aprovada no CEP da entidade pelo Parecer 3.252.625 em 9 de abril de 2019 (Anexo A).

A participação dos sujeitos na pesquisa iniciou com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), momento em que foram elucidados seus direitos e as motivações para a realização do estudo, envolvendo o esclarecimento sobre a agenda da entrevista e o método de gravação, bem como sobre a exposição dos direitos e proteções descritos no TCLE. Foi dado aos participantes o direito de interromperem a gravação, de se retirarem da sala de entrevista ou de requererem a retirada de algum trecho de suas falas, o que não ocorreu em nenhum momento.

As identidades dos sujeitos e dos grupos foram nomeadas pelas expressões Liderança e Grupo Focal, assim como seus cargos. Alguns trechos de transcrição foram modificados buscando anonimizar os sujeitos, seja pelas expressões em primeira pessoa utilizadas por eles nas narrativas ou pela codificação separada de trechos de suas falas, sem comprometer sua contribuição diante de risco identificado de exposição para seu cargo ou representação.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal estudar a gestão da informação em processos de integração de programas em saúde no trabalho relacionados à promoção da saúde, aliados ao exercício dos programas de cunho legal da segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar. Sob essa perspectiva central, como o desafio principal da pesquisa, para o entendimento do suporte da gestão da informação no processo de priorização das práticas em saúde, foi necessário compreender as prioridades de enfrentamento da entidade. Considerando a escuta das lideranças e dos trabalhadores, a análise dos resultados buscou evidenciar essas questões relevantes para, então, direcionar o foco aos sistemas de informação.

Como ponto de partida para a organização dos resultados, as referências dos entrevistados foram divididas conforme temas na análise de conteúdo, seguindo a distribuição das questões importantes para a integração das práticas em saúde (NIOSH, 2016): controles de risco e exposição; organização do trabalho; suporte na concepção de ambiente; liderança; remuneração e benefícios; suporte comunitário; mudanças demográficas da força de trabalho; e questões legais. Dentro de cada uma dessas categorias temáticas, denominadas, no estudo, códigos ou “nós”, de acordo com a nomenclatura do NVivo, foram detalhados novos códigos ou “subnós”, como se encontra na literatura citada (ver Quadro 1, que ilustra as questões relevantes para o *Total Worker Health*<sup>®</sup>).

Para fins didáticos de apresentação e discussão dos resultados, a exposição desses achados se concentrará nas duas subcategorias de cada tema principal que mais receberam referências atribuídas, para que seja possível um debate priorizado nos temas mais frequentemente citados pelos entrevistados. Assim, por exemplo, em Controle de Riscos e Exposição, serão anunciados dados das duas principais categorias com maior número de referências: Avaliação e Gestão dos Riscos (53,33%) e Fatores Psicossociais (20%). Nas Tabelas 2 e 3 apresentadas a seguir a nomenclatura “Arquivos” refere-se aos documentos de transcrição para cada coletânea de dados transcritos organizados no NVivo por entrevistas e grupos focais, de onde as referências das falas dos participantes foram extraídas para a categorização por temas.

Tabela 2 – Distribuição das referências pelos temas identificados e suas subdivisões.

Questões relevantes e temas específicos (nós)	Arquivos	Referências	% do Nó	% do Total
<b>1 Controle de riscos e exposição</b>	19	45		9,04
Agentes Biológicos	4	6	13,33	
Agentes Físicos	2	6	13,33	
Avaliação e Gestão dos Riscos	9	24	53,33	
Fatores Psicossociais	4	9	20,00	
<b>2 Organização do trabalho</b>	31	78		15,66
Refeições e intervalos de repouso adequados	1	2	2,56	
Equipe segura	6	19	24,36	
Fadiga e prevenção do estresse	9	23	29,49	
Gestão da hora extra	3	4	5,13	
Jornada flexível	2	3	3,85	
Prevenção da intensificação do trabalho	10	27	34,62	
<b>3 Suporte na concepção de ambientes</b>	17	30		6,02
Acesso a opções alimentares saudáveis e acessíveis	2	5	16,67	
Acesso seguro ao local de trabalho	3	4	13,33	
Ambientes destinados a acomodar a diversidade de trabalhadores	4	10	33,33	
Instalações para refeições seguras, limpas e equipadas	5	6	20,00	
Instalações sanitárias seguras e limpas	3	5	16,67	
<b>4 Liderança</b>	36	91		18,27
Comprometimento compartilhado com SSTBE	8	25	27,47	
Gerentes, supervisores e executivos solidários	10	31	34,07	
Reconhecimento e respeito com o trabalhador	3	13	14,29	
Tomada de decisão empresarial responsável	6	10	10,99	
Trabalho e engajamento significativos	9	12	13,19	
<b>5 Remuneração e benefícios</b>	28	68		13,65
Acesso a serviços de saúde com qualidade e confidencialidade	10	38	55,88	
Carreira e desenvolvimento de competências	4	7	10,29	
Equidade nas avaliações de desempenho e promoção	3	6	8,82	
Prevenção de doenças crônicas e gestão de casos	4	5	7,35	
Relação vida e trabalho	2	2	2,94	
Salários adequados	5	10	14,71	
<b>6 Suporte comunitário</b>	2	3		0,60
Acesso a recursos de saúde e bem-estar de qualidade a valores acessíveis	2	3	100,00	
<b>7 Mudanças demográficas da força de trabalho</b>	10	13		2,61
Força de trabalho diversa e multigeracional	1	1	7,69	
Força de trabalho global e multinacional	1	1	7,69	
Populações trabalhadoras vulneráveis	3	3	23,08	
Trabalhadores com deficiências	5	8	61,54	
<b>8 Questões legais</b>	14	28		5,62
Eliminação do <i>bullying</i> , violência, assédio e discriminação	1	1	3,57	

Novos padrões de emprego, promovendo envelhecimento produtivo	1	1	3,57	
Políticas organizacionais centradas no trabalhador	1	3	10,71	
Reestruturação e fusões organizacionais	2	3	10,71	
Retorno ao trabalho	9	20	71,43	
<b>9 Gestão da informação</b>	<b>21</b>	<b>86</b>		<b>17,27</b>
Acesso à informação e decisões baseada em dados	13	58	67,44	
Sistemas utilizados, inovações e aquisições	8	28	32,56	
<b>10 Comunicação em saúde</b>	<b>18</b>	<b>33</b>		<b>6,63</b>
Acesso e disponibilização de conteúdos e informações	7	12	36,36	
Influência da comunicação na formação da cultura em saúde.	6	12	36,36	
Percepção de priorização por meio das ações de comunicação	5	9	27,27	
<b>11 Gestão orçamentária de pessoas</b>	<b>15</b>	<b>23</b>		<b>4,62</b>
Análise e viabilização de orçamento	7	9	39,13	
Planejamento orçamentário	5	7	30,43	
Sustentabilidade econômica	3	7	30,43	
<b>Total de referências</b>		<b>498</b>		<b>100</b>

Fonte: Autores (2020).

Tabela 3 – Distribuição das referências considerando o tipo de contribuição.

Questões relevantes (nós) e tipo de manifestação	Arquivos	Referências	% do Nó	% do Total
1 Controle de riscos e exposição	11	39		8,32
1.1 Aspectos Positivos	6	18	46,15	
1.2 Queixas	8	16	41,03	
1.3 Sugestões	4	5	12,82	
2 Organização do trabalho	13	74		15,78
2.1 Aspectos Positivos	8	14	18,92	
2.2 Queixas	12	37	50	
2.3 Sugestões	4	23	31,08	
3 Suporte na concepção de ambientes	8	25		5,33
3.1 Aspectos Positivos	3	4	16,00	
3.2 Queixas	5	8	32,00	
3.3 Sugestões	3	13	52,00	
4 Liderança	14	85		18,12
4.1 Aspectos Positivos	9	24	28,24	
4.2 Queixas	12	36	42,35	
4.3 Sugestões	7	25	29,41	
5 Remuneração e benefícios	12	66		14,07
5.1 Aspectos Positivos	5	6	9,09	
5.2 Queixas	10	29	43,94	
5.3 Sugestões	10	31	46,97	
6 Suporte comunitário	2	3		0,64
6.1 Aspectos Positivos	1	1	33,33	
6.2 Queixas	0	0	0,00	
6.3 Sugestões	1	2	66,67	
7 Mudanças demográficas da força de trabalho	5	12		2,56
7.1 Aspectos Positivos	2	3	25,00	
7.2 Queixas	4	5	41,67	
7.3 Sugestões	2	4	33,33	
8 Questões legais	10	28		5,97
8.1 Aspectos Positivos	2	5	17,86	
8.2 Queixas	8	14	50,00	
8.3 Sugestões	5	9	32,14	
9 Gestão da informação	13	83		17,70
9.1 Aspectos Positivos	8	21	25,30	
9.2 Queixas	11	39	46,99	
9.3 Sugestões	9	23	27,71	
10 Comunicação em saúde	12	33		7,04
10.1 Aspectos Positivos	7	16	48,48	
10.2 Queixas	7	11	33,33	
10.3 Sugestões	3	6	18,18	
11 Gestão orçamentária de pessoas	8	21		4,48
11.1 Aspectos Positivos	5	9	42,86	

11.2 Queixas	4	9	42,86
11.3 Sugestões	1	3	14,29
Total de referências		469	100

Fonte: Autores (2020).

Em resposta ao objetivo secundário de mapear as variáveis e indicadores quantificáveis relacionados aos programas legais de saúde e às iniciativas de promoção da saúde que suportem a gestão integrada de programas, a distribuição das referências encontradas revelou a necessidade de alocação em novas categorias temáticas. Estas foram intituladas processos de gestão da informação em saúde, comunicação em saúde e gestão orçamentária.

As análises dos resultados possibilitaram a distribuição das referências em outras subdivisões de códigos, denominadas aspectos positivos, queixas e sugestões, como forma de organização das contribuições dos sujeitos. Esses novos subcódigos temáticos viabilizaram a leitura conjunta e a compreensão do contexto das manifestações e seu potencial em dar visibilidade e fortalecer a cultura de segurança e saúde no trabalho da instituição, assim como evidenciaram o conjunto de práticas positivas já incorporadas no modelo de gestão de pessoas adotado pela instituição.

As Tabelas 2 e 3 demonstram a hierarquia das áreas temáticas e seus subcódigos. Cada uma dessas perspectivas será apresentada e descrita a seguir nos itens temáticos mais referidos, com a numeração correspondente das tabelas.

Ao avaliar as questões relevantes para a integração na gestão de práticas em saúde, destacam-se, em número de referências, os itens liderança, com 91 referências (18,27%); gestão da informação, com 86 referências (17,27%); organização do trabalho, com 78 referências (15,66%); remuneração e benefícios, com 68 referências (13,65%); e controle de riscos e exposição, com 45 referências (9,04%). Essas cinco questões temáticas são alvo das discussões nesta dissertação de mestrado. Os demais aspectos identificados e classificados serão alvo de estudos posteriores da análise das coletas de campo, possibilitadas pelas 498 referências atribuídas ao grupo de temas constantes na Tabela 2.

Os dois novos grupos temáticos constituídos neste estudo, chamados de comunicação em saúde e gestão orçamentária de pessoas, tiveram menor número de referências: 33 (6,63%) e 23 (4,62%), respectivamente. Entretanto, serão aqui

discutidos e apresentados por serem considerados aspectos transversais e impulsionadores dos demais temas levantados neste estudo.

Os itens acima foram classificados por volume de ocorrências e serão alvo preliminar na identificação de indicadores para o processo de gestão integrada em saúde. Com base nessas análises, as coordenações, gerências e os comitês técnicos poderão avaliar prioridades a serem trabalhadas comparando os resultados desse estudo com os demais estudos realizados pela instituição, como as pesquisas de clima, engajamento e os próprios resultados de perfis de saúde da população de trabalhadores em aplicação no período de encerramento das entrevistas dessa pesquisa. Como apontavam Shrimpton et al. (2008) e Chosewood (2018), envolver os sujeitos interessados pode ser fundamental para enriquecer o levantamento, pois foram expressivas as contribuições dos participantes e coerentes entre os grupos.

## 5.1 LIDERANÇA

O tema que recebeu o maior número de referências por parte dos entrevistados é liderança e reúne aspectos como comprometimento compartilhado com segurança, saúde e bem-estar; gerentes, supervisores e executivos solidários; reconhecimento e respeito com o trabalhador; tomada de decisão empresarial responsável; e trabalho e engajamento significativos.

O subcódigo mais frequente, com 31 referências agrupadas, foi gerentes, supervisores e executivos solidários, com 34,07%<sup>2</sup> das citações, referências complementares além das citadas abaixo podem ser encontradas no Apêndice C.1.

*Grupo Focal 1 – Referência 2 – 2,65% cobertura*  
*“Diariamente estamos vendo que as pessoas não são vistas, o gestor precisa também desenvolvimento nesse sentido.”*

*Grupo Focal 2 – Referência 6 – 3,04% cobertura*  
*“É preciso desenvolver a escola de líderes, visão centrada no trabalhador, reconhecer tudo o que envolve em torno dos acidentes, do processo de trabalho, do contexto, termos esse olhar mais sistêmico.”*

---

<sup>2</sup> Para destacar os trechos transcritos das entrevistas e dos grupos focais, estes serão apresentados em itálico, espaçamento simples e alinhados à margem direita da página.

*Grupo Focal 2 – Referência 1 – 3,24% cobertura*

*“Ainda existe muito a cultura de não falar sobre isso, porque aí não temos esse problema. É muito difícil sensibilizar as lideranças, os funcionários não participam do atendimento porque não têm apoio da liderança.”*

O segundo item que mais recebeu referências nas entrevistas foi comprometimento compartilhado com segurança, saúde e bem-estar, com 25 citações (27,47%):

*Grupo 2 – Referência 1 – 2,05% cobertura*

*“Os comitês reúnem convidados, e os dados da ergonomia, por exemplo, são apresentados às gerências da área analisada e pessoas desse setor.”*

*Liderança 2 – Referência 2 – 1,39% cobertura*

*“A alta administração é envolvida na definição e priorização de iniciativas em saúde do trabalhador. Sim, tudo passa pela alta direção, exigido sempre, sempre, neste caso específico, desenvolvido pela gestão de pessoas, é um tema que está sendo discutido constantemente.”*

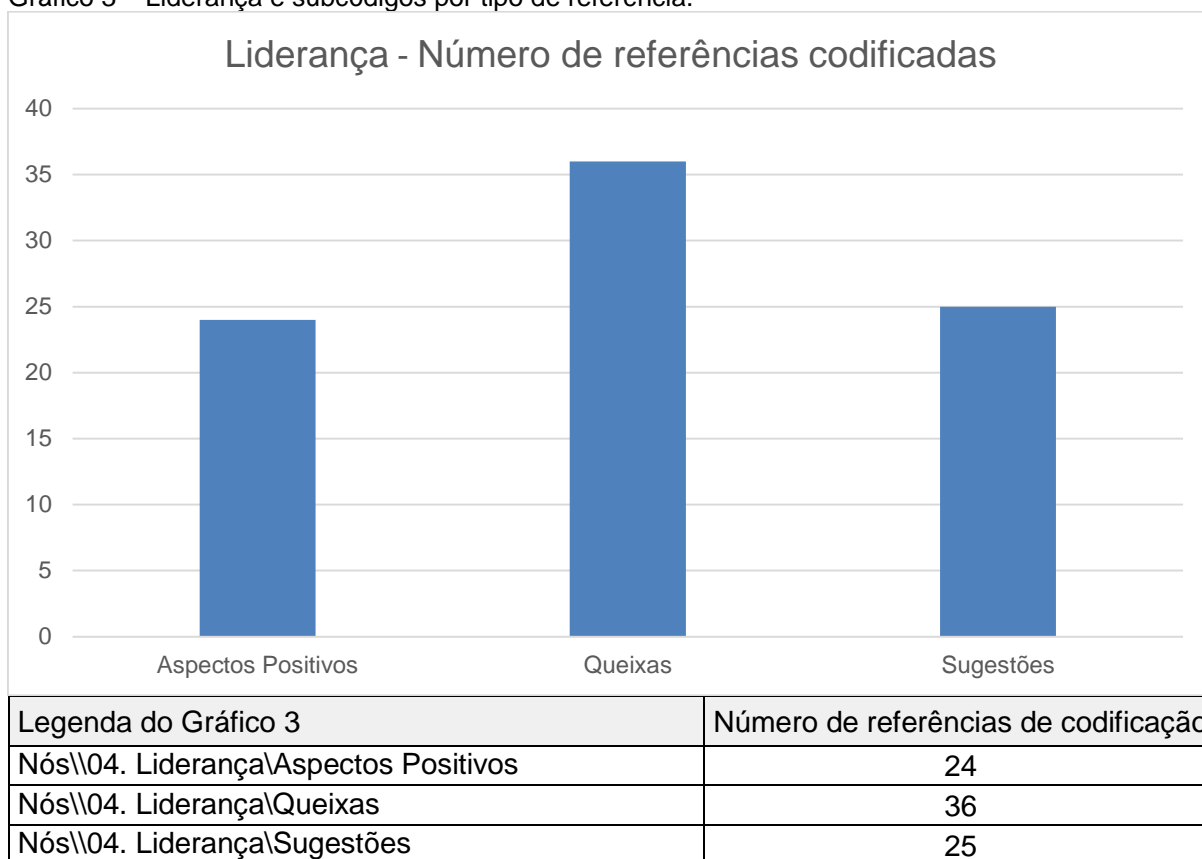
*Registros escritos dos Grupos Focais – Referência 4 – 1,52% cobertura*

*“É preciso maior envolvimento com chefias para apropriação da importância da saúde e do bem-estar.”*

Das referências a esses dois itens, 36 (42,35%) foram atribuídas como queixas, 25 como sugestões (29,41%) e 24 como aspectos positivos (28,24%). As referências parecem refletir a oportunidade de desenvolver as lideranças de forma a sensibilizá-las para a temática do bem-estar e da segurança e saúde no trabalho. Manifestações ocorreram quanto a falta de engajamento para a segurança, falta de apoio solidário, no sentido de respeito, reconhecimento e suporte (Gráfico 3).

Caspi et al. (2013), após curta intervenção de abordagem integrada, já reconheceram como resultados o aumento do suporte de supervisores, sinalizando que mesmo rápidas intervenções podem contribuir com mudanças no nível de engajamento com a temática. Sorensen et al. (2013) sugerem indicadores para avaliação de abordagens integradas, sendo o primeiro deles o comprometimento da liderança organizacional com a saúde do trabalhador. Anos depois, a importância do suporte aos trabalhadores para a obtenção de uma condição de maior bem-estar é novamente descrita como fundamental (SORENSEN et al., 2016).

Gráfico 3 – Liderança e subcódigos por tipo de referência.



Fonte: Autores (2020).

*Liderança 1 – Referência 3 – 1,32% cobertura*

*“Os diretores têm uma vez por mês um café com os não gestores, então todo mundo que não é gestor se inscreve, e nesse café eles escutam tudo o que não querem ouvir. É muito legal, porque não vai ninguém de gestão, nem no nível de supervisão, é só bem a operação. Isso aproxima muito a diretoria da versão da realidade, sem filtros.” [Aspecto positivo]*

*Grupo Focal 3 – Referência 4 – 4,19% cobertura*

*“Tem uma diferença de tratamento, a chefia fala de formas diferentes com brasileiros e com os estrangeiros. O chefe é mais legal com os brasileiros que com os estrangeiros. Tem que ser igual, tem que falar do mesmo jeito. Parece que tem um medo dos brasileiros mais que dos estrangeiros.” [Queixa]*

*Grupo Focal 1 – Referência 3 – 3,15% cobertura*

*“Trabalhar com os líderes, supervisor de enfermagem, enfermeiro assistencial para ser multiplicador, por ser a área mais demandante.” [Sugestão]*

O engajamento das lideranças e o comprometimento com a segurança no trabalho e bem-estar é premissa-chave na implementação de programas de saúde corporativa. Muitas ações se desdobram no tratamento entre líder e subordinados; sua efetividade depende dessa sensibilização e engajamento (CRANE et al., 2019). Na adoção de melhorias e na utilização de tecnologias, a falta de envolvimento das

gerências e o baixo comprometimento impactam na efetivação das inovações tecnológicas (JIMENEZ; BREGENZER, 2018).

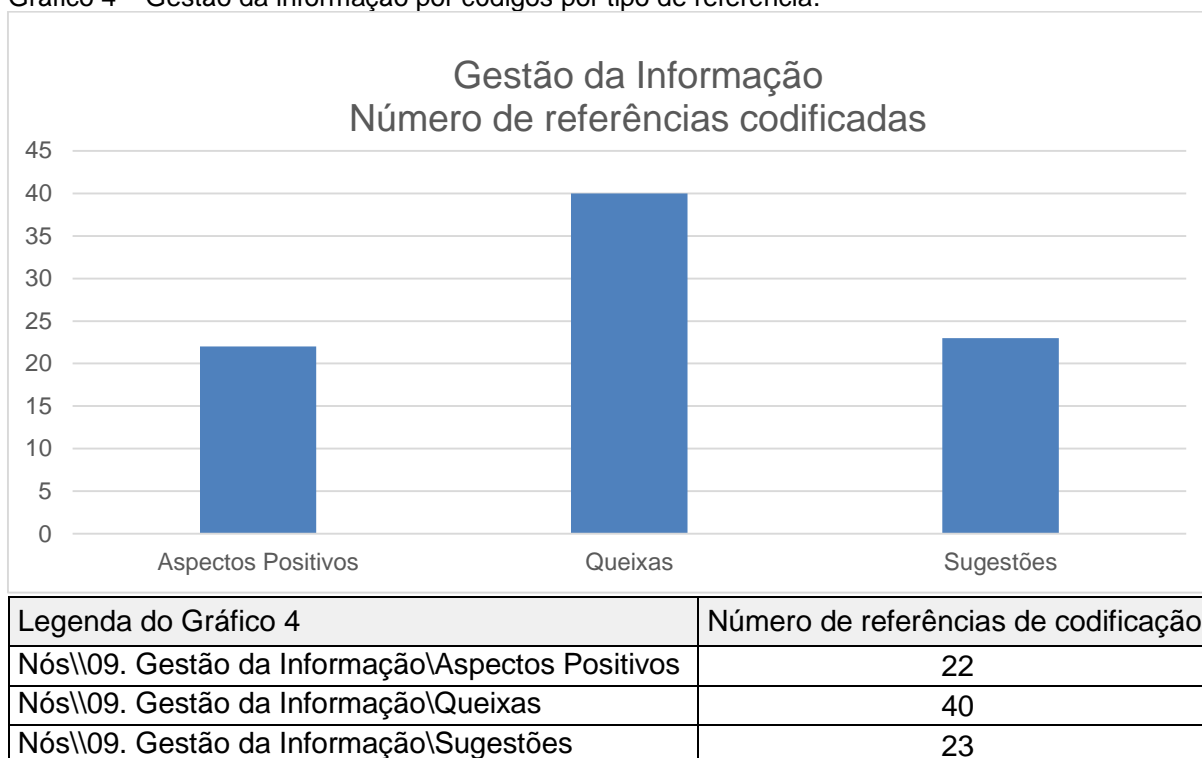
Cabe registrar que, dentre todas as questões relevantes, o tema liderança, com 91 referências, esteve à frente, por exemplo, das questões relacionadas a salários e benefícios, com 68 referências. Isso sugere que é um tema a ser observado nos programas e iniciativas da entidade tanto para fortalecer e reconhecer aspectos positivos como atuar nas oportunidades de melhoria no engajamento de líderes e suporte às equipes.

## 5.2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO

O item 9 da tabela de distribuição das referências (Tabelas 2 e 3), conforme os aspectos relevantes para a gestão integrada, foi denominado gestão da informação. Aparece como segundo colocado na análise de frequência de aparições das referências relacionadas ao tema, com 86 referências, representando 17,27% do total de citações. A gestão da informação foi abordada em todas as entrevistas com perguntas dirigidas à questão, o que pode explicar também sua presença em número de referências. Esses questionamentos foram incluídos neste estudo em busca de responder ao objetivo principal da pesquisa.

O Gráfico 4 demonstra que 39 (46,99%) referências codificadas foram atribuídas como queixas, 23 (27,71%) como sugestões, e 21 (25,30%) como aspectos positivos. Nesse código temático, as referências foram divididas em dois subcódigos, denominados acesso à informação e decisões baseadas em dados, com 58 citações (67,44%); e sistemas utilizados, inovações e aquisições, com 28 citações (32,56%).

Gráfico 4 – Gestão da informação por códigos por tipo de referência.



Fonte: Autores (2020).

As necessidades de informatização de prontuários e dados de saúde dos trabalhadores já são referidas há anos por Facchini et al. (2005). Diversos cuidados éticos são fundamentais na estruturação da informação em saúde dos trabalhadores, protegendo-os de exposição, requerendo aplicação ética no tratamento da informação em saúde, nos dados de comportamento e perfil, além dos agravos e registros de fatores de risco para doenças exclusivamente ocupacionais. Tanto os órgãos internacionais quanto o próprio Ministério da Saúde têm como missão gerenciar dados de saúde e segurança dos trabalhadores. Para que as organizações privadas possam ter gestão sobre a informação em saúde, é preciso haver uma implementação integrada entre saúde e práticas de promoção da saúde e as demandas legais dos programas ocupacionais.

O desafio de criar sistemas de informação capazes de apoiar a tomada de decisão de forma subsidiada por dados foi descrito por Schill e Chosewood (2013), considerando que os processos de SST e os benefícios na gestão de pessoas em geral são geridos separadamente, com sistemas de informação diferentes e muitos atuando de modo independente. Isso acaba por impossibilitar o processo chamado por McLellan et al. (2017) de *data-driven change*, como sistema de tomada de decisão baseado em avaliações regulares e orientado por dados que devem ser acessíveis

nos níveis profissionais adequados, como médicos coordenadores, engenheiros de segurança do trabalho e especialistas de gestão de pessoas. Sem o adequado fluxo de acesso à informação incorporado na rotina e com capacidade de avaliar tendências e comportamentos, como vigilância epidemiológica integrada, a gestão torna-se ineficaz para atuar preventivamente, agindo de maneira reativa (SORENSEN et al., 2013).

Nas entrevistas, foram várias referências observadas sobre a falta de informação quanto ao perfil epidemiológico da população trabalhadora e a falta de sistemas integrados de controle de informações, referências complementares encontram-se no Apêndice C.2.

*Grupo Focal 2 – Referência 5 – 4,04% cobertura*

*“Temos números importantíssimos na saúde ocupacional, mas não estão integrados e estão em Excel, não conhecemos os perfis. Índice de pessoas que entram e já estão em acompanhamento psicológico, transtorno do sono, obesidade, poderíamos trabalhar melhor esses grupos.”*

*Liderança 1 – Referência 1 – 4,30% cobertura*

*“Hoje não temos dados muito completos dos programas legais, por exemplo, de ergonomia. Nós não temos o estudo da casa inteira, vamos levar um bom tempo para concluir, mas o PPRA e PCMSO, temos em dia em todos os hospitais, incluindo os novos integrados ao grupo, mas não há uma divulgação disso amplamente, nós não trabalhamos como instrumento de gestão, nós cumprimos o normativo. Dados dos programas estão em Excel. Sobre indicadores ainda estamos num nível de maturidade muito anterior, se é que pode se dizer maturidade. Controlamos a taxa de acidentes, controla o absenteísmo médico, esses são os indicadores, os demais trabalhamos muito por processo, mas não há uma gestão elaborada, uma disciplina dentro da organização. Em outros setores, como o setor elétrico, a segurança é o negócio, porque além de matar os trabalhadores, ela traz impacto ao cliente, porque se cair uma chave elétrica em função de um acidente, a comunidade vai ficar sem luz, então isso afeta o negócio, e eu não vejo nos hospitais isso muito ainda, estou há alguns anos em hospital e vejo que se faz o básico.”*

Quanto a sistemas utilizados, inovações e aquisições, destaca-se uma das contribuições, sobre subsidiar o trabalhador de informação com transparência:

*Grupo Focal 4 – Referência 1 – 7,54% cobertura*

*“No portal do colaborador, uma das coisas que eu sonhava era ter um ambiente com todos os riscos associados ao meu trabalho, como dose de radiação do dosímetro. Às vezes a liderança não atualiza o relatório do mês de exposição de radiação, ficam meses defasados no mural.”*

*Grupo Focal 4 – Referência 2 – 15,34% cobertura*

*“Também seria importante dar ciência de outros níveis de exposição das análises quantitativas. Que os trabalhadores soubessem os limites preconizados pelas normativas e os resultados de suas avaliações, que ele está trabalhando em condições seguras. Eles*

*fantasiam que estão expostos a doses altas e esclarecemos que a dose é irrelevante, que a exposição é insignificante. Isso até protegeria a instituição. Estamos estudando para que no novo sistema isso seja possível; por ora, não foi ainda possível. No sistema atual isso não é possível.”*

As tecnologias de *wearables* e *mHealth*, por exemplo, disponíveis no mercado e o modelo de inovação disruptivo proposto pelo hospital podem propiciar o uso de algumas tecnologias vestíveis que auxiliem a obtenção de dados fisiológicos ou mecânicos e ajudem a construir o perfil de saúde da população assistida. Recursos de adequação postural ou movimentos físicos inadequados podem ser aplicáveis em conjunto com o cruzamento de dados das plataformas de perfil de saúde, provocando correções do indivíduo e monitoramento postural por meio de *feedback* (EDINGTON et al., 2016). É preciso um processo de reconhecimento e aderência aos modelos de *wearables* e sistemas que possam monitorar o trabalho dos profissionais, envolvendo-os para que participem do processo de incorporação da tecnologia, sendo assim possível entender de que forma os sujeitos serão mais aderentes (SPOOK et al., 2019).

O importante é que qualquer nova solução com foco em resolver uma demanda pontual possa proporcionar a geração de informação e combinar dados para o tratamento conjunto com outras iniciativas, ou seus resultados continuarão fragmentados, dificultando a gestão da informação em saúde. Algumas tecnologias podem ter fim em si mesmo, sem que contribuam para um processo ampliado de gestão da saúde (DOS SANTOS et al., 2017). Isso inclusive foi preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde, ao possibilitar que sejam usados diversos meios para a vigilância e a análise de informações em saúde que subsidiem a tomada de decisão (BRASIL, 2018). Os resultados de saúde de populações apoiadas por tecnologias podem ainda favorecer a melhora dos resultados por meio de estímulo, *feedback* e engajamento (LEE et al., 2018).

### 5.2.1 O PROCESSO DE GERAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE DADOS

Com o propósito de identificar o processo de geração da informação e integração de sistemas de dados necessários para suportar a implementação de abordagens integradas em saúde do trabalhador, uma série de perguntas foi

considerada nas entrevistas dos líderes e na escuta dos grupos focais, fazendo com que o assunto fosse o segundo em volume de referências observadas na análise de conteúdo, possivelmente induzido pelo foco da discussão da pesquisa. A motivação em analisar esse aspecto enquanto fator determinante para a integração de abordagens se dá pela necessidade de auxiliar os processos decisórios para implementação e priorização de estratégias em saúde. Assim como alguns programas ocorrem de forma fragmentada na entidade pesquisada, é provável que o mesmo aconteça na implementação de sistemas; dessa maneira, esta pesquisa tinha como objetivo compreender essa dinâmica da organização relacionada a sistemas e tratamento de dados.

O processo de geração de informação e integração de sistemas de dados necessários para suportar a implementação de abordagens integradas em saúde do trabalhador revela um processo de amadurecimento da entidade estudada. Como se constatou nas entrevistas, suas coordenações técnicas foram reposicionadas nos últimos três anos e passaram a receber importância da atual direção e gerência de pessoas, as quais reconhecem a relevância e prioridade de investimento na área.

*Liderança 1 - Referência 4 – 1,48% cobertura*

*“Os dados de acidentes e absenteísmo fazem parte das diretrizes institucionais, têm meta, e temos no Power BI todo o controle deles. Nós olhamos os números macro, mas podemos estratificar e temos toda a análise deles, por área, por grupo funcional. Isso já está funcionando, o BI é uma mão na roda. Nós trabalhamos de forma organizada, mas pouco gerenciada até pelo volume.”*

*Grupo Focal 1 – Referências 1-4 – 7,25% cobertura*

*“Na gestão, podemos não ter um sistema muito informatizado, mas nós temos acesso às informações. Como deixar os dados visíveis para os líderes, como engajar, indicadores previstos como estratégicos, headcount, turnover. Precisamos colocar no Power BI, hoje apresentamos esses dados de forma fechada no SIG.”*

O movimento pela inovação que está atrelado à gerência de tecnologias da informação já aponta para iniciativas voltadas à gestão de processos que impactam na qualidade de vida dos trabalhadores, com aumento da análise de eficiência de serviços. Isso possibilita o acompanhamento de indicadores de processo, desempenho e impacto, melhorando a apropriação de processos de decisão baseados em dados. Tais processos repercutem positivamente na organização de trabalho dos funcionários e na prestação de serviços aos pacientes, como é o caso do Robô Laura, citado anteriormente e relatado pela liderança entrevistada no depoimento abaixo.

*Liderança 4 – Referência 6 – 6,02% cobertura*

*“Dados que vêm para as reuniões de diretoria, os dados de gestão de pessoas vêm no seu próprio contexto. Isso é uma falha nossa, porque somos um hospital, nosso contexto é prestar assistência. Então o ideal é fazer com que todas as informações que eu tenho convirjam para esta lógica daquilo que eu entrego, porque são convergentes, se não, não estariam aqui. Não posso olhar absenteísmo e pensar que eu vou melhorar isso exclusivamente com a qualificação do modelo de recrutamento, porque é possível que as pessoas que estão saindo no seu primeiro ano de trabalho não tiveram o perfil bem analisado em relação à demanda, pode ser isso? Pode, mas pode ser pouco isso, talvez uma pesquisa de clima, correlacionar com volume de trabalho e não sermos mais tão reativos. Sermos proativos e ficar identificando as correlações das causas que temos e é bem possível que eu tenha causas de desfecho assistencial daquilo que eu entrego enquanto instituição absolutamente atreladas às causas e deficiências, necessidades do grupo que faz essa entrega. Só que hoje eu analiso isso em partes, custo de folha, horas extras, é pouco.”*

Percebe-se aqui uma vinculação entre o resultado da entrega do negócio do hospital (serviços de saúde aos pacientes) e o entendimento de que o desfecho da entrega pode estar relacionado ao nível de satisfação ou engajamento da população trabalhadora que presta os serviços ao cliente final. O desejo da liderança em passar a analisar esses indicadores de forma integrada, buscando respostas às deficiências da entrega, demonstra um reconhecimento da condição de saúde da população trabalhadora como um pilar do negócio, em alinhamento às diretrizes internacionais (WHO, 2010; SCHILL; CHOSEWOOD, 2013; SORENSEN et al., 2013).

*Liderança 5 – Referência 3 – 2,20% cobertura*

*“Como necessidades, vejo a informatização do prontuário do colaborador, que é de extrema importância, ter no BI os motivos automaticamente, porque não tem como pedir e ficar aguardando, tentando entender, se perde muito tempo, algo para o supervisor da área trabalhar com a equipe, para solucionar.”*

Nas entrevistas, as referências trazidas deixam claro que os controles são realizados, mas registros e monitoramentos ocorrem sem sistema automatizado, trabalhando-se com planilhas em Excel. Alguns relatórios requerem extração manual de dados de dois ou três sistemas e posterior tratamento para montar relatórios ou alimentar sistemas de governo que precisam ser informados com resultados da vigilância da população trabalhadora. Como foi descrito pelas referências, a entidade está passando por um processo de mudança de sistemas no período deste estudo; no entanto, a organização se planeja para uma série de mudanças na cultura de gestão da informação.

Como retratam Sorensen et al. (2013), avaliação e vigilância epidemiológica integradas são um dos indicadores de processos das abordagens recomendadas pelos norte-americanos, descrito como relatórios com indicadores para a alta gestão, em *dashboards*, os quais poderão ser usados de diversas formas, desde monitoramento interno para acompanhamento da evolução das abordagens a parâmetros de comparação e *benchmarking* com outras organizações semelhantes. Também é preciso que se considere cada vez mais o desenvolvimento de gestão de informação em saúde com dados e sistemas centrados no indivíduo, de modo a corresponder ao desenvolvimento de sistemas nacionais de dados em saúde (BRASIL, 2016), em atendimento à Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Com a formação do Comitê Gestor Nacional para a realização de ações previstas na PNIIS, o modelo nacional deve ser acelerado, depois de algum tempo aguardando essa iniciativa (BRASIL, 2019), mas reconhecendo os limites do compartilhamento e do uso de dados individuais sensíveis, como prevê a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2019).

O Ministério Público do Trabalho (MPT) (2020), por meio do SmartLab, também estimula as organizações a compararem seus indicadores com aqueles controlados pelos órgãos públicos, a fim de estabelecerem um parâmetro de monitoramento interno e definirem metas para a redução dos números quando desfavoráveis em relação ao setor econômico em que atuam. Para que isso ocorra, a geração da informação precisa ser facilitada, funcional e entrar na rotina dos processos, possibilitando antecipação às ações preventivas.

### 5.2.2 VARIÁVEIS E INDICADORES PARA A GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE

- a) mapear as variáveis e os potenciais indicadores quantificáveis relacionados aos programas legais de saúde e às iniciativas de promoção da saúde na organização estudada;

Esta seção da dissertação busca atender ao objetivo específico de mapear as variáveis e os potenciais indicadores quantificáveis relacionados aos programas legais de saúde e às iniciativas de promoção da saúde na organização estudada. Pode ser

desafiante para as instituições controlar diversos indicadores de saúde que envolvam a segurança e a saúde no trabalho e a saúde geral dos trabalhadores. De fato, muitas organizações possuem variáveis monitoradas e indicadores construídos para cumprimento legal e acompanhamento das ações de gestão de pessoas, como se constatou neste estudo. Serão apresentados a seguir os indicadores mapeados no complexo hospitalar pesquisado. O que se verifica com os achados é a necessidade de facilitar o acesso à informação e sua aplicação no suporte à tomada de decisão. Podemos elucidar esse ponto com o relato da liderança abaixo:

*Liderança 4 – Referência 1 – 7,88% cobertura*

*“Sobre o compartilhamento de dados de saúde dos trabalhadores, eles estão fechados e provavelmente eles não sejam compartilhados adequadamente, não por intenção direta de não compartilhar, mas por uma falta de hábito e processo que me leve a compartilhar isso.*

*Toda informação só é válida se ela estiver dentro de contexto e se ela for multiplicada. Informação fora de contexto e guardada para uma única pessoa, ela não tem utilidade alguma. Nós temos que redundar essa informação, então o que acontece hoje, hoje nós somos reativos. Vamos trazer isso só para nosso ambiente interno: meu absenteísmo vem crescendo, o número de afastamentos dos meus funcionários cresce, então vamos mergulhar em cima dos dados para vermos como se trata, conseguimos identificar alguns focos, então se busca a equipe de ergonomia para ver se temos alguma causa, nexos causal em relação a isso, para só então desenvolver um trabalho focado, muitas vezes tímido, para tentar atender essa perspectiva, isso é ser reativo. E aquele trabalho se encerra nele próprio, porque eu não compartilho, não tenho o hábito, não tenho um processo para compartilhar essa informação, então outros setores que provavelmente possam ter problemas iguais e semelhantes vão precisar chegar nesse ponto para se ter o mesmo olhar, o que é uma perda muito grande de tempo, de energia, de horas de trabalho, e acabamos não prevenindo um sofrimento, um afastamento, o que é muito mais caro para a instituição.”*

O foco primário dos programas tradicionais de proteção à segurança e à saúde no trabalho é alcançar condições seguras e controladas no ambiente de trabalho e atenuar e mitigar riscos de acidentes para que os trabalhadores estejam protegidos dos efeitos nocivos da própria atividade. Os modelos de atuação previstos pelo NIOSH com a metodologia *Total Worker Health*<sup>®</sup> vão além dessa etapa da segurança, na medida em que se reconhece que o trabalho é um determinante social da saúde (CHOSEWOOD, 2018).

Assim, outros fatores relacionados ao trabalho, como a remuneração, a jornada de trabalho, a carga de trabalho, os níveis de estresse concernentes à atividade, as interações com colegas e chefias, o acesso aos benefícios ou seguros, como licenças, e ambientes de trabalho que promovam a saúde, fazem com que todas essas variáveis impactem definitivamente o bem-estar dos trabalhadores, de sua família e

da comunidade. Segundo Chosewood (2018), existem fatores de risco referentes ao trabalho que podem causar ou potencializar distúrbios do sono, doenças cardiovasculares, depressão e obesidade, por exemplo. Ao passo que os empregadores reconhecem a influência dessas relações do trabalho e seus impactos na saúde geral, as abordagens de gestão integrada podem focar em como obter um ambiente de trabalho que elimine e reduza riscos, promovendo a saúde integral dos trabalhadores muito além dos tradicionais controles de segurança no trabalho e doenças exclusivamente ocupacionais. Tamers et al. (2019) colocam, como desafios perenes a serem considerados, riscos à segurança, estresse, saúde mental, uso indevido de substâncias, drogas, doenças crônicas. Estes são os principais alvos das abordagens ainda prevalentes nos Estados Unidos; o mesmo ocorre no Brasil como constata-se a seguir.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011) estabeleceu parâmetros técnicos para a implementação de programas de saúde com foco em promoção e prevenção de doenças. Como ponto de partida para a tomada de decisão, as instituições devem se apoiar em um diagnóstico do perfil demográfico e epidemiológico da população-alvo, com o reconhecimento dos fatores de risco. São exemplos de dados faixa etária, gênero, existência de agravos ou fatores de risco, pessoas em condições especiais. Pode-se definir, na análise de sua população, um estudo de projeção de risco ou morbidade de acordo com as taxas de prevalência conhecidas da população em geral com perfis semelhantes. Os indicadores recomendados poderão ter como alvo o impacto, sendo indicadores de resultado e analisando os resultados das ações sobre os sujeitos e sua condição de saúde, assim como indicadores de processo, avaliando oferta, utilização e cobertura. Alimentação saudável, atividade física, redução de fumo e álcool são consideradas fatores predominantes protetivos para a saúde e fundamentais para serem contemplados na prevenção de riscos e doenças. Os fatores de risco a serem identificados pelos programas sugeridos pela ANS (2011) incluem sobrepeso e obesidade, inatividade física, tabagismo e consumo de álcool. Outras áreas de atenção podem ser contempladas: atenção à gestante, promoção ao nascimento saudável, aleitamento materno, controle preventivo de doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, hipertensão arterial sistêmica, neoplasias, saúde da mulher, saúde do homem, saúde bucal e saúde mental.

No Brasil, o Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011, já estabelecia a importância de a qualidade de vida ser monitorada como objetivo da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, reforçando que a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, bem como a prevenção de acidentes e danos originados ou relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso do trabalho, devem ser incentivados (BRASIL, 2011). O Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (CT-SST, 2012) prevê a estruturação de uma rede integrada de informações em SST, com a estratégia de compatibilizar e aperfeiçoar os instrumentos de dados e fluxos de informações a serem compartilhados e com a definição de ferramentas de integração digital de informações em SST. Apesar de não serem objetos desta pesquisa os mecanismos legais de recebimento de dados de SST por parte do governo, busca-se mostrar a evolução dos diversos mecanismos de orientação e reforço da necessidade de dados e gestão da informação em saúde do trabalhador.

Sobre os aspectos de controle legal previstos para o grupo econômico de atividades hospitalares, a NR 32 (Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019) estabelece que o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional deve contemplar: a) o reconhecimento e a avaliação dos riscos biológicos; b) a localização das áreas de risco; c) a relação contendo a identificação nominal dos trabalhadores, sua função, o local em que desempenham suas atividades e o risco a que estão expostos; d) a vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos; e) o programa de vacinação (ME, 2019).

No Programa de Prevenção de Riscos Ambientais dos serviços de saúde, deve estar descrito o inventário de todos os produtos químicos, incluindo intermediários e resíduos, com o registro daqueles que produzam riscos à segurança e à saúde dos trabalhadores. Deve compreender também os demais agentes de riscos, como radiações ionizantes, e todo tipo de risco ao qual está exposto o trabalhador das atividades hospitalares, não somente da assistência, mas de lavanderia, limpeza e manutenção, por exemplo. Outros indicadores previstos e acompanhados pelo MPT e pela OIT (SMARTLAB, 2020) devem ser monitorados para cumprimento das questões requeridas pela fiscalização.

Para compreender o que a entidade estudada possuía de dados controlados e indicadores definidos por sua própria equipe interna, obtivemos, junto à gestão de pessoas, o levantamento da situação presente durante o processo de validação dos dados das entrevistas, o qual apresentaremos a seguir. Conforme preconiza Bardin

(2011) a análise de resultados envolveu a análise documental, com a apreciação de documentos fornecidos pelos entrevistados. Essa verificação de documentos e controles das áreas caracterizou a triangulação na análise de dados (YIN, 2005). A equipe de projetos em gestão de pessoas havia feito uma pesquisa sobre a utilização dos indicadores e mapeou a intenção de mantê-los em acompanhamento em 2020, de forma a qualificar o processo de acompanhamento. Observa-se, assim, que já existem indicadores controlados e possíveis de serem mantidos, os quais podem contribuir para a gestão integrada em saúde por influenciarem um modelo ampliado de bem-estar, saúde e segurança no trabalho. Nas próximas páginas, no Quadro 5, encontram-se indicadores de *turnover*, formações funcionais (que capacitam as pessoas para as atividades e, por sua vez, para a organização do trabalho), desenvolvimento de lideranças, horas de treinamento por colaborador, pessoas com deficiência no quadro funcional, absenteísmo, notificação de quase acidentes, equipamentos de proteção individual, conformação do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de acordo com a legislação trabalhista, custos com acidentes, causas de acidentes investigadas, dosímetros de radiação em uso e perfil epidemiológico dos trabalhadores.

No período de coleta dos dados em 2019, alguns desses indicadores estavam sendo monitorados pelas áreas responsáveis, e os sistemas em uso possibilitavam a extração dos dados, como pode-se verificar no Quadro 5. Outros não estavam sob monitoramento; entretanto, no levantamento feito pela própria organização, já os assumem como de interesse para acompanhamento no ano de 2020. Dos 16 indicadores que a organização pretende monitorar em 2020, apenas sete possuem registros de dados nos sistemas atualmente em utilização; os demais nove indicadores não possuem alimentação nos sistemas. Analisando os indicadores relacionados à segurança do trabalho, percebe-se o não monitoramento, nesse levantamento, de um indicador para aquisição de equipamentos de proteção coletiva, assim como acompanhamento do investimento em ergonomia, com a renovação de recursos que impactam na redução do esforço biomecânico. Possivelmente existam registros da aquisição de bens patrimoniais, mas o interessante seria manter esses dados visíveis para diretores, gestores, conselheiros ou provedores e funcionários.

Conforme citado anteriormente, McLellan et al. (2012) descrevem que as abordagens integradas devem ser suportadas pela integração da gestão de dados entre departamentos por meio de coordenação, gerenciamento e análise das

informações em toda a organização. Os autores ainda reforçam que, independentemente da utilização de sistemas robustos, o processo e a cultura organizacional, com o comprometimento das lideranças, são fundamentais para que líderes possam identificar prioridades e analisar dados parciais por processos e setores, estabelecendo, nas prioridades, modelos de análise integrada, de forma a enfrentar problemas com propostas abrangentes. Publicações da OMS (WHO, 2010) e da OIT (2012) também estimulam o engajamento das lideranças e o comprometimento organizacional com a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Na análise de documentos da instituição, obteve-se acesso ao Planejamento Estratégico e ao desdobramento de seu objetivo no Mapa Estratégico da área de Gestão de Pessoas, como demonstrado nos Quadros 6 e 7, a seguir. Existe um objetivo estratégico geral para gestão de pessoas na perspectiva de aprendizado e crescimento: aperfeiçoar a gestão de pessoas.

Quadro 5 – Indicadores controlados pela instituição pesquisada.

Macroprocesso	Indicador	Cálculo	Esse Indicador é Acompanhado Hoje?	Há Interesse em Acompanhar esse indicador em 2020?	Os dados necessários para acompanhamento desse indicador estão disponíveis?	Há registro desses dados em Sistema (TOTVs ou Tasy)?	Esse Indicador é compartilhado com os Gestores da Santa Casa?	Integra a Gestão de Desempenhos dos Gestores?
<b>Atração e Captação</b>	Turnover no Período de Experiência	$\frac{N^{\circ} \text{ de Admitidos} - N^{\circ} \text{ de Desligados em Período de Experiência}}{(\text{Quadro Atual} - \text{Quadro do mês anterior})/2}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
<b>Educação Corporativa</b>	Participação na Formação Básica	$\frac{\text{Total de participantes}}{\text{Total de elegíveis}} \times 100$	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Participação nas Formações Funcionais	$\frac{\text{Total de participantes}}{\text{Total de elegíveis}} \times 100$	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Orçado x Realizado Custos de Treinamentos	$\text{Valor Realizado} - \text{Valor Orçado}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Execução do Plano de Desenvolvimento Líderes	$(\text{Avaliação pela Equipe} + \text{Resultados Financeiros} + \text{Resultados Operacionais})$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Horas de Treinamento por Colaborador	$\frac{\text{Horas de Treinamentos Ministrados}}{\text{Total de participantes}}$	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Avaliação de Aprendizagem	$\frac{\text{Pontuação obtida na pesquisa de satisfação}}{\sum \text{Notas dos Participantes}} \times \text{N}^{\circ} \text{ de Participantes}$	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Avaliação de Reação	$\frac{\text{Pontuação obtida na pesquisa de satisfação}}{\text{Pontuação Máxima}}$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Avaliação no Período de Experiência	$\frac{N^{\circ} \text{ de participantes}}{\text{Total de elegíveis}}$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Acompanhamento de PDIs	$\frac{\text{Ações realizadas}}{\text{Total de ações planejadas}}$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Custo do Treinamento por Colaborador	$\left( \frac{\text{Valor total investido em treinamento}}{\text{Total de participantes}} \right) \times 100$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
ROI em Treinamentos	$\frac{\text{Resultado adquirido} - \text{Custos}}{\text{Custo}}$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	

Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2020).

Macroprocesso	Indicador	Cálculo	Esse Indicador é Acompanhado Hoje?	Há Interesse em Acompanhar esse indicador em 2020?	Os dados necessários para acompanhamento desse indicador estão disponíveis?	Há registro desses dados em Sistema (TOTVs ou Tasy)?	Esse Indicador é compartilhado com os Gestores da Santa Casa?
<b>Gestão de Desempenho e Crescimento Profissional</b>	Adesão às Fases do Ciclo	$\frac{N^{\circ} \text{ de participantes}}{\text{Total de elegíveis}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Avaliação das Competências	$\frac{\text{Total pontuado por competência}}{\text{Pontuação máxima}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Taxa de Produtividade no Trabalho	$\left(\frac{\text{Produtos ou serviços gerados}}{\text{Recursos utilizados}}\right) \times 100$	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Índice de Retenção de Talentos	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ total de desligamentos de talentos}}{N^{\circ} \text{ total de talentos}}\right) \times 100$	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
<b>Administração de Pessoal</b>	Turnover	$\frac{N^{\circ} \text{ de Admitidos} - N^{\circ} \text{ de Desligados}}{(\text{Quadro Atual} - \text{Quadro do mês anterior})/2}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Número de Admitidos	$N^{\circ} \text{ de admissões no período}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Número de Demitidos	$N^{\circ} \text{ de desligamentos no período}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Número de PCDs	$\frac{N^{\circ} \text{ de funcionários PCDs}}{\text{Total de funcionários}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Número de Jovens Aprendizizes	$\frac{N^{\circ} \text{ de Jovens Aprendizizes}}{\text{Total de funcionários}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Absenteísmo	$\left(\frac{\text{Horas não trabalhadas}}{\text{Horas trabalhadas}}\right) \times 100$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Horas Não Trabalhadas	$\text{Total de Horas Não Trabalhadas no período}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Infrações de Ponto	$\text{Total de Registros de Ponto com Infração}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Férias Pagas	$\frac{\text{Valor pago em férias no período}}{\text{Valor orçado para férias no período}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Custo com Pessoal	$\text{Valor executado em custos com pessoal}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Convenções Assinadas	$N^{\circ} \text{ total de convenções assinadas}$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Registros Profissionais em Dia	$\frac{N^{\circ} \text{ de registros profissionais em dia}}{\text{Total de registros acompanhados}}$	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Índice de Reclamações Trabalhistas	$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de reclamações trabalhistas}}{N^{\circ} \text{ de profissionais desligados}}\right) \times 100$	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	

Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2020).

Macroprocesso	Indicador	Cálculo	Esse Indicador é Acompanhado Hoje?	Há Interesse em Acompanhar esse indicador em 2020?	Os dados necessários para acompanhamento desse indicador estão disponíveis?	Há registro desses dados em Sistema (TOTVs ou Tasy)?	Esse Indicador é compartilhado com os Gestores da Santa Casa?	Integra a Gestão de Desempenhos dos Gestores?
Segurança do Trabalho	Taxa de Frequência de Acidentes de Trabalho	$\left( \frac{N^{\circ} \text{ de acidentes de trabalho} \times 1.000.000}{\text{Horas trabalhadas}} \right)$	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Número de Acidentes de Trabalho	<i>Total de Acidentes de Trabalho no período</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
	Número de Incidentes de Trabalho	<i>Total de Incidentes de Trabalho no período</i>	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
	Notificações de Quase Acidente	<i>Notificações de quase acidente (near miss) registradas no período</i>	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
	EPIs Entregues	<i>Nº de EPIs entregues</i>	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
	Quadro SESMT x Legislação	<i>Nº de funcionário do cargo exigidos na legislação – Nº de funcionários do cargo no quadro do SESMT</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Custos com Acidentes de Trabalho	<i>Custo unitário do acidentes de trabalho × Nº de acidentes de trabalho</i>	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Causas de Acidentes de Trabalho	<i>Nº de acidentes de trabalho classificado por causa</i>	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Dosímetros Repostos	$\frac{N^{\circ} \text{ de dosímetros repostos}}{\text{Total de dosimetrados}}$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
	Termos de Ciência da Radiação Exposta Assinados	$\frac{N^{\circ} \text{ de termos assinados}}{\text{Total de dosimetrados}}$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2020).

Macroprocesso	Indicador	Cálculo	Esse Indicador é Acompanhado Hoje?	Há Interesse em Acompanhar esse indicador em 2020?	Os dados necessários para acompanhamento desse indicador estão disponíveis?	Há registro desses dados em Sistema (TOTVs ou Tasy)?	Esse Indicador é compartilhado com os Gestores da Santa Casa?
Medicina do Trabalho	Número de Atestados Médicos	<i>Nº de Atestados Médicos Registrados no Período</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Horas Não Trabalhadas por Atestados Médicos	<i>Dias de Afastamento por Atestados Médicos × Carga Horária Diária</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Causas de Afastamento	<i>Dias de Afastamento por tipo de CID</i>	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Periódicos em Dia	$\frac{N^{\circ} \text{ de periódicos realizados no prazo}}{\text{Total de elegíveis}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Vacinações em Dia	$\frac{N^{\circ} \text{ de vacinações}}{\text{Total de elegíveis}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Atendimentos Assistenciais	<i>Nº de atendimentos assistenciais realizados no período</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Perfil Epidemiológico	$\left( \begin{array}{l} \text{Causas de Atendimentos Assistenciais} \\ + \text{Causas de Afastamentos} + \text{Autoavaliação} \end{array} \right)$	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2020).

Macroprocesso	Indicador	Cálculo	Esse Indicador é Acompanhado Hoje?	Há Interesse em Acompanhar esse indicador em 2020?	Os dados necessários para acompanhamento desse indicador estão disponíveis?	Há registro desses dados em Sistema (TOTVs ou Tasy)?	Esse Indicador é compartilhado com os Gestores da Santa Casa?
Endomarketing	Clima Organizacional	$\frac{\text{Pontuação obtida na pesquisa de Clima}}{\text{Pontuação Máxima}}$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Engajamento	$\frac{\text{Respostas positivas na pesquisa de engajamento}}{\text{Nº de Respostas}}$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Adesão às Campanhas de Endomarketing	$\frac{\text{Pontuação obtida na pesquisa de adesão}}{\text{Pontuação Máxima}}$	NÃO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	Número de infrações ao Código de Conduta	Total de infrações registradas por Assédio Moral e JSCS	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
	eNPS (Satisfação e Lealdade dos Colaboradores)	$\left(\frac{\text{Promotores} - \text{Detratores}}{\text{Total de respondentes}}\right) \times 100$	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Orçamento de Pessoal	Percentual dos Custos de Pessoal sobre a Receita	$\frac{\text{Valor executado em custos com pessoal}}{\text{Receita}}$	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Atendimento ao Orçamento de Pessoal	Valor executado em custos com pessoal – Valor Orçado	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

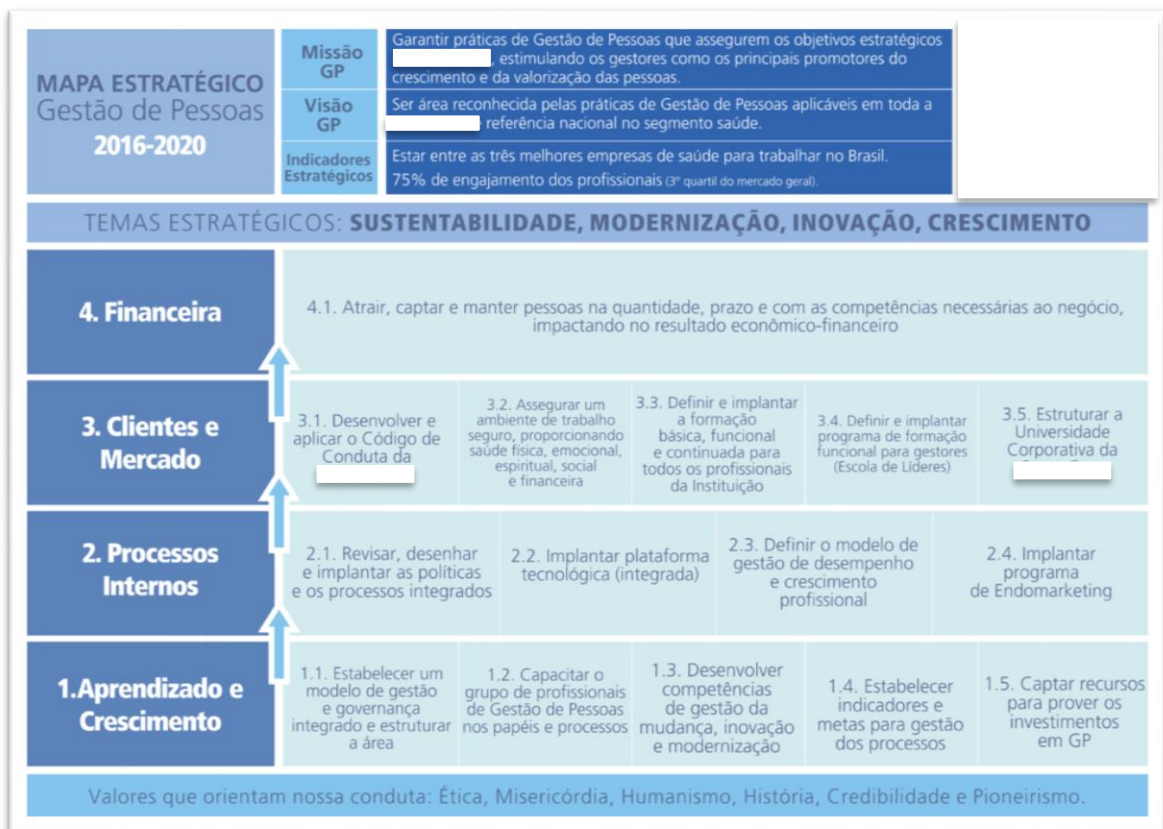
Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2020).

Quadro 6 – Mapa Estratégico da instituição pesquisada.



Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2019).

Quadro 7 – Mapa Estratégico de Gestão de Pessoas.



Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2019).

No Quadro 7, o Mapa Estratégico de Gestão de Pessoas desdobra o objetivo da instituição e estabelece uma série de objetivos específicos que abaixo são explicitados por sua relação direta com os temas desta pesquisa:

- a) assegurar um ambiente de trabalho seguro, proporcionando saúde física, emocional, espiritual, social e financeira;
- b) implantar plataforma tecnológica integrada;
- c) definir o modelo de gestão de desempenho e crescimento profissional;
- d) desenvolver competências de gestão da mudança, inovação e modernização.

Quadro 8 – Diretrizes do Planejamento Estratégico para Gestão de Pessoas 2016-2020, meta 2019.

Objetivos Estratégicos	Diretrizes	Meta 2019
<b>Aperfeiçoar a Gestão de Pessoas</b>	<p><b>3. Gestão de Pessoas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Índice de efetividade das Práticas de Gestão de Pessoas (Infrações de ponto, Absenteísmo, Acidentes de trabalho, Gestão de desempenho - execução das fases do projeto e Turnover voluntário menor de 1 ano)</li> <li>✓Intensificação das capacitações (Comunicação, Educação Corporativa, Monitoramento e Consequências)</li> </ul>	<p>100% de efetividade das metas estabelecidas</p> <p>100% de execução do plano</p>

Fonte Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2019).

O índice de efetividade das Práticas de Gestão de Pessoas (Quadro 8) é o dado que chega para os diretores nas reuniões estratégicas, assim como nas reuniões gerenciais. Posteriormente, os gestores recebem seus valores para que trabalhem em suas áreas. No Quadro 9, é possível visualizar como esse índice de efetividade é composto, sendo um indicador formado por taxa de frequência de acidentes, absenteísmo, *turnover*, gestão do desempenho e infrações de jornada (exercer a jornada acima de 10 horas, intervalo acima de 2 horas, desrespeito às 11 horas de interjornada de repouso, por exemplo).

Pode-se considerar que, na construção do índice de efetividade, a taxa de frequência de acidentes fique mascarada, nas análises da diretoria, pelos demais indicadores. O mesmo pode ocorrer com o absenteísmo, pois são contabilizados as faltas não justificadas e os atestados médicos. Na entrevista de validação dos dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas de lideranças, um dos especialistas consultados revelou que a instituição possui os dados, mas ainda precisa gerar informação, tratar o que já existe. Segundo o coordenador consultado, o novo sistema

de informação que será adotado trará vantagens relacionadas à extração e ao manejo dos dados para preparar análises. O sistema antigo permitia isso; no entanto, as equipes não reconheciam o sistema como amigável, e, assim, algumas funcionalidades não eram exploradas.

Quadro 9 – Composição do indicador estratégico de Gestão de Pessoas em 2019.

Diretriz	Meta	Indicador	Peso	Meta	Sinal
Índice de efetividade das Práticas de Gestão de Pessoas	Reduzir para 35 a Taxa de Frequência de Acidentes de Trabalho	Taxa de Frequência de Acidentes de Trabalho	20%	35	Menor melhor
	2,3% de Absenteísmo	Índice de absenteísmo	20%	2,30%	Menor melhor
	<i>Turnover</i> máximo de 1,16% no período de 1 ano após a admissão	<i>Turnover</i> do primeiro ano	20%	1,16%	Menor melhor
	Execução 100% dos elegíveis	Gestão do Desempenho	20%	100%	Maior melhor
	Reduzir para 0 as infrações de jornada	Infrações de Jornada	20%	0%	Menor melhor

Fonte: Gestão de Pessoas da entidade em estudo (2019).

É oportuno que se busque examinar a relação entre os dados de registros eletrônicos de saúde, os *Health Key Performance Indicators* (HKPI) e os indicadores de produtividade dos funcionários, podendo, dessa forma, compreender o impacto da relação de equilíbrio entre vida e trabalho. Fernando et al. (2016) encontraram produtividade elevada exatamente em algumas pessoas com HKPIs alterados, o que deve ser motivo de análise envolvendo as interferências de relações de equipe, organização do trabalho, carga de trabalho e apoio de lideranças.

Como já citado na Seção 3.1, Sorensen et al. (2013) sugerem indicadores para avaliação de abordagens integradas, os quais podem ser caracterizados como indicadores de processo:

- a) comprometimento da liderança organizacional com a saúde do trabalhador;
- b) colaboração entre a proteção da saúde e a promoção da saúde no local de trabalho;
- c) políticas e práticas organizacionais de suporte ao modelo integrado;
- d) estratégias de engajamento dos trabalhadores aos programas;
- e) benefícios e incentivos para suportar a proteção e promoção da saúde no ambiente de trabalho;
- f) avaliação e vigilância epidemiológica integradas.

Neste último indicador, os autores trazem como exemplo que relatórios sumarizados com indicadores dos programas integrados devem ser apresentados para a alta administração das organizações de forma regular, com a devida proteção e confidencialidade de dados dos trabalhadores, em modelo de painel de bordo. Jimenez e Bregenzer (2018) também descrevem a necessidade de proteção de dados, com segurança e anonimato e regras claras de utilização, assim como de engajamento das gerências, para evitar a baixa adesão e desistências dos usuários nos programas.

Nos Estados Unidos, Tamers et al. (2019) realizaram um levantamento das ações de 4 anos do NIOSH com a abordagem TWH®. Os autores acreditam que a abordagem enquanto método deva ser uma “entidade viva” e que se oxigene, respondendo às demandas de mudanças do perfil dos trabalhadores, das organizações e da economia. Os desafios permanentes, citados como perenes, devem ser considerados como os principais alvos das abordagens: riscos à segurança, estresse, saúde mental, uso indevido de substâncias, drogas, doenças crônicas .

Outro ponto importante para garantir equilíbrio na identificação e acompanhamento de indicadores é uma adequada distribuição de indicadores de monitoramento da efetividade dos programas legais em segurança e saúde no trabalho que compreendam indicadores epidemiológicos de modo a assegurar a vigilância epidemiológica, dado que algumas organizações podem apresentar indicadores de monitoramento adequados em um processo em detrimento ao processo de saúde, por exemplo (DA SILVA; AMARAL, 2019). Da Silva e Amaral (2019) identificaram que algumas empresas que implementam sistemas de gestão em SST o fazem também como medida de qualificação do processo produtivo e de inserção de seus produtos em determinados mercados, privilegiando o negócio-fim da corporação, desatendendo o objetivo de origem de aumentar a efetividade dos programas de segurança e saúde no trabalho.

Sorensen et al. (2018) publicaram o *Workplace Integrated Safety and Health (WISH) Assessment*. Esse instrumento abrange os seguintes itens na avaliação, considerando indicadores de processo: compromisso da liderança, participação, políticas, práticas e condições de trabalho, estratégias abrangentes e colaborativas, cumprimento legal e tomada de decisão orientada por dados. Outros autores focam mais nos indicadores de impacto, como Anger et al. (2015), quando descrevem que

as abordagens baseadas no modelo TWH® podem ser acompanhadas em quatro aspectos: a) a redução da taxa de fatores de risco, lesões ou doenças crônicas; b) como se obteve a redução desses fatores; c) se as avaliações mostram evidências de melhoria sustentada dos fatores de risco para além do fim das ações de intervenção; e d) custos do programa. Os indicadores precisam ser representativos de todos os processos para que se alcancem os resultados esperados, desde o engajamento das lideranças ao comprometimento dos trabalhadores.

Durante a coleta de dados desta pesquisa, foi possível ter acesso concedido ao sistema de mapeamento de perfil dos trabalhadores nas questões relacionadas à saúde, da *startup* TERVE, em implementação piloto no conjunto de hospitais no momento das coletas dos grupos focais. Não fizeram parte desta análise os resultados em si desses mapeamentos, por estarem ainda em fase inicial de captação dos mapeamentos. O intuito deste registro é demonstrar a ação de reação da entidade para modificar a condição de ausência de dados de perfil de saúde e de comportamento e autocuidado dos seus trabalhadores. O sistema é uma das iniciativas da instituição para conhecer os indicadores do perfil de saúde da população e, assim, possibilitar assertividade na escolha de programas e ações em saúde, conforme observado em algumas referências:

*Grupo 2 – Referências 1-2 – 1,95% cobertura*

*“Não se tem um banco de dados hoje, a questão do estilo de vida, as questões psicossociais, lidando com pessoas em sofrimento.”*

*Grupo 2 – Referências 9-10 – 4,04% cobertura*

*“Temos números importantíssimos na saúde ocupacional, mas não estão integrados e estão em Excel, não conhecemos os perfis. Índice de pessoas que entram e já estão em acompanhamento psicológico, transtorno do sono, obesidade, poderíamos trabalhar melhor esses grupos.”*

*Liderança 1 – Referências 7-8 – 0,77% cobertura*

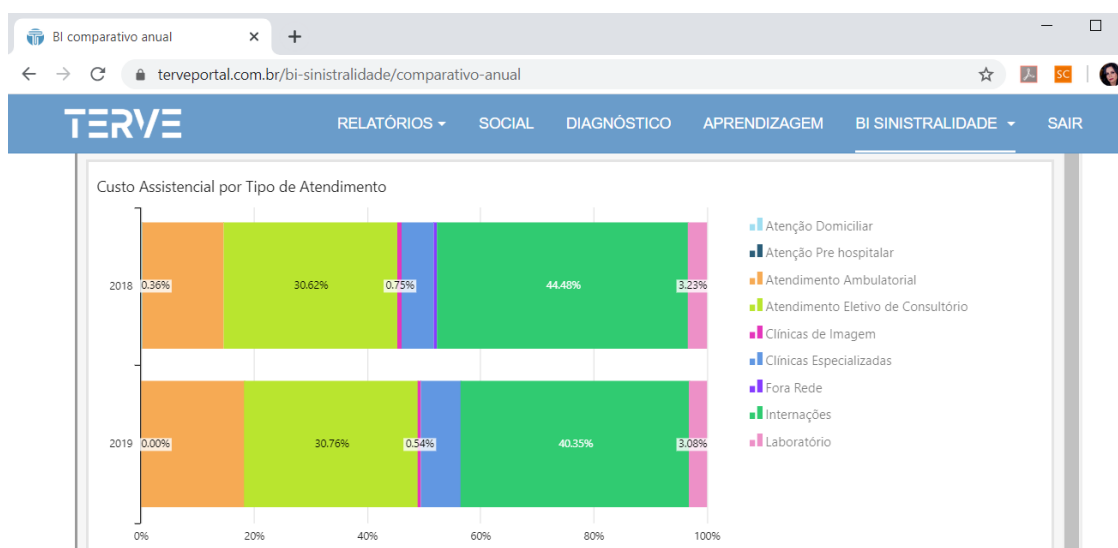
*“Os gestores têm consciência das limitações dos indicadores, e eles têm uma preocupação grande, então temos esse projeto de aperfeiçoar a saúde dos colaboradores e trabalharmos mais na prevenção.”*

*Liderança 2 - Referência 1 - 2,44% Cobertura*

*Uma iniciativa que eu não coloquei, mas que estamos tentando viabilizar é trazer uma plataforma voltada para saúde ocupacional, qualidade de vida, hoje nós temos um método de gestão muito manual ainda, e o objetivo é implantar essa plataforma para podermos tratar as informações de forma automatizada, é um projeto que está sendo estruturado, já foi apresentado e provavelmente nós consigamos viabilizar nos próximos meses, esse é o TERVE junto com a Techtools Ventures.*

A Plataforma TERVE (<https://terve.com.br/>), que teve sua utilização adotada no complexo hospitalar estudado, avalia o perfil epidemiológico da população da organização e acompanha o progresso das ações de qualidade de vida e engajamento (Figura 7). Algumas informações analisadas são usuários por gênero, faixa etária e produto/plano de saúde existente; uso de titulares e dependentes; *ranking* de uso: grupos de usuários que mais utilizam consultas, laboratórios e hospitais; especialidades mais procuradas (clínica e internação); utilização por tipo de procedimento e fornecedores de saúde; utilização por localidade/região; e ainda, identificação de grupos de riscos e os acompanhamentos de dados oriundos de sistemas de planos de saúde poderão ser mensais para esses indicadores.

Figura 7 – Ambiente do portal TERVE para gestão de saúde.



Fonte: TERVE (2020).

O instrumento em implantação possibilita a realização de questionários *on-line* com os trabalhadores, levantamento populacional de aspectos referentes à alimentação, atividade física, consumo de álcool, dor, estilo de vida, histórico de saúde familiar, histórico de saúde pessoal, índice de qualidade de sono de Pittsburgh, estresse relacionado ao trabalho por meio do instrumento *Job Stress Scale* (JSS), *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ 20) e tabagismo. Ainda são possíveis de serem lançadas na plataforma e controladas com tratamento dos dados informações das medidas antropométricas (peso, altura, percentual de gordura, circunferência abdominal, índice de massa corporal), capacidade respiratória, medidas de pressão

arterial, glicose e colesterol. A tecnologia foi testada em regime piloto com um grupo inicial em 2019 e teve seu lançamento de implantação no início de 2020.

Para sistemas de informação em saúde, no qual se monitore os dados de perfil de saúde da população-alvo, a ANS indica que esses tenham diversas funcionalidades para monitorar e acompanhar as atividades de programas de saúde, como: a) acompanhamento da entrada e saída de inscritos; b) identificação da frequência de participação dos sujeitos nas ações propostas; c) possibilidade de emissão de sinais de alerta para evasão de participantes; e d) monitoramento dos resultados alcançados pelos usuários inscritos ao longo do programa. O objetivo das iniciativas de gestão da informação e dos resultados das ações deve ser viabilizar a tomada de decisão e a definição das estratégias de intervenção, de forma a qualificar a atenção à saúde no setor suplementar (ANS, 2011). Isso pode auxiliar na adaptação de programas ao longo do ano corrente, com adequações conforme as análises, de modo a alcançar os melhores resultados de impacto.

O estudo do laboratório de inovação em atenção primária em saúde (ANS, 2018) recomenda o incentivo de programas de promoção de saúde com engajamento fortalecido e maior escala por meio de estratificação da população, estabelecendo abordagens com diferentes estratégias para as necessidades específicas dos grupos. Além da atenção àqueles com indicadores de saúde alterados, deve-se conhecer o perfil epidemiológico de todos os usuários, mesmo aqueles que não realizam consultas na assistência médica ou não aderem aos programas preventivos. É preciso atuar preventivamente e não de forma reativa; para tal, são fundamentais o trabalho com base em tendências de comportamento e o direcionamento de ações que modifiquem a cultura existente, aumentando o autocuidado. Sistemas que se utilizam de recursos educativos podem corresponder a essas características, pois exploram o empoderamento em saúde de forma a reforçar o acesso à informação direcionada, o que contribui na adesão e engajamento da população nos programas.

No processo de validação dos dados obtidos nas entrevistas e na escuta do líder do processo de inovação do complexo hospitalar, buscou-se identificar soluções aos problemas apontados nas entrevistas que já estivessem em fase de implementação. Algumas dessas soluções têm relação direta com a organização do trabalho e o impacto sobre a sobrecarga biomecânica dos trabalhadores, os quais poderão vir a ser alvo de controle por meio de indicadores preventivos das

características das tarefas prescritas e demandas dimensionadas por setores e grupos funcionais.

Em utilização piloto, mas atualmente em ampliação, desenvolvido pela própria equipe de tecnologia de informação do hospital, encontra-se um sistema chamado Central de Transportes, com foco na movimentação dos pacientes. De junho de 2019 a fevereiro de 2020, o sistema havia controlado 20.000 transportes, sendo realizados em média 80 transportes/dia por um grupo de 8 a 10 funcionários contratados para a função de transportes de pacientes. Esse quantitativo não representa o número total de transportes realizados, pois, além da implementação de tecnologia, deve haver a mudança de cultura da equipe, abandonando os procedimentos antigos e aderindo ao novo processo.

É necessário preencher uma tela no sistema para requisitar o transporte e, com isso, consegue-se avaliar uma série de indicadores, como o número de transportes realizados por funcionário, transportes cancelados, tempos e atrasos. As referências a seguir demonstram a aplicabilidade dessa tecnologia e o quanto controlar esse processo de trabalho pode contribuir para a gestão de atividades com uso de força biomecânica, a gestão do tempo e os fluxos da organização do trabalho. Essas mensurações são relevantes inclusive para o adequado dimensionamento de pessoal nas unidades, pois pode-se dimensionar com mais precisão a capacidade de atendimento nos setores com as demais funções da rotina durante a saída dos colegas para o transporte.

*Grupo Focal 3 – Referências 12-13 – 9,11% cobertura*

*“No setor de exames, são oito médicos, eles não gostam que os pacientes demorem para o transporte, às vezes leva uma hora para o paciente chegar. Tem quem faça o transporte, mas não é suficiente. Às vezes tenho pena do colega que chega todo suado, cansado e ainda precisa voltar e buscar outro paciente. Os pacientes da hemodiálise levam uma hora no transporte. O transporte passa por um túnel, é parte coberta e parte pela praça. Outro problema são as cadeiras de rodas, são muito precárias, roda torta e pneu murcho. As cadeiras e macas são muito irregulares, muito ruins, existem pacientes obesos que dificulta o transporte.”*

*Liderança 5 – Referência 3 – 3,61% cobertura*

*“Eles precisariam de suporte psicológico e nós não dispomos, eles estão precisando. E as doenças osteomusculares... a casa é grande, os transportes são difíceis, estamos colocando pessoas dedicadas a este processo na central de transporte, são homens mais fortes, estamos tomando medidas muito valiosas voltadas para a qualidade do trabalhador.”*

Outra solução em utilização no âmbito do processo de inovação do complexo hospitalar é a *startup* chamada StarGrid (<https://www.stargrid.pro/>), que desenvolveu

uma plataforma de gestão automática de escalas de trabalho capaz de gerenciar as escalas e folgas, empregando inteligência artificial para considerar a legislação trabalhista aplicada às especialidades em análise, dimensionamento do time, preferências individuais por regimes de compensação de banco de horas e folgas. A ferramenta está em uso desde junho de 2019, possibilitando que quatro hospitais do grupo participem da fase inicial; na totalidade do complexo hospitalar, 5.000 pessoas trabalham em regime de escala. No momento da coleta das entrevistas desta pesquisa, alguns participantes ainda não haviam vivenciado o contato ou passado pela implementação da tecnologia em sua área e trouxeram seus apontamentos, os quais foram codificados nas análises:

*Grupo Focal 2 – Referência 1 – 2,98% cobertura*

*“A falta de flexibilidade de mudança de horário, ou quando a pessoa tem uma dificuldade, organizar folgas, por desgaste, estresse, vai precisar chegar meia hora mais tarde e sair meia hora depois.”*

*Registros escritos dos Grupos Focais – Referência 1 – 1,01% cobertura*

*“Pouca flexibilidade com o horário para os funcionários.”*

*Registros escritos dos Grupos Focais – Referência 2 – 1,31% cobertura*

*“Na manutenção, estamos com flexibilidade, todo mundo muda para que todo mundo consiga.”*

Na entrevista de validação com o líder do processo de inovação do complexo, foi identificada outra solução, em uso desde o final de 2019, chamada Robô Laura (<https://www.laura-br.com/>). É uma tecnologia de inteligência artificial aplicada à gestão do cuidado e a processos eficientes com atenção à deterioração clínica, a protocolos assistenciais e ao monitoramento de processos nas unidades de tratamento intensivo, por exemplo. Durante essa entrevista, foi possível reconhecer, por meio dos argumentos do coordenador do projeto, que essa solução impacta na qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores das unidades sob uso da tecnologia, pois a inteligência artificial do Robô Laura permite que os pacientes em trajetória de risco sejam identificados de maneira antecipada, dando ao time assistencial mais tempo para iniciar a gestão do cuidado, priorizando e organizando os casos na unidade. Diante de situações de reduzido quadro funcional, motivado por absenteísmo ou elevação da taxa de ocupação na unidade, a priorização de pacientes para recebimento de atenção na unidade é otimizada com o suporte da tecnologia, organizando os processos de trabalho, gerindo o uso dos protocolos e dando

celeridade à assistência. Os resultados de seu emprego estão sob pesquisa, mas, através de dados preliminares, as equipes já identificam redução de óbitos nas unidades. A organização do trabalho é um dos aspectos relevantes para a integração da promoção de saúde e da segurança e saúde no trabalho com relação estabelecida com os fatores humanos e psicossociais descritos na legislação vigente anteriormente comentada nesta pesquisa.

### 5.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O código temático denominado organização do trabalho teve referências atribuídas, configurando-se como terceiro em frequência de citações dos participantes. Recebeu na totalidade 78 referências, o que representou 15,66% de todas as participações.

Segundo McLellan et al. (2012), a organização do trabalho inclui elementos da estrutura organizacional, da cultura, das práticas e políticas do local de trabalho, do apoio da liderança e da gerência. É também descrita pelos autores como o ambiente psicossocial e contempla os horários de trabalho, a coordenação de responsabilidades e deveres dos profissionais, os prazos, turnos, treinamento e suportes disponíveis, relacionamentos interpessoais, envolvendo o processo de *feedback* com o superior. Os autores reforçam a importância de análise desses fatores, pois têm sido identificados frequentemente como aspectos que contribuem para a segurança no trabalho e riscos à saúde.

O impacto multifatorial do bem-estar no trabalho e do próprio trabalho na saúde mental é prioridade na atenção proposta pelo método SOLVE (OIT, 2012) quando inter-relaciona violência no trabalho, qualidade do sono, estresse econômico, nutrição e atividade física, dentre outros, como questões estratégicas para programas de promoção da saúde. A presença de referências ligadas a fatores psicossociais no referido estudo demonstra a relevância do desenvolvimento de iniciativas para mitigar riscos psicossociais ou fatores que possam potencializá-los, inclusive o estresse econômico, quando a população tem situações relacionadas a reivindicações salariais ou benefícios complementares que possam aliviar o orçamento familiar.

Como elementos essenciais para o avanço dos processos de segurança, saúde e bem-estar, os temas vinculados à organização do trabalho (NIOSH, 2016) dividiram-se em subcódigos que compreendem refeições e intervalos de repouso adequados, equipe segura, fadiga e prevenção do estresse, gestão da hora extra, jornada flexível, e prevenção da intensificação do trabalho. Podemos identificar na Figura 8 a hierarquia das áreas analisadas pelo volume de referências alocadas nos subcódigos.

O Gráfico 5, a seguir, ilustra que 37 falas foram atribuídas a queixas (50%) e 23 a sugestões, representando 31,08% em subcódigos que compreendem refeições e intervalos de repouso adequados, equipe segura, fadiga e prevenção do estresse, gestão da hora extra, jornada flexível e prevenção da intensificação do trabalho. Os itens que mais receberam citações foram prevenção da intensificação do trabalho, com 27 referências (34,62%), e fadiga e prevenção do estresse, com 23 (29,49%).

Destaque abaixo para a referência relacionada à prevenção da intensificação do trabalho, demais referências atribuídas ao item em questão encontram-se no Apêndice C.3.

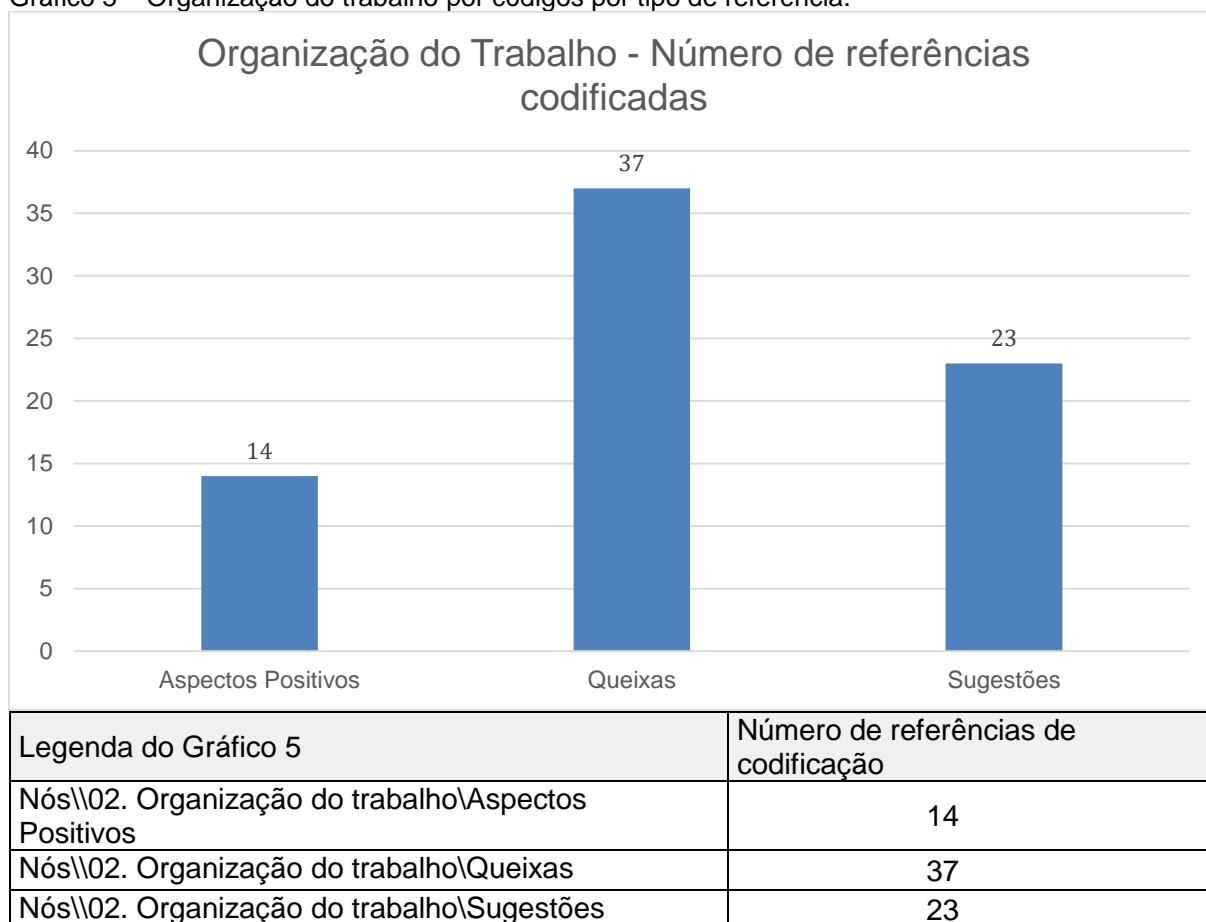
*Grupo Focal 1 – Referências 1-4 – 7,35% cobertura*  
*“A reclamação maior é sobrecarga de trabalho, isso é uma dor generalizada. Nós não temos recursos tecnológicos que reduzam a força, como na hospedagem e nutrição que as pessoas estão afastadas e adoecendo por fazerem atividades muito braçais. Acesso a equipamentos, cadeiras de banho, boas cadeiras de rodas.”*

Figura 8 –Hierarquia das áreas temáticas em organização do trabalho.



Fonte: Autores (2020), com a utilização do NVivo 12 Plus.

Gráfico 5 – Organização do trabalho por códigos por tipo de referência.



Fonte: Autores (2020).

A redução de equipe técnica pode tanto provocar a sobrecarga física como mental, visto que podem ocorrer percepções psicossomáticas de dor nas costas decorrentes da pressão, da insuficiente capacidade de atendimento à demanda requerida; são os fatores psicossociais que podem potencializar uma percepção de dor, conforme descrevem Kim et al. (2013). Já o manejo adequado dos pacientes por meio dos programas de movimentação segura, com equipamentos de movimentação de pacientes e manobras preconizadas, pode contribuir para reduzir dor e lesões nos profissionais de saúde, como constataram Dennerlein et al. (2016). As medidas de movimentação segura dos pacientes exigem, em alguns casos, mais tempo para buscar o equipamento em outro setor ou aguardar os colegas para uma movimentação de equipe, mas são fundamentais a adoção de protocolos e seu cumprimento para assegurar pacientes e trabalhadores.

Sobre o subcódigo fadiga e prevenção do estresse, chama a atenção os argumentos limitantes para a participação dos trabalhadores em situações que poderiam contribuir para a redução da fadiga e do estresse:

*Líder 5 – Referência 2 – 6,87% cobertura*

*“As pessoas estão mais expostas a esses riscos e as pessoas estão adoecendo por sobrecarga, o que é uma realidade do Brasil. Mas a gente paga a conta, porque as pessoas estão afastadas, sendo treinadas, não são fixadas, existem as intercorrências, e isso é um ciclo vicioso. E agora estamos estudando isso sobre como interromper esse ciclo vicioso, por onde se começa, porque às vezes botar dinheiro e contratar mais gente não é a solução da base do problema. Estamos organizando a estrutura da casa, botando foco na enfermagem, com a gerência de enfermagem, são só dois mil e oitocentos colaboradores dentro do hospital. As pessoas gostam de ser funcionários do hospital, mas essa questão da sobrecarga e o impacto emocional, vemos que eles não dão conta de tanto volume, complexidade, vemos pessoas saindo em função de salário e sobrecarga. Em algumas áreas precisamos de um equilíbrio maior, de mais pessoas nas equipes.”*

As tecnologias de telessaúde estão cada vez mais presentes em nosso meio, podendo ser uma alternativa para que empresários consigam alcançar a todos em qualquer turno de trabalho ou local de atividade. Assim, suporte para atividades, como programa de caminhada, técnicas de relaxamento muscular, acompanhamento nutricional, apoio à saúde mental, pode ser utilizado com amplo alcance aos funcionários de diversos ambientes e localidades (MACIEL et al., 2019).

#### 5.4 REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS

O quarto código temático com maior número de referências totais classificadas foi o denominado remuneração e benefícios, com 68 menções, representando 13,65% do total. Esse código compreende as questões relacionadas a carreira e desenvolvimento de competências; equidade nas avaliações de desempenho e promoção; prevenção de doenças crônicas e gestão de casos; e relação vida e trabalho. Ainda fazem parte deste grupo codificado os subcódigos acesso a serviços de saúde com qualidade e confidencialidade, com 38 referências classificadas (55,88%), e salários adequados, com 10 (14,71%), sendo esses dois os temas de maior frequência de referências na análise das transcrições.

É relevante comentar a diferença de referências entre a primeira questão, sobre acesso a serviços de saúde, na qual se encontram as manifestações sobre a oferta de benefícios assistenciais, como plano de saúde e plano odontológico, e a segunda questão relevante descrita, salários adequados. Os participantes fizeram 28

referências a mais sobre benefícios assistenciais de saúde do que sobre a política de salários da instituição. Isso pode ser objeto de análise futura, considerando que o fornecimento de um plano assistencial possa ser mais impactante na população trabalhadora do que um ajuste salarial aos patamares da concorrência.

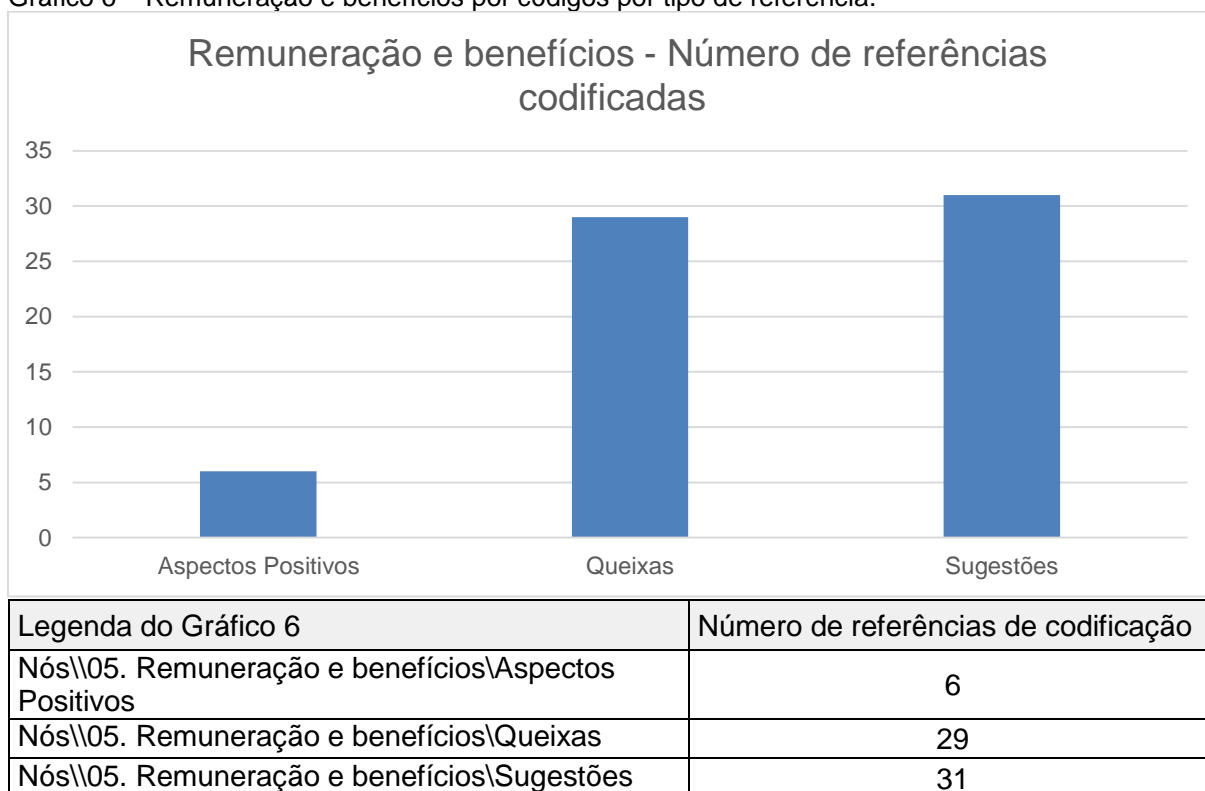
Levando em conta a totalidade de referências do código temático remuneração e benefícios, houve 31 menções nas entrevistas em caráter de sugestões (46,97%), 29 receberam classificação no grupo queixas (43,94%), e apenas seis referências foram classificadas com argumentação de aspectos positivos em relação ao tema abordado (9,09%). O perfil das referências quanto à direção também pode ser um achado interessante nesta discussão, tendo em vista que poucos aspectos positivos foram citados (apenas seis referências), enquanto houve 31 sugestões e 29 queixas (Gráfico 6), como nos demais itens, referências complementares estão no Apêndice C.4.

Na codificação temática de acesso a serviços de saúde com qualidade e confidencialidade, foram classificadas referências relacionadas ao acesso a serviços para saúde mental:

*Grupo Focal 2 – Referência 1 – 11,10% cobertura*

*“Temos médicos clínicos que nos atendem quando chegamos lá chorando. Falta comunicação sobre como é o processo de atendimento do serviço psicológico do trabalho que está funcionando na medicina do trabalho. Foi criado um fluxo, mas ainda não foi divulgado. Agora temos autorização para atender o funcionário em sofrimento ou grupos de funcionários. Quando forem questões relacionadas ao trabalho, isso será reportado ao parceiro de negócios, para avaliar remanejo, liderança ou possível demissão. Vai passar primeiro pelo médico clínico e depois será feito o encaminhamento à psicóloga para primeiro acolhimento, posteriormente é encaminhado para um atendimento externo, fizemos uma boa parceria com uma entidade de atendimento.”*

Gráfico 6 – Remuneração e benefícios por códigos por tipo de referência.



Fonte: Autores (2020).

O atendimento aos acidentes de trabalho também foi alvo de referências por participantes:

*Grupo Focal 1 – Referência 2 – 8,01% cobertura*

*“Hoje a medicina do trabalho não comporta, e os trabalhadores vão para emergência e ocupam espaço do SUS. Como estamos cuidando de quem cuida? Necessária reestruturação no formato de atendimento aos casos de acidente, alguns trabalhadores não querem esperar 8 horas para ser atendido juntamente com os pacientes da comunidade na emergência.”*

O Plano de Saúde foi objeto de referências de grupos focais e lideranças:

*Grupo Focal 4 – Referência 3 – 8,31% cobertura*

*“Profissionais de enfermagem nunca ficam sem emprego, nós perdemos muitos profissionais de assistência, por não termos o plano de saúde. Assim que eles conseguem um emprego melhor com plano de saúde eles vão embora. Se o hospital avaliasse esse custo do turnover veríamos que tem um custo alto.”*

*Liderança 1 – Referência 4 – 1,69% cobertura*

*“É um contrassenso um hospital não cuidar da saúde das pessoas, e nós temos serviços de alta complexidade, então nós poderíamos com recurso da casa ir organizando, claro que temos que ter gestão, investimento, tem que ter até espaço físico, tu já visitou a medicina do trabalho? Só aquilo já comunica aonde está a saúde dos trabalhadores, está no porão do Hospital, e os mais antigos dizem que lá era o morgue, isso comunica.”*

McLellan et al. (2012) descrevem a importância de se obter informações dos planos de saúde para comparação e melhora da prevenção e da gestão de doenças. Também é possível que os planos ofereçam benefícios, como acesso facilitado a academias e estímulo à prática esportiva. Quando há viabilidade de o empregador proporcionar benefícios, como planos de saúde geral e odontológica, os reflexos oportunizados pela assistência são considerados como positivos na avaliação de nível de integração das práticas de saúde e bem-estar. Este é um dos indicadores em *surveys* disponíveis em português, como no trabalho já mencionado da equipe brasileira que traduziu os instrumentos de Harvard para avaliação dessas abordagens. Conforme definem Oliveira et al. (2019), deve-se analisar a existência de benefícios no ambiente de trabalho voltados para bem-estar, saúde e segurança, tais como plano de saúde, jornada de trabalho flexível, oportunidades e bem-estar.

Sorensen et al. (2013) posicionam os benefícios e incentivos para suportar a proteção e promoção da saúde no ambiente de trabalho, assim como avaliação e vigilância epidemiológica integradas, como processos que devem ser monitorados na avaliação de abordagens integradas, pois é necessária uma revisão de processos para que as diferentes políticas se integrem e existam abordagens continuadas. Nas entrevistas, as lideranças expuseram a intenção, o planejamento e o empenho em encontrar alternativas para a oferta de uma solução de assistência à saúde dos trabalhadores, compreendendo a importância do tema para a redução do *turnover*, dos afastamentos e dos impactos na satisfação do quadro funcional.

É ainda mencionado o impacto percebido de uma possível oferta de benefícios aos trabalhadores na qualidade do atendimento prestado pela instituição:

*Liderança 9 – Referência 3 – 4,86% cobertura*

*“Pode parecer pequeno, é um item, mas acredito hoje que o Plano de Saúde seria o primeiro item de investimento nas nossas opções, pelo menos amparando o trabalhador, com algum suporte para sua família direta, no meu entendimento seria o principal ponto. É lógico que é extremamente financista, é baseado em dinheiro, precisa ter os recursos para pagar esse benefício, eu hoje tenho a caneta, não tenho o dinheiro, seria essa minha primeira ação, sabemos que o trabalhador seguro com sua assistência à saúde trabalhará melhor, e também contribuimos com a concorrência. Hoje o trabalhador pode estar saindo da instituição para ir para outros hospitais que possam estar oferecendo este tipo de benefício, enquanto ele quer ficar aqui, mas ele precisa disso e então busca outra alternativa. Então, além de ser um benefício para ele, pode ser um benefício para nossa instituição perante a concorrência.”*

Surge também a visão da liderança sobre o futuro e a necessidade de integrar a gestão em saúde:

*Liderança 9 – Referência 2 – 3,02% cobertura*

*“E temos um departamento que ele cumpre as suas tarefas, ele ainda não está conseguindo entregar ao trabalhador isso tudo que nós gostaríamos, que é ter essa integração, é ter uma proximidade maior. Então nós fazemos o ‘bê-á-bá’ da medicina do trabalho, da segurança do trabalhador. Nós cumprimos também todas as regras, mas não conseguimos dar o segundo passo, que é o passo que as grandes empresas já estão conseguindo hoje em dia. Acredito que seja isso, o nosso estágio é extremamente legal e ele não consegue atingir a vida do trabalhador na integralidade.”*

Como citado anteriormente, no subcódigo salários adequados, as referências são bem menos expressivas do que sobre outros benefícios, somando 10 referências:

*Grupo 4 – Referência 2 – 4,37% cobertura*

*“Tive saídas meio urgentes assim de sexta para segunda, porque as pessoas saíram para receber o dobro. Eles vêm ao nosso hospital para ganhar experiência.”*

*Liderança 3 – Referência 1 – 1,85% cobertura*

*“Nosso perfil salarial na área-meio é exatamente igual ao mercado; porém, nós não temos muitos benefícios, o que para eles conta tanto quanto salário. Então são os auxílios, alguns têm um plano de saúde melhor por fora, vale-alimentação, que não recebem.”*

Na Figura 8, é possível observar, com a análise de *cluster* de “plano de saúde”, quais foram as frases parciais em que a expressão apareceu. As imagens de *cluster* para análise de palavras foram geradas com o uso do sistema NVivo 12 plus e podem ser úteis na compreensão dos achados e da utilização da expressão por parte dos entrevistados.

Figura 8 – Cluster com análise da expressão “plano de saúde”.



Fonte: Autores (2020), com a utilização do NVivo 12 Plus.

## 5.5 CONTROLE DE RISCOS E EXPOSIÇÃO

O código temático de controle de riscos e exposição corresponde ao processo de segurança do trabalho, de identificação dos riscos e de medidas de controle em relação aos agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho. Em função da natureza desses agentes de riscos, da concentração ou da intensidade e do tempo de exposição, eles podem causar danos à saúde do trabalhador. Esses riscos estão compreendidos na NR 9 – Norma Regulamentadora do Ministério da Economia (2019), a qual aborda o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Os agentes físicos são considerados pelas diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, infra e ultrassom. Os agentes químicos são as substâncias, compostos ou produtos que tenham penetração no organismo humano pelo sistema respiratório, nas apresentações de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade à qual o trabalhador está exposto, possam ter contato ou ser

absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Por último, o PPRA concebe os agentes biológicos como bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, dentre outros.

O código temático de controle de riscos e exposição envolve outros riscos, denominados fatores psicossociais: fatores humanos, percepções relacionadas à organização do trabalho, carga cognitiva, pressão, demanda, exigências, condições para executar tarefas. Estes têm sua observância recomendada pela NR 17 – Ergonomia, que descreve o processo de reconhecimento dos riscos ergonômicos (MT, 2002). Ainda, são detalhados, nesse grupo codificado, a avaliação e a gestão dos riscos no ambiente de trabalho.

As etapas do PPRA e seu processo de gestão são descritos na NR 9: a) antecipação e reconhecimentos dos riscos; b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle; c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores; d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia; e) monitoramento da exposição aos riscos; e f) registro e divulgação dos dados (ME, 2019). Sua gestão deve compreender: a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma; b) estratégia e metodologia de ação; c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados; d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA (ME, 2019). O novo texto da NR 1 aprovado em março de 2020 faz com que o programa seja chamado de Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) (ME, 2020). Na NR 9 estarão dispostos os procedimentos técnicos para as avaliações de riscos ambientais, com vigência prevista a partir de um ano após a aprovação e publicação da Portaria SEPRT n.º 6.730, que alterou a NR 1.

Os subcódigos que receberam maior identificação de referências citadas foram o próprio processo de avaliação e gestão dos riscos, com 24 referências, representando 53,33% do total do código; seguido por fatores psicossociais, com nove referências, sendo 20% do total de referências para o “nó”; e então agentes físicos e agentes biológicos, cada um com seis referências, ou 13,33%. Cabe mencionar que esta pesquisa teve sua redação e análise realizadas durante o período da pandemia de COVID-19 em 2020, enquanto esse levantamento de campo ocorreu no ano de 2019. Caso essas entrevistas fossem revisitadas, possivelmente a manifestação dos trabalhadores acarretaria outro peso às questões de contaminação biológica, pois o levantamento retrata uma realidade de rotina nos serviços. Naquele momento, o maior receio era o cumprimento de procedimentos já em protocolo para evitar acidentes

perfurocortantes com agulhas e bisturis durante descartes de bandejas de procedimento. Essas referências são um retrato das constatações em reuniões com as equipes que participaram do estudo em determinada fase da instituição, as quais podem representar seu funcionamento em uma condição controlada de risco biológico. Esse cenário deve ser considerado na análise desses resultados por parte de dirigentes da instituição e pesquisadores que venham a comparar futuros achados com este conjunto de dados.

A área de segurança do trabalho foi totalmente reestruturada três anos antes da realização deste estudo. Com a reformulação da área de gestão de pessoas, os processos de segurança no trabalho foram priorizados pela atual gestão, reorganizando e ampliando as equipes de trabalho. O processo de avaliação e gestão dos riscos esteve presente nas referências nas entrevistas, com manifestações positivas, parecendo demonstrar que a área de Segurança e Saúde no Trabalho tem apresentado um crescimento na reestruturação de suas atividades:

*Liderança 8 – Referência 1 – 3,70% cobertura*

*“Antes a segurança era dentro da área de saúde e não era uma área ativa, ela atendia por demanda de procura. Antes as gerências eram dependentes e ninguém notava a diferença se existia ou não. Agora as áreas são diferentes, uma coordenação de segurança e uma de medicina e os dois trabalham integrados. Todos os levantamentos de riscos começam na segurança, geram um grande estudo e por grupos homogêneos se trabalha com a medicina para prever os exames e controles do programa médico, que se retroalimenta após exames, acompanhando nexos com os riscos da área, observância de sintomas, se as proteções estão eficientes.”*

Na exploração dos grupos focais, ficaram perceptíveis a coesão, o engajamento e a maturidade dos participantes que mantiveram suas posições de forma organizada, em concordância, deixando evidente que suas colocações representavam o pensamento da maioria e que os assuntos não eram novidade nas discussões dos comitês já formados. Segundo a literatura, esses comitês focados em temas específicos em processos de prevenção fortalecem as ações da instituição e possibilitam que haja aumento do engajamento dos trabalhadores, pois estes contribuem para a construção das soluções e para a adoção de procedimentos e equipamentos. Essas reuniões regulares com equipes de diversas unidades são um excelente meio para a implementação de práticas integradas em saúde (SCHILL; CHOSEWOOD, 2013).

As referências dos entrevistados sinalizam a necessidade de ampliar a cultura de segurança do trabalho e a gestão eficiente de alguns processos de controle das equipes expostas aos riscos mapeados, como o processo de radioproteção, como mostra a primeira citação abaixo:

*Grupo Focal 4 – Referência 4 – 13,98% cobertura*

*“Funcionários que são deslocados para áreas com risco de radiação, se a liderança não comunica que ele passou a fazer procedimentos com RX, não temos como monitorar com dosímetro. Por exemplo, no centro cirúrgico, precisamos saber quem são as pessoas, e metade das pessoas não estavam com dosímetro em áreas em que precisavam estar. Quando chegar para aposentadoria, o documento não informará o risco, a organização também se coloca em risco por não tomar as medidas de vigilância da população.”*

Parece haver espaço para o trabalho voltado à cultura de segurança e saúde; alguns participantes enfatizaram as ações em segurança como mais reativas do que preventivas. Segundo Magnavita (2018), a falta de informações adequadas sobre a exposição, a avaliação de todos os riscos e avaliações ambientais geram déficits na medicina do trabalho; o ideal é que a segurança e a medicina trabalhem muito integradas. Na instituição estudada, as áreas têm coordenações diferentes, mas unidas por uma mesma gestão, atuando de forma integrada em diversos processos. Entretanto, parece ainda haver oportunidades para a integração de rotinas e procedimentos, considerando que todos os programas da entidade rodavam em pacote Office da Microsoft, e não em um sistema integrado de troca de informações entre os programas (no momento das entrevistas).

*Grupo Focal 1 – Referência 2 – 8,01% cobertura*

*“Falta de práticas, cultura e regras de segurança gerais na circulação, de conscientização, uso de celular, velocidade dos veículos, etc. Falta de identificação de segurança, demarcação de áreas, linhas de circulação, rótulos parecidos na farmácia, diferenciação de identificação de agentes de risco. Realizamos ações pontuais e reativas.”*

Um das referências feitas por um participante demonstra a relação, reconhecida por ele, de naturalidade quanto ao adoecimento, como se a natureza da função estabelecesse relação esperada com o surgimento de quadros de adoecimento, por serem funções que lidam com a dor, a morte e o esforço físico nas atividades hospitalares. Outro participante comenta como alguns acidentes podem

parecer rotineiros, mas que não devem ser aceitos com os mecanismos de segurança existentes.

*Liderança 1 – Referência 3 – 0,77% cobertura*  
*“Analisando cultura, aqui é um hospital, um lugar que lida com a doença e vê a doença como o seu negócio, então é natural que as pessoas também adoeçam, porque o nível de exposição é correlativo.”*

Como relatado anteriormente, a redação desta pesquisa se deu no momento em que as primeiras publicações referentes aos controles biológicos de contaminação de trabalhadores surgiram, pela experiência da China ao enfrentar a COVID-19. Devido ao alto risco de contaminação biológica que poderá atingir a condição de saúde dos profissionais atuantes em redes hospitalares no Brasil, entendeu-se como adequado agregar dados de controle de riscos referidos pelos autores orientais recentemente. Em uma situação de pandemia, a condição de saúde e bem-estar dos trabalhadores pode ser afetada, considerando ainda a vulnerabilidade em relação à saúde mental já descrita para essa população.

Ao organizar os achados desta pesquisa, evidenciou-se o quanto conhecer o perfil de saúde da população trabalhadora é fundamental. Ao expor trabalhadores a riscos de contaminação biológica, é preciso controlar fatores de risco, como hipertensão, diabetes, patologias pulmonares; gerenciar essa informação em saúde pode ser um fator protetivo aos profissionais de saúde na hora de definir escalas e direcionar atendentes para a linha de frente nas entidades de saúde.

Chen e Zhao (2020) registraram relatos do processo de enfrentamento do governo chinês no atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, reforçando os cuidados com o sistema de ventilação nos ambientes de trabalho adaptados a receber o volume de pacientes internados repentinamente pelo surto de coronavírus em fevereiro de 2020 na China. Os autores descreveram que sistemas de ventilação insuficientes em hospitais ou alas improvisadas, como tendas para triagem, podem aumentar o risco de infecção por transmissão aérea. No registro do estudo, os autores relataram que 1.716 profissionais de saúde foram infectados com Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), salientando a importância do fornecimento de equipamentos de proteção e dos tempos de descanso e intervalos suficientes como procedimentos básicos de prevenção.

No estudo de Schwartz et al. (2020), baseado na experiência da SARS de Taiwan, assim como do recente surto de COVID-19, os autores oferecem recomendações específicas de preparação hospitalar, com o objetivo de proteger os profissionais de saúde que atuam na linha de frente do atendimento. Retratam o crescimento dos casos de ansiedade devido ao enfrentamento de epidemias e dos casos de profissionais de saúde que adoecem e morrem em decorrência do trabalho e do aumento de exposição. Isso gera, ainda, relutância ou redução do engajamento para continuar no trabalho exercido.

A realidade encontrada ao final do ano de 2019 na organização estudada já se caracterizava como uma sinalização para a escolha de ações de prevenção em saúde mental relacionadas ao estresse do processo de trabalho, da pressão por horas extras e do enxugamento do quadro de funcionários por absenteísmo e *turnover*. No caso da necessidade de atendimento a pacientes contaminados por uma condição viral de alto potencial de transmissão, é possível que seja prioritário para a entidade repensar o processo de atenção psicológica ofertado aos trabalhadores, ampliando a cobertura e horários de atendimento.

Para evitar que ocorram contaminações por fômite dentro dos ambientes hospitalares, protegendo ao máximo trabalhadores e pacientes, os autores sugerem o cumprimento do *Traffic Control Bundling* (TCB), ajustado na China para o surto de fevereiro de 2020, o qual se resume em triagem fora dos hospitais (em tendas ou estruturas temporárias montadas para tal, direcionando pacientes doentes para uma zona de contaminação, e delimitação de zonas separadas, contaminação, transição e zona limpa, com pontos de verificação. Na adaptação do processo, a triagem começa ao ar livre, testes positivos para COVID-19 são direcionados para a ala de isolamento, pacientes sem confirmação são direcionados para uma área de quarentena, e as rotas de transportes de pacientes são isoladas, evitando contatos com zonas limpas. Essas medidas podem isolar os fluxos e preservar profissionais médicos, enfermeiros, pessoal de limpeza e outros funcionários do hospital. Na transição entre zonas, os profissionais devem equipar-se vestindo luvas, proteção para os olhos e máscaras N-95. Se indicado, adiciona-se equipamento de proteção extra. Na volta à zona limpa, os profissionais passam por uma zona de transição onde removem todo o equipamento de proteção individual. Ao fazer a transição entre zonas, os profissionais de saúde, em cada etapa, devem se desinfetar com álcool a 75% (SCHWARTZ et al., 2020).

O Gráfico 7, a seguir, demonstra a distribuição das referências por tipo de manifestação: 18 referências (46,15%) em aspectos positivos; 16 referências em queixas (41,03%); e 5 referências em sugestões (12,82%). Uma das sugestões é exposta abaixo pela relevância do risco de queda no trabalho em altura:

*Liderança 3 – Referência 2 – 7,34% cobertura*

*“Eu sugeriria mais fóruns com os funcionários, para que eles entendessem a quais riscos estão expostos, qual é a preciosidade da vida deles, da família deles. Isso me parece que está muito assim, coloca lá na intranet, coloca todo mundo lá dentro, e daqui a pouco choca. Começa a ir mais aonde está acontecendo. Na época dos telhados, as pessoas me diziam ‘olha aqui que loucura, o pessoal está no telhado, estão nessa situação’, me mostravam fotos, e eu pensava o que eu faço, eu resolvo a água que está caindo, resolvo a situação, mas é um risco, porque se uma das pessoas... eles não queriam nem saber, eles iam para cima do telhado, poderiam me dizer, eu não vou, porque preciso fazer curso, porque tem que ter linha de vida que passe o equipamento, e a instituição não está me dando nada disso, mas eles foram, se jogaram, então eu vejo que talvez se a equipe de segurança pudesse estar mais próxima dessas pessoas para conscientizar que é a vida deles, o que eu posso pegar para fazer eu pego, mas...”*

A questão referida acima sobre a manutenção dos telhados em períodos de chuva foi mencionada por três lideranças, que demonstraram o conflito vivido diante de demandas urgentes e o cumprimento de questões legais preconizadas pela NR 35 – Trabalho em Altura, o que pode ser consultado no Apêndice C.5.

Os fatores psicossociais, que se caracterizaram como segundo subcódigo temático mais referido, são também codificados como queixas em alguns relatos dos participantes:

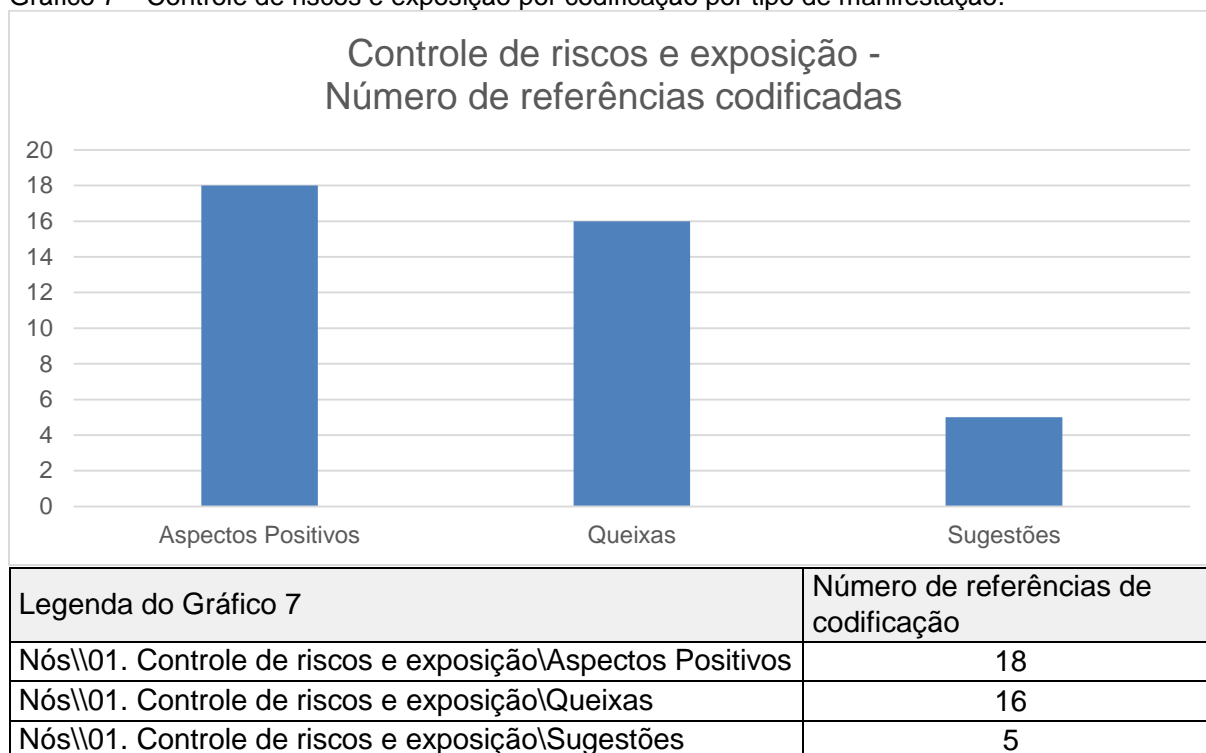
*Grupo Focal 2 – Referência 3 – 5,17% cobertura*

*“Nas entrevistas psicossociais as equipes não conseguem tirar alguns trabalhadores 15 minutos para fora do setor, por necessidade de pessoas na área delas. Isso prejudica a escuta dos trabalhadores no levantamento dos riscos. As áreas de apoio, higienização, nutrição são as áreas que nós temos mais problema de afastamento.”*

*Liderança 7 – Referência 1 – 5,65% cobertura*

*“Existe uma rotina, uma política, mas não existe um protocolo específico para doença psiquiátrica, historicamente, preferem não saber em que nível que está. Para fazer um trabalho em cima de um protocolo de CID-F, precisávamos mobilizar certas pessoas, assim que atualmente já não estão mais à disposição, eles estão direcionados para os outros processos. Antes tínhamos a psicóloga, psiquiatra e assistente social e, nessa reconstrução, todos eles são demitidos, então assim existem até dados, mas precisamos recomeçar, não temos como seguir com aquele programa. Tem que se criar uma coisa nova, com menos recurso, mas por outro lado a demanda aumentou, então isso ainda está no terreno de falta de programas mais estruturados. Na prioridade, isso está ficando secundário. No momento temos outros dois hospitais fora da cidade, então temos outras coisas que vêm na frente, não tem como abordar o resto.”*

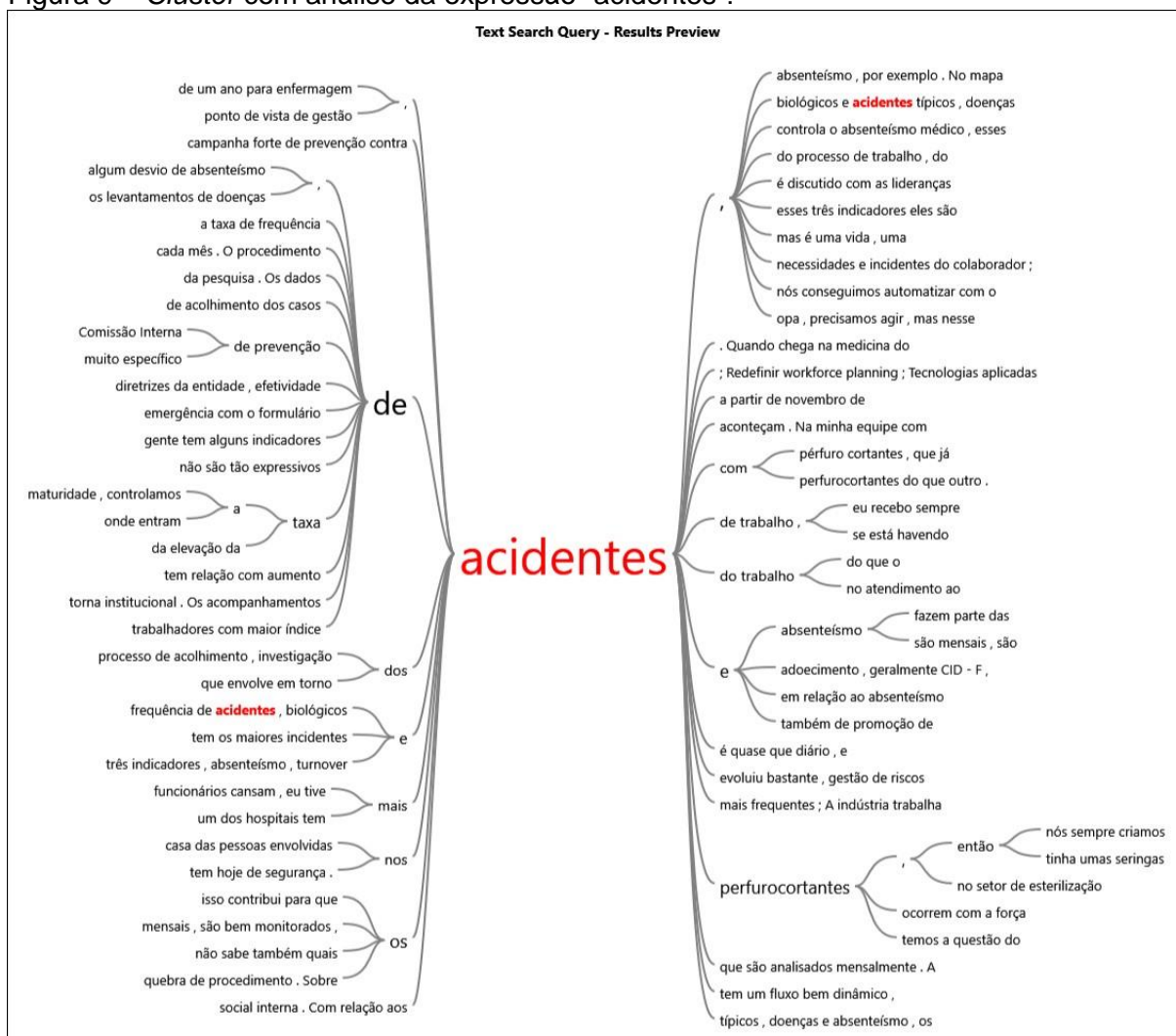
Gráfico 7 – Controle de riscos e exposição por codificação por tipo de manifestação.



Fonte: Autores (2020).

A imagem do *cluster* com a palavra “acidentes” (Figura 9) busca demonstrar as frases parciais em que ela esteve inserida. Levantadas essas questões preliminares, em um momento em que a organização se posiciona para investir cada vez mais na atenção em segurança e saúde, cabe planejar processos futuros de avaliação das abordagens integradas nos processos de segurança. Para tal, já se apresenta, no português brasileiro, um *survey* específico para essa análise, como descrevem Guimarães et al. (2018). O mesmo ocorre com o módulo de bem-estar e sua integração com os demais processos, publicado por Massuda Junior et al. (2018), e os próprios indicadores mensuráveis de um processo de integração mais consolidado (OLIVEIRA et al., 2019). Avaliar continuamente a organização é uma atitude a ser considerada no planejamento das ações anuais da gestão em SST, de forma a manter registrados o progresso e as necessidades da instituição.

Figura 9 – Cluster com análise da expressão “acidentes”.



Fonte: Autores (2020), com a utilização do NVivo 12 Plus.

## 5.6 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Esta análise de conteúdo teve como referência temática *a priori* as questões descritas como relevantes para a integração das práticas em saúde na publicação do NIOSH (2016): controles de risco e exposição; organização do trabalho; suporte na concepção de ambiente; liderança; remuneração e benefícios; suporte comunitário; mudanças demográficas da força de trabalho; e questões legais. Entretanto, é preciso considerar que esta pesquisa ocorreu em um contexto cultural diverso ao dos Estados Unidos, sendo desenvolvida no sul do Brasil, em um hospital filantrópico privado, com restrições orçamentárias decorrentes do custeio e da cobertura do déficit orçamentário do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso posto, observou-se, durante a análise de conteúdo, a identificação de questões trazidas pelo próprio objetivo principal da

pesquisa de estudar a contribuição do sistema de gestão da informação, além de aspectos manifestados pelos participantes, o que originou mais três temas, os quais podem ser analisados em separado aos demais oito temas iniciais. São eles: gestão da informação, comentado anteriormente; comunicação em saúde, que aqui será apresentado; e gestão orçamentária de pessoas, que será desenvolvido na seção a seguir.

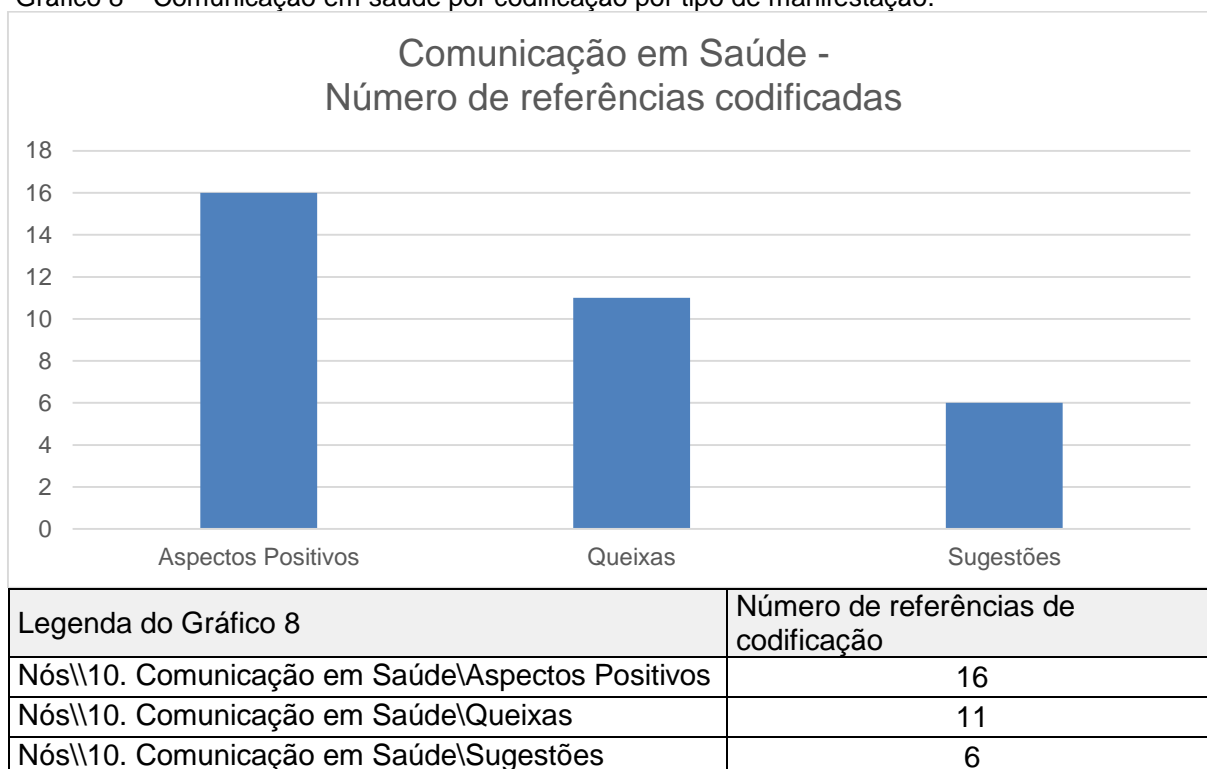
O eixo temático de comunicação em saúde teve suas referências classificadas em acesso e disponibilização de conteúdos e informações, e influência da comunicação na formação da cultura em saúde, cada um respectivamente com 12 referências (36,36%); e percepção de priorização por meio das ações de comunicação, com nove (27,27%) referências. Dentre os 11 temas da codificação, comunicação em saúde apresentou 33 referências distribuídas nos subcódigos citados, alcançando 6,63% do total de referências. As referências foram codificadas em aspectos positivos, com 16 trechos das entrevistas assim identificados, somando 48,48%; queixas, com 11 referências (33,33%); e sugestões, com seis participações (18,18%) (Gráfico 8).

No decorrer desta pesquisa, a entidade estava em uso implementado da ferramenta *Workplace*, uma plataforma de conectividade corporativa desenvolvida pelo *Facebook Inc.*, a qual apresenta ferramentas como grupos, mensagens instantâneas e *feed* de notícias, sendo isenta de contrapartida econômica para as entidades filantrópicas. Alguns participantes trouxeram referências sobre esse canal de comunicação e suas potencialidades, apresentadas no Apêndice C.6.

*Liderança 1 – Referência 1 – 1,12% cobertura*

*“Nós temos o Workplace onde nós publicamos vários conteúdos, nós estamos neste momento fazendo a campanha de vacinação contra gripe. Nós temos essa de violência doméstica, que nós vamos trazer uma delegada famosa para uma palestra, vamos gravar, oferecer isso na rede social interna.”*

Gráfico 8 – Comunicação em saúde por codificação por tipo de manifestação.



Fonte: Autores (2020).

É relevante o destaque para a questão da violência, descrita antes no item referente à organização do trabalho, também mencionada pelo governo na PNSST (MT, 2004) e por modelos internacionais como o SOLVE, da OIT (2012). A PNSST (MT, 2004) já trata das relações de trabalho deterioradas entre chefias e equipes, assim como da violência ligada às relações de gênero e do assédio moral, decorrentes da interação entre pares, chefias e subordinados. A educação constante e a conscientização para o enfrentamento desse problema podem ser conduzidas por ações de comunicação em saúde, inclusive pelas redes sociais. O governo estimula a definição de mecanismos que sustentem e suportem iniciativas voltadas ao trabalho seguro e saudável, bem como mecanismos de engajamento dos trabalhadores em campanhas públicas e privadas de promoção da saúde (BRASIL, 2011; CT-SST, 2012).

Ao produzir conteúdo sobre a comunicação em saúde com o objetivo de formar cultura de prevenção, é preciso que se encontre o ponto de equilíbrio na produção dos materiais, com a escolha de imagens e mensagens sobre a informação de modo a não causar aversão no público-alvo quanto ao tema. Outro risco é o extremo oposto: quando, por meio de campanhas e geração de conteúdo, se estimula uma construção

de cultura de bem-estar extremada. Brown (2018) discutiu o desenvolvimento do clima de “*healthism*”, situação em que a busca pela saúde e condição ideal de bem-estar é centrada não mais no coletivo, mas no individual, com excessivo exercício do autocuidado.

Segundo os próprios pesquisadores a serviço do NIOSH, no Sistema *Safewell* de Gerenciamento Integrado para a Saúde do Trabalhador, a comunicação no processo de gestão de saúde é um componente transversal e de importância reconhecida para o sucesso e alcance das ações (MCLELLAN et al., 2012). Por meio do uso dessas ferramentas, a instituição pesquisada é conduzida de forma a consolidar uma cultura de comunicação entre dirigentes, equipes e processos, fortalecendo gradualmente o uso dessa ferramenta, bastante valorizada pelos líderes, conforme é possível verificar nos depoimentos no Apêndice C.6. A organização se beneficiará possivelmente de um fortalecimento contínuo das práticas e acessibilidade a todos os funcionários.

Como constataram Sendall et al. (2018), o uso do *Facebook* para determinados grupos de trabalhadores pode enfrentar restrições quanto ao avanço tecnológico dos *smartphones*, faixa etária, hábitos pessoais e políticas estabelecidas para uso dessas redes sociais nos ambientes de trabalho. É possível que seja uma estratégia muito valiosa para desencadear comportamento seguro e engajado, suporte à saúde mental, com *feeds* sociais, compartilhamento de conhecimentos e *blog* de conteúdo (GOLDBERG et al., 2015; MAIMONE et al., 2018). Belfiore et al. (2020) afirmam que essa tecnologia pode ser utilizada para promover o estilo de vida saudável, e tanto jovens quanto a população idosa podem buscar informações de saúde nessas redes sociais.

## 5.7 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA DE PESSOAS

Os participantes entrevistados fizeram referências recorrentes à falta de recursos e às indisponibilidades orçamentárias para ampliação dos investimentos em benefícios e bem-estar corporativo. Devido a essa ocorrência nas transcrições, optou-se por agrupar as referências e codificá-las com o intuito de analisar o contexto da entidade no momento das coletas de campo. Foram identificadas 23 (4,62%) referências passíveis de caracterização nos subcódigos análise e viabilização de orçamento, com nove referências (39,13%), e planejamento orçamentário e

sustentabilidade econômica, cada um com sete referências (30,43%). Aspectos positivos e queixas foram referidos, cada um, em nove contribuições dos participantes (42,86%); houve apenas três sugestões, representando 14,29% no código de gestão orçamentária de pessoas (Gráfico 9).

*Liderança 1 – Referência 1 – 1,36% cobertura*

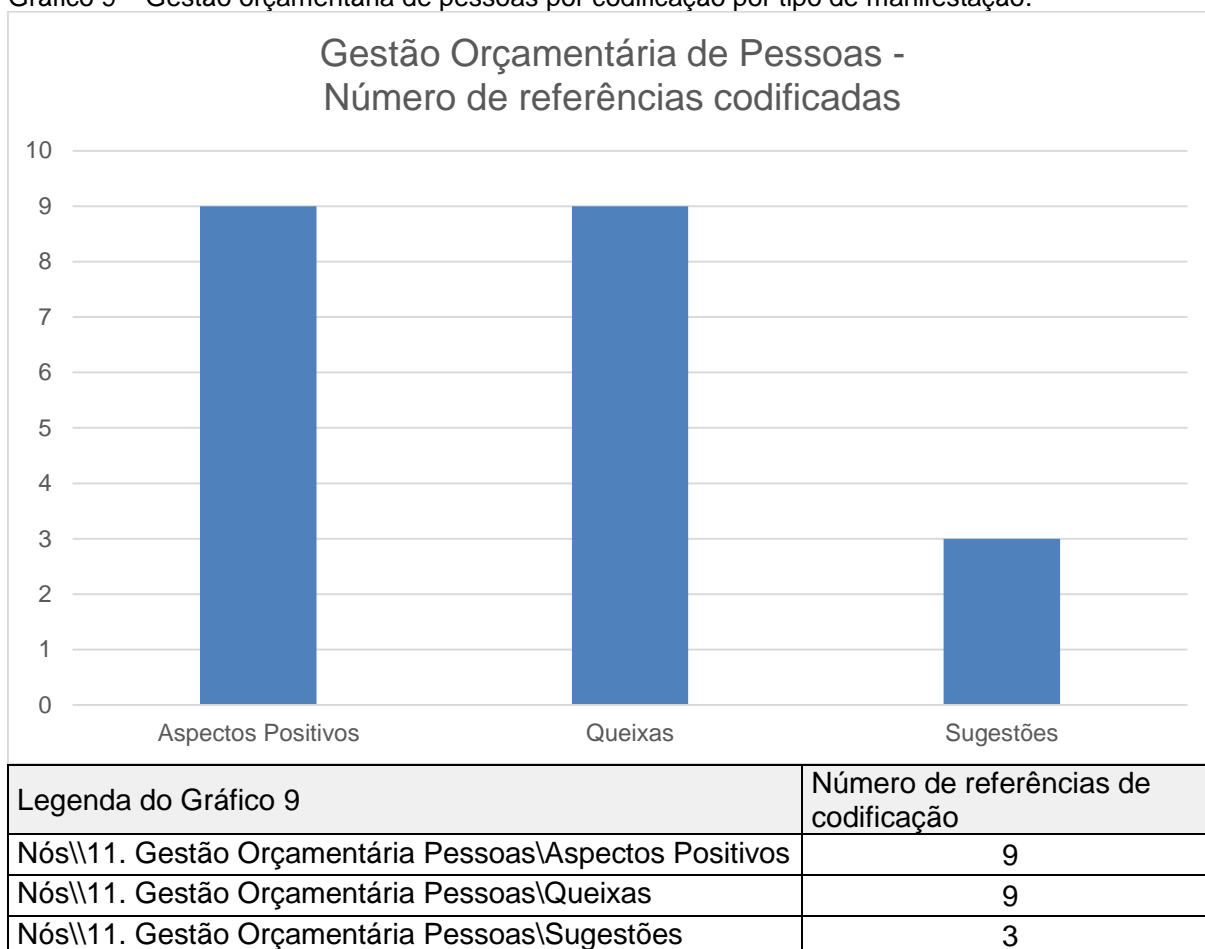
*“E o que eu preciso de compra de equipamentos, usamos sempre recurso extraordinário. Então com a lei de incentivo, com as doações recebidas, estamos prevendo que o novo hospital em construção tenha linhas de vida nos telhados. A lógica orçamentária é muito isso, repõem a inflação e usa recurso extraordinário para investimentos de outra ordem.”*

*Liderança 2 – Referência 1 – 3,90% cobertura*

*“Eu vejo a maior dificuldade na questão financeira, não na intenção, e não vejo descaso por parte da instituição em relação a esse tema, principalmente, em relação aos seus colaboradores. Ele é importante, ele é forte, mas ele representa um custo alto, e, por isso, ainda não foi viabilizado da forma como a gestão de pessoas almeja, ou como está na estratégia. Viabilizar diretamente depende de investimento, que vai virar um custo e conhedidamente hoje ainda, esse investimento com o custo que vai se gerar, ele tem um impacto significativo no orçamento, e o trabalho que principalmente a direção vem fazendo junto com a gestão de pessoas, literalmente analisar, ver possibilidades para viabilizar, é um tema muito importante, mas ainda não é possível fazer.”*

Segundo McLellan et al. (2012), uma motivação para integrar programas em saúde é a própria possibilidade de que os investimentos em promoção de saúde e o exercício dos programas legais de SST sejam integrados, tanto no planejamento estratégico como na gestão orçamentária operacional, na medida em que as decisões são suportadas por dados com a gestão sistêmica dos indicadores dos departamentos. De acordo com as referências obtidas nesta pesquisa, a necessidade de otimizar o orçamento e potencializar os resultados em saúde é fundamental para a organização estudada. A escolha assertiva de programas que possam potencializar os resultados deve ser considerada no planejamento, avaliando-se o impacto transversal das ações em benefícios e no cumprimento legal.

Gráfico 9 – Gestão orçamentária de pessoas por codificação por tipo de manifestação.



Fonte: Autores (2020).

Reconhecer os investimentos em saúde no trabalho como um capital investido também direcionado ao retorno dos resultados pode ser um potencializador no planejamento financeiro. Isso porque é uma oportunidade de o complexo hospitalar fazer uso dessa posição inclusive para melhorar sua imagem junto à sociedade pela via da proteção da saúde dos trabalhadores; talvez consiga arrecadar ainda mais verba extraordinária para outros projetos direcionados a retornar recursos para a gestão de pessoas. Como demonstraram Fabius et al. (2016), empresas que investem mais em SST podem ter resultados melhores na valorização do seu capital social.

No processo final de análise de conteúdo, durante a entrevista de validação dos resultados com os líderes do processo de inovação e de projetos em gestão de pessoas, constatou-se que a entidade enfrenta um movimento priorizado de recuperação de receita ao implementar tecnologias em saúde, o que possibilitará a médio prazo melhorar o resultado econômico financeiro do complexo hospitalar.

## 5.8 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DA GESTÃO DAS INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO E BEM-ESTAR

Enquanto objetivo específico final da construção deste estudo, estabeleceu-se como meta a elaboração de uma matriz para especificação de requisitos em sistemas de informação em saúde e segurança no trabalho, que possibilite a adequada priorização de iniciativas e tomada de decisão, tendo como subsídio a gestão da informação em saúde. Todo o processo de análise de conteúdo foi planejado *a priori* baseando-se nos pontos relevantes publicados por Schill e Chosewood (2013) para elucidar a perspectiva do *Total Worker Health*<sup>®</sup>. A mesma tabela é novamente revisada e tem seus dados reestruturados em 2015, quando divulgados em publicação oficial da abordagem, compreendendo de modo sistêmico as questões que interferem na saúde dos trabalhadores (NIOSH, 2016), conforme Quadro 10, abaixo.

O NIOSH (2020) publicou em sua plataforma voltada à abordagem do *Total Worker Health*<sup>®</sup>, uma proposta de revisão das questões relevantes para a metodologia (Quadro 11). Nessa revisão, a lista de itens reflete um foco expandido para o modelo de intervenção, no qual são reconhecidos aspectos relacionados a tecnologias inovadoras, condições de trabalho e formas de emprego emergentes que podem representar novos riscos para os trabalhadores; nisso estão compreendidos apoios comunitários, compensações e benefícios, acordos de trabalho e demografia da força de trabalho, etc.


Considerando as questões atualizadas pelo NIOSH (2020), assim como a experiência de campo e as análises de conteúdo exploradas com base nesse modelo no formato publicado pelo mesmo instituto em 2016, essa pesquisa buscou uma entrega abrangendo todos esses fatores e seus possíveis indicadores ou medidores (variáveis) de controle. Os indicadores e variáveis evidenciados no Quadro 12 são uma referência fundamentada no levantamento de campo, na escuta das realidades apresentadas e analisadas no processo de análise de conteúdo e na literatura estudada. Podem variar de acordo com o tipo de organização e com o setor econômico produtivo das organizações.

Quadro 10 – Questões relevantes para o avanço do bem-estar dos trabalhadores por meio da abordagem *Total Worker Health*®.

## Issues Relevant to Advancing Worker Well-being Through Total Worker Health®

<p><b>Control of Hazards and Exposures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemicals</li> <li>• Physical Agents</li> <li>• Biological Agents</li> <li>• Psychosocial Factors</li> <li>• Human Factors</li> <li>• Risk Assessment and Risk Management</li> </ul> <p><b>Organization of Work</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatigue and Stress Prevention</li> <li>• Work Intensification Prevention</li> <li>• Safe Staffing</li> <li>• Overtime Management</li> <li>• Healthier Shift Work</li> <li>• Reduction of Risks from Long Work Hours</li> <li>• Flexible Work Arrangements</li> <li>• Adequate Meal and Rest Breaks</li> </ul> <p><b>Built Environment Supports</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Healthy Air Quality</li> <li>• Access to Healthy, Affordable Food Options</li> <li>• Safe and Clean Restroom Facilities</li> <li>• Safe, Clean and Equipped Eating Facilities</li> <li>• Safe Access to the Workplace</li> <li>• Environments Designed to Accommodate Worker Diversity</li> </ul> <p><b>Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shared Commitment to Safety, Health, and Well-Being</li> <li>• Supportive Managers, Supervisors, and Executives</li> <li>• Responsible Business Decision-Making</li> <li>• Meaningful Work and Engagement</li> <li>• Worker Recognition and Respect</li> </ul>	<p><b>Compensation and Benefits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequate Wages and Prevention of Wage Theft</li> <li>• Equitable Performance Appraisals and Promotion</li> <li>• Work-Life Programs</li> <li>• Paid Time Off (Sick, Vacation, Caregiving)</li> <li>• Disability Insurance (Short- &amp; Long-Term)</li> <li>• Workers' Compensation Benefits</li> <li>• Affordable, Comprehensive Healthcare and Life Insurance</li> <li>• Prevention of Cost Shifting between Payers (Workers' Compensation, Health Insurance)</li> <li>• Retirement Planning and Benefits</li> <li>• Chronic Disease Prevention and Disease Management</li> <li>• Access to Confidential, Quality Healthcare Services</li> <li>• Career and Skills Development</li> </ul> <p><b>Community Supports</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Healthy Community Design</li> <li>• Safe, Healthy and Affordable Housing Options</li> <li>• Safe and Clean Environment (Air and Water Quality, Noise Levels, Tobacco-Free Policies)</li> <li>• Access to Safe Green Spaces and Non-Motorized Pathways</li> <li>• Access to Affordable, Quality Healthcare and Well-Being Resources</li> </ul>	<p><b>Changing Workforce Demographics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multigenerational and Diverse Workforce</li> <li>• Aging Workforce and Older Workers</li> <li>• Vulnerable Worker Populations</li> <li>• Workers with Disabilities</li> <li>• Occupational Health Disparities</li> <li>• Increasing Number of Small Employers</li> <li>• Global and Multinational Workforce</li> </ul> <p><b>Policy Issues</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Information Privacy</li> <li>• Reasonable Accommodations</li> <li>• Return-to-Work</li> <li>• Equal Employment Opportunity</li> <li>• Family and Medical Leave</li> <li>• Elimination of Bullying, Violence, Harassment, and Discrimination</li> <li>• Prevention of Stressful Job Monitoring Practices</li> <li>• Worker-Centered Organizational Policies</li> <li>• Promoting Productive Aging</li> </ul> <p><b>New Employment Patterns</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracting and Subcontracting</li> <li>• Precarious and Contingent Employment</li> <li>• Multi-Employer Worksites</li> <li>• Organizational Restructuring, Downsizing and Mergers</li> <li>• Financial and Job Security</li> </ul>
---	--	--

November 2015  
Total Worker Health® is a registered trademark of the US Department of Health and Human Services



Fonte: NIOSH (2016).

Quadro 11 – Questões relevantes para o avanço do bem-estar dos trabalhadores por meio da abordagem *Total Worker Health*<sup>®</sup> revisada em janeiro de 2020.

**TOTAL WORKER HEALTH**  
ADVANCING WORKER SAFETY, HEALTH, AND WELL-BEING

## Issues Relevant to Advancing Worker Well-Being Using *Total Worker Health*<sup>®</sup> Approaches

<p><b>Prevention and Control of Hazards and Exposures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biological Agents</li> <li>• Chemicals</li> <li>• Ergonomic Factors</li> <li>• Physical Agents</li> <li>• Psychosocial Factors</li> <li>• Risk Assessment and Management</li> </ul> <p><b>Built Environment Supports</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible and Affordable Health Enhancing Options</li> <li>• Clean and Equipped Breakrooms, Restrooms, and Lactation Facilities</li> <li>• Healthy Workspace Design and Environment</li> <li>• Inclusive and Universal Design</li> <li>• Safe and Secure Facilities</li> </ul> <p><b>Community Supports</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Access to Safe Green Spaces and Pathways</li> <li>• Healthy Community Design</li> <li>• Safe and Clean Environment (Air and Water Quality, Noise Levels, Tobacco-Free)</li> <li>• Safe, Healthy, and Affordable Housing Options</li> <li>• Transportation and Commuting Assistance</li> </ul> <p><b>Compensation and Benefits</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequate Wages and Prevention of Wage Theft</li> <li>• Affordable, Comprehensive, and Confidential Healthcare Services</li> <li>• Chronic Disease Prevention and Management Programs</li> <li>• Continual Learning, Training, and (Re-)Skilling Opportunities</li> <li>• Disability Insurance (Short- and Long-Term)</li> <li>• Employee Assistance and Substance Use Disorder Programs</li> <li>• Equitable Pay, Performance Appraisals, and Promotions</li> <li>• Minimum Guaranteed Hours</li> <li>• Paid Time Off (Sick, Vacation, Caregiving, Parental)</li> <li>• Prevention of Healthcare Cost Shifting to Workers</li> <li>• Retirement Planning and Benefits</li> <li>• Work-Life Programs</li> <li>• Workers' Compensation Benefits</li> </ul>	<p><b>Healthy Leadership</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborative and Participatory Environment</li> <li>• Corporate Social Responsibility</li> <li>• Responsible Business Decision-Making</li> <li>• Supportive Managers, Supervisors, and Executives</li> <li>• Training</li> <li>• Worker Recognition, Appreciation, and Respect</li> </ul> <p><b>Organization of Work</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequate Breaks</li> <li>• Comprehensive Resources</li> <li>• Fatigue, Burnout, Loneliness, and Stress Prevention</li> <li>• Job Quality and Quantity</li> <li>• Meaningful and Engaging Work</li> <li>• Safe Staffing</li> <li>• Work Intensification Prevention</li> <li>• Work-Life Fit</li> </ul> <p><b>Policies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimination of Bullying, Violence, Harassment, and Discrimination</li> <li>• Equal Employment Opportunity</li> <li>• Family and Medical Leave</li> <li>• Human and Natural Resource Sustainability</li> <li>• Information Privacy</li> <li>• Judicious Monitoring of Workers and Biomonitoring Practices</li> <li>• Optimizing Function and Return-to-Work</li> <li>• Prevention of Stressful Job Monitoring Practices</li> <li>• Reasonable Accommodations</li> <li>• Transparent Reporting Practices</li> <li>• Whistleblower Protection</li> <li>• Worker Well-Being Centered</li> <li>• Workplace Supported Recovery Programs</li> </ul>	<p><b>Technology</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artificial Intelligence</li> <li>• Robotics</li> <li>• Sensors</li> </ul> <p><b>Work Arrangements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracting and Subcontracting</li> <li>• Free-Lance</li> <li>• Global and Multinational</li> <li>• Multi-Employer</li> <li>• Non-Standard</li> <li>• Organizational Restructuring, Downsizing, and Mergers</li> <li>• Precarious and Contingent</li> <li>• Small- and Medium-Sized Employers</li> <li>• Temporary</li> <li>• Unemployment and Underemployment</li> <li>• Virtual</li> </ul> <p><b>Workforce Demographics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversity and Inclusivity</li> <li>• Multigenerational</li> <li>• Productive Aging across Lifecourse</li> <li>• Vulnerable Workers</li> <li>• Workers with Disabilities</li> </ul>
--	---	--

*Total Worker Health*<sup>®</sup> is a registered trademark of the US Department of Health and Human Services



Updated January 2020

Fonte: [https://www.cdc.gov/niosh/twh/priority.html#anchor\\_1578410183952](https://www.cdc.gov/niosh/twh/priority.html#anchor_1578410183952)

Quadro 12 – Matriz de monitoramento para potenciais indicadores e variáveis na implementação de abordagem integrada de gestão em segurança, saúde e bem-estar.

<b>Prevenção e controle de perigos e exposição</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Agentes químicos	Avaliações quantitativas realizadas; setores com avaliações acima do nível de ação
Agentes físicos	Levantamento de riscos ambientais; número de trabalhadores capacitados para trabalho em altura, espaço confinado, choque elétrico, queda, soterramento; percentual de máquinas com manutenção e adequação em dia; acompanhamento de eventos com lesões; dosímetros repostos; termos de ciência da radiação assinados
Agentes biológicos	Taxa de infecção adquirida em hospitais; número de acidentes perfurocortantes por setor
Fatores ergonômicos	Número de setores com Análise Ergonômica do Trabalho em dia; número de funções avaliadas
Fatores psicossociais	Número de funções mapeadas
Avaliação e gestão dos riscos	Taxa de frequência de acidentes de trabalho; número de acidentes de trabalho; taxa de frequência de conduta insegura; número de incidentes de trabalho; taxa de conclusão de medidas corretivas preventivas; frequência de auditorias internas; nível do sistema de combate a incêndios; EPIs entregues; cumprimento do quadro SESMT; causas de acidentes de trabalho identificadas; adoção de procedimentos e equipamentos de proteção coletiva
<b>Suportes ambientais</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Opções acessíveis de fortalecimento do bem-estar, alimentação, áreas comuns, acesso a água	Nível de satisfação dos trabalhadores com alimentação e recursos nos setores
Salas de descanso limpas e equipadas (livre de tabagismo, ruído, qualidade do ar adequada), banheiros, vestiários e salas de amamentação ou bancos de leite materno corporativo	Número de espaços revitalizados X capacidade de cobertura (acesso)
<i>Design</i> e ambientes saudáveis no espaço de trabalho	Número de setores com condições ergonômicas ajustadas
<i>Design</i> inclusivo e universal	Ambientes acolhedores considerando a diversidade de trabalhadores
Instalações seguras e protegidas, acesso seguro ao local de trabalho	Adesão a tecnologias de acesso e monitoramento; sistemas de vigilância; circulação assistida

Remuneração, atenção à saúde e benefícios	Exemplos de monitoramento
Salários adequados e prevenção de perda salarial	<i>Turnover</i> no período de experiência; <i>turnover</i> no período de um ano; absenteísmo não médico; reajustes salariais aplicados e equiparação com instituições semelhantes
Serviços de cuidados de saúde acessíveis, abrangentes e confidenciais	Número de exames médicos ocupacionais periódicos realizados; absenteísmo médico; número de atestados médicos; horas não trabalhadas por atestados médicos; causas de afastamento; vacinações em dia; atendimentos assistenciais em saúde; perfil epidemiológico; soluções assistenciais; monitoramento do perfil de utilização dos benefícios
Programas de prevenção e gerenciamento de doenças crônicas	Treinamentos em saúde; acompanhamento de crônicos (diabetes, hipertensão, síndrome metabólica); acompanhamento de indicadores de perfil de saúde e estilo de vida
Aprendizado contínuo, treinamento e oportunidades de requalificação	Participação na formação básica; participação nas formações funcionais; execução do plano de desenvolvimento de líderes; horas de treinamento por colaborador; avaliação da aprendizagem
Seguros para invalidez, incapacidade de curto e longo prazo	Existência de programas de suporte social, assistência social; cooperativas de funcionários com fundos assistenciais
Programas de prevenção ao uso de drogas, dependência química	Ações de prevenção ao uso de drogas; tabagismo; químicos; alcoolismo
Equidade remuneratória, avaliações de desempenho e promoções	Monitoramento de gênero nos cargos de liderança; acesso equivalente aos processos seletivos, independente de gênero, raça, cor, faixa etária
Horas mínimas garantidas	Política remuneratória
Folgas remuneradas (doença, férias, cuidado parental)	Horas não trabalhadas; férias pagas; política assistencial; flexibilização da jornada; utilização do banco de horas
Prevenção de mudança de custos em saúde para trabalhadores, compartilhamento de custos	Gestão da Sinistralidade; Adoção de Programas de Bem-estar Corporativo
Planejamento e benefícios para aposentadoria	Programas de preparação para aposentadoria; complementação de renda por fundo de previdência privada
Programas de estímulo à vida saudável ( <i>work-life balance</i> )	Benefícios para trabalhadores ativos fisicamente, com exames em dia; atividades que envolvam familiares; valorização do trabalho; reconhecimento dos trabalhadores

<b>Liderança saudável</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Ambiente colaborativo e participativo	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Responsabilidade social corporativa	Cumprimento dos objetivos estabelecidos nos planos anuais
Tomada de decisão de negócios responsável	Cumprimento dos projetos orçamentários e desafios estratégicos
Suporte de gerentes, supervisores e executivos	Índice de participação de lideranças em comitês estratégicos de saúde
Treinamento	Acompanhamento dos trabalhadores; avaliação de necessidades de desenvolvimento
Reconhecimento, apreciação e respeito aos trabalhadores	Pesquisa de Clima – nível de satisfação; análise psicossocial
<b>Organização do trabalho</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Intervalos adequados	Análise Ergonômica do Trabalho; análise psicossocial
Recursos abrangentes	Recursos suficientes para a realização das atividades; Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Fadiga, <i>burnout</i> , solidão e prevenção de estresse	Monitoramento de distúrbios do sono; depressão, saúde mental
Qualidade e carga de trabalho	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Trabalho significativo e envolvente/engajamento no trabalho	Nível de engajamento obtido em pesquisa
Segurança pessoal	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Prevenção da intensificação da carga de trabalho	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Flexibilidade da jornada de trabalho	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial; tecnologias de gestão de equipes por escala
Gestão da hora extra	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial; tecnologias de gestão de equipes por escala
<b>Políticas corporativas</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Eliminação de <i>bullying</i> , violência, assédio e discriminação	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Equidade de oportunidades de emprego	Política de plano de cargos e salários
Licença médica e familiar	Política assistencial
Sustentabilidade em recursos humanos e naturais	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial; Política ambiental
Privacidade das informações	Política de proteção de dados pessoais – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais; política de Ouvidoria; Comitê de Ética

Monitoramento criterioso dos trabalhadores e práticas de biomonitoramento	Cumprimento das consultas médicas ocupacionais; índice de participação dos trabalhadores em processos investigativos de perfil saúde; adesão aos programas de estilo de vida com monitoramento de dados de saúde
Otimização das funções e retorno ao trabalho	Participantes em programas de inclusão e retorno ao trabalho
Prevenção de práticas estressantes de monitoramento de trabalho	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Acomodações adequadas	Pesquisa de clima – nível de satisfação; análise psicossocial
Práticas de relatórios transparentes	Número de reuniões sobre SST com alta administração e gerências; dados de SST em <i>dashboards</i> operacionais e de gestão estratégica
Proteção de denunciante	Política de Ouvidoria e escuta
Bem-estar do trabalhador	Monitoramento de prevenção à obesidade; estímulo à prática esportiva
Programas de reabilitação suportados no local de trabalho	Acesso disponível a atendimento fisioterápico, psicológico, médico fisiatra ou semelhante
<b>Tecnologias/Gestão da informação</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Acesso à informação e decisões baseadas em dados	Geração de dados automatizada; monitoramento periódico e sistemático de indicadores
Sistemas utilizados, inovações e aquisições	Número de novas tecnologias adotadas; número de funcionários beneficiados
Inteligência Artificial	Número de tecnologias aplicadas à gestão de pessoas ou ao negócio com impacto em gestão de pessoas
Robótica	Redução do trabalho de exposição a riscos biológicos e biomecânicos por tecnologias inteligentes
Sensores	Monitoramento dos trabalhadores; circulação; exposição a riscos; indicadores de saúde
<b>Modelos de trabalho</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Contratação e subcontratação	Política de contratação de terceiros; adequação legal aos programas da entidade
Contratação por RPA	Gestão dos trabalhadores por RPA, frequência e setores
Globalização e multinacional	Política de acolhimento da diversidade
Dupla jornada	Monitoramento do perfil de saúde; controle médico-ocupacional
Não regulamentado	Índice de cobertura de casos pelas políticas de gestão de pessoas
Reestruturação organizacional, redução de tamanho e fusões	Número de trabalhadores impactados por mudanças organizacionais

Precarização do trabalho	Política de contratação de terceiros; adequação legal aos programas da entidade
Empregadores de pequeno e médio porte	Empresas participantes de programas de boas práticas
Empregos temporários	Gestão dos trabalhadores por tempo determinado, RPA, frequência e setores
Desemprego e subemprego	Gestão dos trabalhadores por tempo determinado, RPA, frequência e setores
<i>Home office</i> ou trabalho virtual	Políticas de trabalho remoto; acompanhamento de jornada
<b>Demografia da força de trabalho</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Diversidade e inclusão	Número de trabalhadores envolvidos assistidos e sensibilizados por programas corporativos
Multigeracional	Número de trabalhadores envolvidos assistidos e sensibilizados por programas corporativos
Envelhecimento produtivo ao longo de toda a vida	Monitoramento do perfil de saúde e controle médico-ocupacional
Trabalhadores vulneráveis	Número de Jovens Aprendizes
Trabalhadores com deficiência	Número de pessoas com deficiência (PCDs)
<b>Comunicação em saúde</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Acesso e disponibilização de conteúdos e informações	Número de campanhas disponibilizadas; conteúdos abertos; cursos EAD e presenciais sobre saúde
Influência da comunicação na formação da cultura em saúde	Frequência de divulgação de dados de segurança; adesão às campanhas de <i>endomarketing</i>
<b>Gestão orçamentária de pessoas</b>	<b>Exemplos de monitoramento</b>
Análise e viabilidade de orçamento	Custos com pessoal; percentual dos custos de pessoal sobre receita
Planejamento orçamentário	Cumprimento do planejamento orçamentário de pessoal; investimentos em equipamentos de proteção coletivos; investimento em equipamentos de proteção individual; investimento em treinamentos
Sustentabilidade econômica	Convenções assinadas; índice de reclamações trabalhistas; custos com multas e indenizações; custos com acidentes de trabalho; recuperação financeira com adoção de tecnologias e melhoria de processos

Fonte: Autores (2020).

A compilação dos potenciais indicadores para sistemas de informação no Quadro 12 não é exaustiva e pode sofrer complementação ou revisão conforme há mudança de cenário no setor estudado, como o que ocorre no momento com a pandemia do coronavírus. Situações não planejadas e emergentes que alterem os contextos de análise devem ser consideradas na priorização de investimentos em equipamentos de proteção, adequação de ambientes de trabalho, logística de transportes, assim como no controle sobre a vigilância de saúde dos trabalhadores, o qual pode requerer total foco da entidade hospitalar.

Com o exercício de análise dos fatores relevantes para o avanço da SST e bem-estar buscamos resgatar as principais diretrizes resultantes dessa pesquisa, com foco na avaliação da gestão das informações referentes à temática. Para a avaliação do processo de gestão das informações, esta proposta prevê que sejam envolvidos nas entrevistas:

- a) Dirigentes da entidade, diretor ou representante da alta administração;
- b) Representantes da gestão de pessoas, da área de benefícios, programas e políticas de recursos humanos;
- c) Especialistas de segurança e saúde no trabalho, coordenador técnico, gerentes intermediários de segurança do trabalho e medicina/saúde (outras especialidades);
- d) Representantes da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- e) Demais profissionais engajados nas atividades de inovação de processos e tecnologias aplicadas ao negócio fim, assim como aplicadas na melhoria de gestão de pessoas;

Algumas premissas a serem consideradas nas avaliações das práticas de gestão das informações em saúde:

1. As empresas devem prever a estruturação de avaliação e vigilância epidemiológica integradas;
2. Manter avaliações continuadas mesmo após o término de ações de intervenção, com o objetivo de acompanhar a sustentação dos benefícios obtidos (melhorias sustentadas);
3. Adotar tecnologias aplicadas à saúde e segurança que qualifiquem e suportem não só as atividades fins das instituições, mas que também possibilitem a segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores envolvidos

(exemplo programas de segurança dos pacientes nos atendimentos hospitalares e que promovam simultaneamente melhores condições de trabalho aos funcionários envolvidos nas atividades fins;

4. Todo sistema de coleta, armazenamento e tratamento de informações em saúde deve ser responsivo à Política Nacional de Informação e Informática em Saúde vigente, assim como à Lei Geral de Proteção de Dados;
5. As informações produzidas pelos programas de SST e Bem-estar devem ser apresentadas com regularidade à alta administração e conselhos diretivos das organizações, de forma a fundamentar a tomada de decisão em relação à adoção de novos programas, manutenção e mudanças nos orçamentos de áreas envolvidas;
6. Manter acompanhamento com indicadores de processo ou medidores das adesões de programas, participação e cobertura;
7. Mesmo diante da ausência de sistemas robustos de gestão da informação, as organizações podem estabelecer fluxos integrados de análise de dados parciais de forma a propor propostas abrangentes ao enfrentar desafios identificados de forma compartilhada entre áreas e equipes mistas;
8. Os indicadores devem ser representativos dos processos envolvidos no alcance dos resultados e a forma como se obteve a redução dos fatores de risco deve ser registrada e monitorada;
9. Os custos dos programas e os resultados financeiros, assim como os resultados de valores percebidos como impacto positivo junto às famílias, perante à comunidade ou junto à fornecedores e clientes;

Para utilização do instrumento apresentado como resultado desta pesquisa na Tabela 4, deve-se aplicar 2 (dois) pontos para cada item atendido, 1 (um) para cada item atendido parcialmente e 0 (zero) para ausente, quando inexistente nas práticas da organização avaliada. A pontuação máxima pode alcançar 164 pontos de registro em caso de atingimento pleno de todos os fatores mensurados.

Tabela 4 – Instrumento de mensuração das práticas na gestão da informação integrada em saúde

Processo Avaliado	Observar por meio de entrevista com especialistas das áreas a existência de controles e ações para:	Atende (2,0 )	Atende Parcialmente (1,0)	Ausente (0)
<b>1.Gestão de informações e práticas</b>	1.a) Existem indicadores de desempenho e colaboração interdepartamental em relação à coordenação de programas, políticas e práticas de segurança, saúde e bem-estar integrados, que façam parte do planejamento estratégico da instituição (indicadores sistêmicos)			
	1.b) Líderes e trabalhadores estão envolvidos na tomada de decisão sobre as prioridades envolvendo programas, políticas e práticas de bem-estar, saúde e segurança no trabalho, baseados nos indicadores e medidores controlados			
	1.c) Os resultados dos programas de bem-estar, saúde e segurança no trabalho são monitorados e analisados de forma combinada para o estabelecimento de novas intervenções coordenadas e abrangentes que objetivem afetar positivamente SST e bem-estar			
	1.d) Os dados relativos à saúde dos trabalhadores são integrados em um sistema coordenado ou analisadas de forma combinada			
	1.e) Os relatórios dos indicadores relevantes sobre programas integrados são apresentados à alta diretoria e gerências estratégicas regularmente, com a devida			

	proteção e anonimização dos dados de trabalhadores e dependentes.			
<b>2. Prevenção e controle de perigos e exposição</b>	2.a) Existe avaliação de agentes químicos			
	2.b) Existe avaliação de agentes físicos			
	2.c) Existe avaliação de agentes biológicos			
	2.d) Existe avaliação de fatores ergonômicos			
	2.e) Existe avaliação de fatores psicossociais			
	2.f) Existem ações planejadas e cumpridas de avaliação e gestão dos perigos e riscos, assim como vigilância sobre possíveis danos à saúde dos trabalhadores			
<b>3. Suportes ambientais</b>	3.a) Existem opções acessíveis de fortalecimento do bem-estar, alimentação, áreas comuns, acesso a água, com dimensionamento de capacidade monitorado, etc.			
	3.b) Existem salas de descanso limpas e equipadas (livre de tabagismo, ruído, qualidade do ar adequada), banheiros, vestiários e salas de amamentação ou bancos de leite materno corporativo			
	3.c) Existe controle do número de ambientes com <i>Design</i> e <b>ambientes saudáveis</b> no espaço de trabalho			
	3.d) Existem ações de <i>Design</i> inclusivo e universal considerando requisitos de <b>diversidade</b> da população			
	3.e) Existe mapeamento sobre instalações físicas consideradas seguras e protegidas, com acesso seguro ao local de trabalho			

<b>4.Remuneração, atenção à saúde e benefícios</b>	4.a) Existe política salarial estabelecida e política de atualização para prevenção de perda salarial			
	4.b) A organização oferece serviços de cuidados de saúde acessíveis, abrangentes e confidenciais com geração de dados e indicadores para monitoramento			
	4.c) Existem programas de prevenção e gerenciamento de doenças crônicas com controle sobre os resultados das ações			
	4.d) Existem programas de aprendizado contínuo, treinamento e oportunidades de requalificação profissional mensuráveis			
	4.e) A organização oferta seguros para invalidez, incapacidade de curto e longo prazo			
	4.f) Existem programas de prevenção ao uso de drogas e outras dependências químicas			
	4.g) A equidade remuneratória é monitorada, possibilitando avaliações de desempenho e promoções baseadas em critérios controláveis			
	4.h) Os contratos de trabalho estabelecem remunerações mínimas garantidas			
	4.i) As folgas remuneradas (doença, férias, cuidado parental) são monitoradas			
	4.j) Existe política de prevenção de mudança de custos em saúde para trabalhadores, com o compartilhamento de custos entre a organização e os beneficiários			
	4.k) Existem planejamento e benefícios estipulados para aposentadoria			

	4.l) Existem programas ou iniciativas de estímulo à vida saudável ( <i>work-life balance</i> ) com registro de resultados			
<b>5. Liderança saudável</b>	5.a) Existem ações pensadas para criar um ambiente colaborativo e participativo			
	5.b) Existem ações orientadas para estimular a responsabilidade social corporativa			
	5.c) A tomada de decisão por parte de líderes leva em consideração a responsabilidade dos mesmos sobre a integridade dos trabalhadores			
	5.d) Existe uma cultura de suporte de gerentes, supervisores e executivos à temática			
	5.e) Existem treinamentos orientados a líderes para o tema de SST e bem-estar			
	5.f) Existem práticas de reconhecimento, apreciação e respeito aos trabalhadores			
<b>6. Organização do trabalho</b>	6.a) Existem controles sobre os intervalos praticados			
	6.b) A organização oferece os recursos necessários para as atividades dos trabalhadores			
	6.c) Existem ações de prevenção sobre fadiga, <i>burnout</i> , solidão e prevenção de estresse			
	6.d) São devidamente dimensionadas metas que respeitem qualidade e carga de trabalho			
	6.e) As atividades são pensadas de forma que o trabalho seja significativo e envolvente/ engajamento no trabalho			

	6.f) São monitorados fatores que afetem a segurança pessoal			
	6.g) Existem ações e medidores que previnam a intensificação da carga de trabalho			
	6.h) Existem registros de flexibilidade da jornada de trabalho			
	6.i) Existe gestão da hora extra			
	7.a) Existem práticas de eliminação de <i>bullying</i> , violência, assédio e discriminação			
	7.b) Existem ações para estimular a equidade de oportunidades de emprego			
	7.c) Há registros das licenças médica e familiar			
	7.d) Existem ações de sustentabilidade em recursos humanos e naturais			
	7.e) Existe política de privacidade das informações pessoais			
	7.f) Existe monitoramento criterioso dos trabalhadores e práticas de biomonitoramento			
	7.g) Existem práticas planejadas de otimização das funções e atenção ao retorno ao trabalho			
	7.h) Existem ações de prevenção de práticas estressantes de monitoramento de trabalho			
	7.i) Existem acomodações adequadas para o repouso interjornada			
	7.j) Existem práticas de relatórios transparentes a gestores e grupos de trabalhadores			
<b>7. Políticas corporativas</b>				

	7.k) Existem ações de proteção de denunciantes			
	7.l) Existem ações com foco no bem-estar do trabalhador, com dados monitorados			
	7.m) Existem programas de reabilitação suportados no local de trabalho, com dados monitorados			
<b>8. Tecnologias aplicadas/ Gestão da informação</b>	8.a) Existe acesso à informação e decisões baseadas em dados			
	8.b) Existem estudos sobre os sistemas utilizados, necessidades, melhorias, inovações e aquisições planejadas			
	8.c) São adotados sistemas com inteligência artificial			
	8.d) São utilizados mecanismos de robótica em benefício aos trabalhadores			
	8.e) São utilizados sensores em ações preventivas			
<b>9. Modelos de trabalho</b>	9.a) São controladas as rotinas de contratação e subcontratação			
	9.b) São monitoradas as contratações por RPA			
	9.c) São controladas as práticas de globalização e iniciativas multinacionais com a avaliação do impacto sobre SST e bem-estar			
	9.d) São monitoradas as situações de dupla jornada			
	9.e) Existem controles sobre situações não regulamentadas para mitigação do risco			
	9.f) As reestruturações organizacionais, redução de tamanho e fusões consideram o impacto sobre SST e bem-estar			
	9.g) São adotadas medidas de prevenção da precarização do			

	trabalho, inclusive com terceiros			
	9.h) São controlados os documentos legais de SST de empregadores de pequeno e médio porte			
	9.i) São monitoradas as ocorrências de empregos temporários			
	9.j) São observados os impactos sobre o desemprego e subemprego das escolhas organizacionais			
	9.k) As atividades em <i>home office</i> ou trabalho virtual são monitoradas quanto ao riscos			
<b>10. Demografia da força de trabalho</b>	10.a) Existem ações monitoradas com foco em diversidade e inclusão			
	10.b) Existe planejamento para equidade multigeracional			
	10.c) Existem ações com foco no envelhecimento produtivo ao longo de toda a vida (valorização de gerações)			
	10.d) Existem práticas de proteção para trabalhadores vulneráveis			
	10.e) Existem ações para inclusão de trabalhadores com deficiência, acolhimento e sensibilização de equipes			
<b>11. Comunicação em saúde</b>	11.a) Existe acesso e disponibilização de conteúdos e informações, incluindo resultados de programas			
	11.b) As informações geradas suportam ações de comunicação aos trabalhadores e líderes em campanhas ou datas comemorativas de forma a aumentar o conhecimento da população assistida pelas ações da instituição			

	11.c) Existem planejamento e execução de ações da comunicação para formação da cultura em saúde			
<b>12. Gestão orçamentária de pessoas</b>	12.a) Existem ações monitoradas de análise e viabilidade de execução orçamentária			
	12.b) O tema de gestão integrada é analisado no planejamento orçamentário			
	São controladas informações com foco na sustentabilidade econômica dos programas voltados para SST e bem-estar			
Pontuação Geral				

Fonte: Autores (2020).

Para constante atualização, as organizações devem estar atentas aos indicadores sugeridos pelos órgãos de controle, como os ministérios governamentais, e agências reguladoras, por exemplo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso facilitará o *benchmarking* com outras entidades, da mesma forma que controles espelhados nas recomendações internacionais podem possibilitar a troca e a comparação de experiências com entidades de referência mundial. Controles que se mostrem obsoletos ou sem contribuição para a gestão da informação também podem ser descontinuados para reduzir o desperdício de trabalho e o volume de dados tratados que não agreguem na melhoria das condições de trabalho e saúde da população estudada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa se mostrou pertinente ao ambiente de estudo, tendo sido aceita por todos os dirigentes, lideranças e trabalhadores com os quais tivemos contato. O método de exploração pela escuta dos líderes, provocando a sensibilização aos temas abordados, e pela escuta dos trabalhadores e gestores por meio dos grupos focais demonstrou ser capaz de obter a construção de um processo de abertura para o tema da gestão integrada em saúde do trabalhador na entidade, considerando a prontidão dos participantes, o suporte dos especialistas, o interesse reconhecido na realização da pesquisa com a universidade e o grau de engajamento nos trabalhos dos grupos. Essa abertura reflexiva para as abordagens integradas revela-se como uma contribuição da exploração da pesquisa.

Em todas as escutas dos líderes, estes se penalizavam repetidamente por não terem a condição de proporcionar um plano de saúde adequado ao orçamento da maioria dos trabalhadores e de suas famílias e continuam buscando desenvolver as iniciativas para implementar uma solução ao problema. Entretanto, verificou-se, com o estudo, que há muito a ser feito pelo bem-estar e saúde das pessoas por meio de iniciativas e investimentos que talvez estejam mais ao alcance no atual cenário de sustentabilidade econômica financeira de uma entidade filantrópica de grande porte. A pesquisa contribuiu com um segundo aspecto ao evidenciar as prioridades de adequação da cultura gerencial, demonstrando uma lacuna importante a ser mais explorada, ampliando o engajamento de líderes com a saúde e a segurança no trabalho, assim como com o bem-estar, melhorando a percepção de solidariedade com os trabalhadores no cotidiano das relações de trabalho.

Essa ampliação de comprometimento dos líderes de todos os níveis da organização com os temas de saúde passa pela evolução do processo de gestão da informação, com a apropriação de indicadores de Segurança, Saúde e Bem-estar nos *dashboards* e monitoramentos sistemáticos em reuniões. Compreender a necessidade de desenvolvimento das informações relevantes para a gestão integrada é um terceiro aspecto evidenciado com essa exploração científica, os achados demonstraram a necessidade de investimento nos processos de coleta, tratamento e gestão de informação. Há, ainda, o envolvimento efetivo dos líderes em comitês de saúde e segurança, o que pode ser um meio de dar ciência e comprometê-los com as soluções necessárias reconhecidas, de forma a contribuir junto à direção com a

criação de condições para viabilizá-las. Isso perpassa a qualificação do sistema de geração de dados, a produção de informação e a sistematização de monitoramentos preventivos, cada vez menos reativos, utilizando-se de tecnologias preditivas para qualificar processos, serviços e rotinas de trabalho. Estes, por seu turno, poderão colaborar para a melhora das condições assistenciais por meio de redução do absenteísmo, diminuição do *turnover*, garantia de cumprimento das escalas, retenção de talentos, dentre outros impactos indiretos da valorização do quadro funcional.

O modelo de inovação experimentado pela organização estudada no período de desdobramento desta pesquisa pode ser um importante celeiro de mudanças e implementação de tecnologias que contribuam para a saúde dos colaboradores. É importante que os objetivos estratégicos, as diretrizes e os planos de ação das organizações reflitam a relevância do processo de Segurança e Saúde no Trabalho e Bem-estar para que novas práticas sejam priorizadas e que o tema em alta na pauta fortaleça a cultura de todos que conduzem a entidade e de todos aqueles que atuam nos processos da área-meio e da área-fim. É preciso que, cada novo projeto ou tecnologia seja incorporado avaliando-se sempre seu impacto sobre a saúde dos colaboradores, além da saúde e segurança dos pacientes nos ambientes hospitalares, para isso os especialistas no tema devem sempre compor as equipes de trabalho em inovação e planejamento de projetos.

Um quarto item de destaque da pesquisa foi a evidência de vinculação dos fatores psicossociais, pois esses se revelaram significativos e muito relacionados ao processo de prevenção de estresse, fadiga e intensificação do trabalho. Devem, assim, ser pauta prioritária articulada com estratégias de avaliação de riscos psicossociais por meio de Análises Ergonômicas do Trabalho e pesquisas de clima organizacional, bem como de métodos de avaliação de lideranças e das relações de trabalho com líderes e pares. Podem ser necessárias estratégias administrativas de adequação da força de trabalho e de gestão de escalas que possibilitem um equilíbrio de carga de trabalho e banco de horas, gerando outras compensações percebidas pelos trabalhadores como pertinentes, conforme os resultados observados.

O plano assistencial de saúde foi o quarto item em volume de referências, mas isso não o torna menos relevante. Isso porque as participações demonstraram que a não oferta desse benefício possivelmente impacte na elevação do *turnover* e no conflito moral de atender em uma organização de saúde mesmo não podendo usufruir de serviços de igual qualidade e sendo exigido uma entrega aos clientes que não é

ofertada àqueles que a executam. Além disso, pode restringir o acesso ao monitoramento dos indicadores de saúde, às práticas preventivas e à gestão da saúde e bem-estar da população trabalhadora.

Como a quinta contribuição relevante desse estudo, entende-se que a pesquisa comprovou que questões como tecnologias da gestão da informação, comunicação em saúde e gestão orçamentária devem ser consideradas na avaliação de abordagens integradas de gestão em saúde. São fatores transversais em diversas iniciativas das entidades quando envolvem a gestão em saúde de seus trabalhadores. Podem ser igualmente reconhecidas como impulsionadoras para a adequação de programas vigentes ou para a adoção de novas iniciativas, ampliando a capacidade de gestão de resultados, o alcance das ações e o mapeamento dos retornos econômicos.

Em relação ao potencial financeiro de investimento em gestão de pessoas, é recomendável que as empresas estabeleçam parâmetros de investimento nos planejamentos orçamentários, incluam incrementos para além da inflação no período, de modo a atender aos objetivos, e, caso seja preciso, destinem dotação orçamentária restrita exclusivamente para iniciativas que tragam frutos aos processos de gestão de pessoas. É adequado concluir que iniciativas integradas de gestão em saúde com processos voltados ao bem-estar, segurança e saúde no trabalho podem ser apropriadas para organizações complexas, com ambientes físicos e processos diversos, desde que haja abertura e prontidão de decisores para desdobrar os fluxos de ações como as detalhadas nesta metodologia exploratória.

Como limitações desta pesquisa, é importante considerar que não exploramos, de forma presencial, detalhada e técnica, os sistemas de informação em uso pela entidade. Não foram analisados em sistema os indicadores descritos no estudo, o que pode ser oportuno na exploração de outras pesquisas dessa natureza.

O tema de gestão integrada em saúde no trabalho ainda é novo no meio de gestão de pessoas e, por vezes, pode parecer ousado e complexo para dirigentes e lideranças. Isso exige de pesquisadores, no desenvolvimento de suas ações de campo em estudos dessa natureza, um processo de sensibilização dos participantes para o assunto proposto, por às vezes parecer inatingível e utópico devido às prioridades da área de gestão de pessoas, como prover um plano de saúde a todos os profissionais da organização. Entretanto, com abertura para reflexão e análise entre lideranças e trabalhadores, emergem diversos fatores que podem carecer de

atenção e gestão para que fortaleçam as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Como oportunidades para trabalhos futuros, o que se mostra evidente é a experimentação de testagem dos modelos de gestão da informação em saúde adotados pelas diferentes organizações que se propõem a aplicar metodologias gestão integrada. Estudos de retorno econômico e impacto sobre o *turnover* diante de investimento em segurança, saúde e bem-estar, além de análises de impacto e valor percebido de inovações e sistemas de informação sobre os processos de trabalho e saúde dos profissionais da entidade. Não sendo o processo-fim da organização, muitas vezes o tema de saúde dos trabalhadores fica em condição secundária no *ranking* de prioridades do negócio, mas o controle de retorno do investimento e valor percebido pode ressaltar os ganhos e manter a priorização do investimento assertivo em ações planejadas, assim como decisões administrativas, desde que se garanta o cumprimento legal preconizado por normas e decretos que regulam o exercício do trabalho.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/Publica%C3%A7%C3%A3o\\_Laborat%C3%B3rio\\_de\\_Inova%C3%A7%C3%B5es\\_em\\_APS.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Publica%C3%A7%C3%A3o_Laborat%C3%B3rio_de_Inova%C3%A7%C3%B5es_em_APS.pdf)>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

ANGER, W. Kent et al. Effectiveness of total worker health interventions. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, DC, v. 20, n. 2, p. 226-247, 2015.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELFIORE, Patrizia et al. New social media for health promotion management: a statistical analysis. **Soft Computing**, Germany, p. 1-10, 2020.

BRASIL. Decreto n.º 1.254, de 29 de setembro de 1994. Promulga a Convenção número 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 set. 1994.

BRASIL. Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf)>.

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Redação dada pela Lei n.º 13.853, de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jul. 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm)>.

BROWN, Rebecca C. H. Resisting moralisation in health promotion. **Ethical Theory and Moral Practice**, v. 21, n. 4, p. 997-1011, 2018.

CASPI, Caitlin Eicher et al. Results of a pilot intervention to improve health and safety for healthcare workers. **Journal of occupational and environmental medicine**, Philadelphia, v. 55, n. 12, p. 1449-1455, 2013.

CHEN, Chen; ZHAO, Bin. Makeshift hospitals for COVID-19 patients: where health-care workers and patients need sufficient ventilation for more protection. **Journal of Hospital Infection**, v. 105, n. 1, p. 98-99, maio 2020.

CHOSEWOOD, L. Casey. Introdução à *Total Worker Health*<sup>®</sup> para Segurança, Saúde e Bem-estar dos Trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, supl., p. 1-44, 2018.

COMISSÃO TRIPARTITE DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO (CT-SST). **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Brasília: CT-SST, 2012. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador/politicas-de-prevencao/o-plano-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-plansat/>>.

CRANE, Melanie et al. Evaluation of Get Healthy at Work, a state-wide workplace health promotion program in Australia. **BMC public health**, v. 19, n. 183, p. 1-14, 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LACERDA, Daniel P.; RODRIGUES, Luis Henrique. Paradigmas construtivos dos sistemas de indicadores. **ANDRADE, AURÉLIO L.:(orgs.). Pensamento Sistêmico: caderno de campo: O desafio da mudança sustentada nas organizações e na sociedade**. Porto Alegre, Bookman, 2006.

DA SILVA, Sabrina Letícia Couto; AMARAL, Fernando Gonçalves. Critical factors of success and barriers to the implementation of occupational health and safety management systems: a systematic review of literature. **Safety science**, v. 117, p. 123-132, 2019.

DENNERLEIN, Jack T. et al. Lifting and exertion injuries decrease after implementation of an integrated hospital-wide safe patient handling and mobilisation programme. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 74, n. 5, p. 336-343, 2017.

DOS SANTOS, Natasha Cordeiro et al. Tecnologias aplicadas à promoção da saúde do trabalhador: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 15, n. 1, p. 113-122, 2017.

EDINGTON, Dee W. et al. The future of health promotion in the 21st century: a focus on the working population. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 10, n. 4, p. 242-252, 2016.

ELBANNA, Said. Strategic decision-making: process perspectives. **International Journal of Management Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2006.

FABIUS, Raymond et al. Tracking the market performance of companies that integrate a culture of health and safety: an assessment of corporate health achievement award applicants. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 1, p. 3-8, 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FERNANDO, Mahesh et al. Personal health records as sources of productivity evidence. In: IEEE INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMMUNICATIONS (ICC), Kuala Lumpur, 2016. **Proceedings**. Kuala Lumpur: IEEE, 2016. p. 1-6.

GOLDBERG, Linn et al. Healthy team healthy U: a prospective validation of an evidence-based worksite health promotion and wellness platform. **Frontiers in public health**, v. 3, n. 188, p. 1-12, 2015.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães et al. Adaptação transcultural para o português do Brasil do Dimensions of Corporate Safety Scorecard. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, n. 2, p. 204-217, 2018.

JIMENEZ, Paulino; BREGENZER, Anita. Integration of eHealth tools in the process of workplace health promotion: proposal for design and implementation. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 2, e65, p. 1-14, 2018.

KIM, Seung-Sup et al. Association between perceived inadequate staffing and musculoskeletal pain among hospital patient care workers. **International archives of occupational and environmental health**, v. 87, n. 3, p. 323-330, 2013.

LEE, Mikyung et al. Mobile app-based health promotion programs: a systematic review of the literature. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 12, p. 1-13, 2018.

MACIEL, Roberto Rodrigues Bandeira Tosta et al. Development of an e-health education program at the workplace using formative research – Technologies for improving quality of life. **Evaluation and program planning**, v. 73, p. 129-137, 2019.

MAGNAVITA, Nicola. Obstacles and future prospects: considerations on health promotion activities for older Workers in Europe. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 6, p. 1-14, 2018.

MAIMONE, Rosa et al. PerKApp: a general purpose persuasion architecture for healthy lifestyles. **Journal of biomedical informatics**, v. 82, p. 70-87, 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MASSUDA JUNIOR, João et al. Adaptação transcultural para o português do Brasil do Dimensions of Corporate Well-Being Scorecard. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, n.4, p. 466-481, 2018.

MCLELLAN, Deborah et al. **Implementing an Integrated Approach: Weaving Employee Health, Safety, and Well-Being into the Fabric of Your Organization.** Harvard T.H. Chan School of Public Health Center for Work, Health, and Well-being, 2017. Disponível em: <[http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/10.12.17\\_Guidelines\\_Screen\\_post.pdf](http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/10.12.17_Guidelines_Screen_post.pdf)>.

MCLELLAN, Deborah et al. **Safewell practice guidelines: an integrated approach to worker health.** Version 2.0. Boston: Harvard School of Public Health Center for Work, Health and Well-being, 2012. Disponível em: <[http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell\\_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines\\_Complete.pdf](http://centerforworkhealth.sph.harvard.edu/sites/default/files/safewell_guidelines/SafeWellPracticeGuidelines_Complete.pdf)>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método, criatividade.** 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA (ME). Portaria SEPRT n.º 915, de 30 jul. 2019. NR 5 – Norma Regulamentadora da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2019. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-05.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-05.pdf)>.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA (ME). Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2019. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-32.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-32.pdf)>.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA (ME). Portaria SEPRT n.º 915, de 30 de julho de 2019. NR 35 – Trabalho em Altura. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2019. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-35.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-35.pdf)>.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA (ME). Portarias SEPRT n.º 1.358 e 1.359, de 09 de dezembro de 2019. NR 9 – Norma Regulamentadora/Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 2019. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-09-atualizada-2019.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-09-atualizada-2019.pdf)>.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA (ME). Portaria SEPRT n.º 6.730, de 09 de março de 2020. NR 1 – Norma Regulamentadora – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 mar. 2020. Disponível em:

<[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-01-atualizada-2020.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-01-atualizada-2020.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Resolução n.º 46, de 29 de agosto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 2019. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-46-de-29-de-agosto-de-2019-221309239>>.

MINISTÉRIO DO TRABALHO (MT). **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17**. 2 ed. Brasília: MTE, SIT, 2002. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_Publicacao\\_e\\_Manual/CGNOR---MANUAL-DE-APLICAO-DA-NR-17.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_Publicacao_e_Manual/CGNOR---MANUAL-DE-APLICAO-DA-NR-17.pdf)>.

MINISTÉRIO DO TRABALHO (MT). **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2004. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_seguranca\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf)>

MINISTÉRIO DO TRABALHO (MT). Portaria n.º 876, de 24 de outubro de 2018. NR 17 – Ergonomia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 out. 2018. Disponível em: <[https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos\\_SST/SST\\_NR/NR-17.pdf](https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-17.pdf)>.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO (MPT). **Agenda Estratégica da PRT da 4ª Região**: 2019-2020. Disponível em: <[http://www.prt4.mpt.mp.br/images/Ascom/2019/Agenda\\_Estrategica\\_Regional\\_bienio\\_2019\\_2020.pdf](http://www.prt4.mpt.mp.br/images/Ascom/2019/Agenda_Estrategica_Regional_bienio_2019_2020.pdf)>.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Fundamentals of Total Worker Health® approaches**: essential elements for advancing worker safety, health, and well-being. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, 2016. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017\\_112.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2017112](https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2017112)>.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Priority Areas and Emerging Issues**. 7 jan. 2020. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/niosh/twh/priority.html#anchor\\_1578410183952](https://www.cdc.gov/niosh/twh/priority.html#anchor_1578410183952)>.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **The Hierarchy of Controls Applied to Total Worker Health**. 13 jan. 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>>.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). **SOLVE**: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo: guía del formador. Ginebra: OIT, 2012.

OLIVEIRA, Fernando Faleiros de et al. Adaptação transcultural para o português brasileiro do instrumento Indicators of Integration Scorecard. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 17, n. 2, p. 228-238, 2019.

PLUMMER-D'AMATO, P. Focus group methodology Part 1: Considerations for design. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 69–73, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijtr.2008.15.2.28189>.

PRONK, Nicolaas P. Integrated worker health protection and promotion programs: overview and perspectives on health and economic outcomes. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 55, n. 12 0, p. S30-S37, 2013.

QSR International. **NVIVO**. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/nvivo-portuguese>>.

SCHILL, Anita L.; CHOSEWOOD, Lewis Casey. The NIOSH Total Worker Health™ Program: an Overview. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, v. 55, p. S8-S11, dez. 2013. Disponível em: <[http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2013/12001/The\\_NIOSH\\_Total\\_Worker\\_Health\\_Program\\_\\_An.2.aspx](http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2013/12001/The_NIOSH_Total_Worker_Health_Program__An.2.aspx)>.

SCHWARTZ, Jonathan; KING, Chwan-Chuen; YEN, Muh-Yong. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak—Lessons from Taiwan's SARS response. **Clinical Infectious Diseases**, ciaa255, p. 1-3, 2020.

SENDALL, Marguerite C. et al. Using Facebook for health promotion in “hard-to-reach” truck drivers: qualitative analysis. **Journal of medical Internet research**, v. 20, n. 11, e286, p. 1-11, 2018.

SHRIMPTON, Bradley et al. Health care decision-making-A focus group study involving health professionals and the general public. **Qualitative Research Journal**, v. 8, n. 2, p. 43-58, 2008.

SMARTLAB. **Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho – SmartLab de Trabalho Decente MPT - OIT**. 2020. Disponível em: <<https://smartlabbr.org/saibamais/smartlab>>.

SORENSEN, Glorian et al. Implementing an integrated health protection/health promotion intervention in the hospital setting: lessons learned from the Be Well, Work Well study. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 2, p. 185-194, 2016.

SORENSEN, Glorian et al. Integrating worksite health protection and health promotion: A conceptual model for intervention and research. **Preventive Medicine**, v. 91, p. 188-196, 2016.

SORENSEN, Glorian et al. Integration of health protection and health promotion: rationale, indicators, and metrics. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 55, n. 12 0, p. S12-S18, 2013.

SORENSEN, Glorian et al. Measuring Best Practices for Workplace Safety, Health, and Well-Being. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 60, n. 5, p. 430-439, 2018.

SPOOK, Sander Mathijn et al. Implementing sensor technology applications for workplace health promotion: a needs assessment among workers with physically demanding work. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

TAMERS, Sara L. et al. Total Worker Health® 2014–2018: the novel approach to worker safety, health, and well-being evolves. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 3, p. 1-19, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Healthy workplaces**: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44307>>.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## ANEXO A – Parecer de aprovação no CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As Contribuições da Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo Hospitalar

**Pesquisador:** Marcelo Schenk de Azambuja

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09701919.7.0000.5335

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.252.625

#### Apresentação do Projeto:

Organizações que investem em saúde dos trabalhadores atendendo às obrigações legais, associando suas ações em programas de promoção da saúde podem potencializar sua competitividade e sucesso, com melhores taxas de retenção de funcionários. As organizações que internalizam processos integrados em saúde reduzem afastamentos, incapacidades para o trabalho, atenuam custos com saúde e com a alta rotatividade, assim como obtêm impacto sobre a qualidade dos produtos e serviços. A gestão da informação em saúde passa a ser um processo prioritário para que as ações e os investimentos possam ser adequadamente direcionados, buscando maior retorno na implementação dos programas. Para que ocorra integração das iniciativas em saúde do trabalhador, ampliando os resultados das ações, é preciso domínio de informações. Desde o planejamento estratégico, incluindo a priorização orçamentária até a execução no cronograma das ações a tomada de decisão receba subsídios com as contribuições das informações em saúde da população em questão. Assim, essas iniciativas de saúde devem ser suportadas pela gestão integrada de dados entre departamentos, pela coordenação, gerenciamento e análise das informações em toda a organização.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** O objetivo desta pesquisa é estudar as contribuições da gestão da informação em processos de integração de programas em saúde no trabalho, relacionados à promoção da

Continuação do Parecer: 3.252.625

saúde, aliados ao exercício dos programas de cunho legal da segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar.

Objetivo Secundário:- Mapear as variáveis e indicadores quantificáveis relacionados aos programas legais de saúde e às iniciativas de promoção da saúde, que suportem a gestão integrada de programas de saúde dos trabalhadores, baseados na metodologia Total Worker Health TM;- Identificar o processo de geração de informação e integração de sistemas de dados necessários para suportar a implementação de abordagens integradas em saúde do trabalhador;- Construir uma matriz para especificação de requisitos em sistemas de informação em saúde e segurança no trabalho, que possibilite a adequada priorização de iniciativas e tomada de decisão, tendo como subsídio a gestão da informação em saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:Na forma como se estabelece a metodologia na qual se baseia essa pesquisa, não há obrigatoriedade legal de execução por parte da entidade alvo de estudo, ou seja, não atender a alguns itens avaliados, ou não possuir determinados dados em sistema informatizado não implica em penalidades legais. A pesquisa não buscará auditar ou inspecionar o cumprimento da legislação pertinente à atividade econômica, nem fará menção aos itens descumpridos caso sejam apontados, o alvo do estudo se concentrará em uma modelagem ampliada de integração estratégica de programas e projetos já desenvolvidos pela entidade e, seu potencial de articulação e integração na gestão da informação e sistemas de que a suportam é o ponto crítico a ser pesquisado. A pesquisa não tem como objetivo avaliar a qualidade dos dados existentes, assim como seu teor, apenas o acesso à tomada de decisão e a contribuição do sistema de gestão de informação de forma a suportar iniciativas de gestão integrada em saúde. Essa pesquisa tem riscos mínimos aos sujeitos entrevistados podendo ocorrer algum constrangimento durante a participação. Será respeitado o seu interesse e desejo na participação ou não no estudo. Quanto ao serviço de saúde e ao entrevistado será preservada a privacidade de ambos. Os participantes serão instruídos sobre os riscos e poderão aceitar ou não a participação. Cabe ainda informar que o presente projeto foi submetido à banca de qualificação no PPG-TIGSaúde em 13 de dezembro de 2018, recebendo aprovação sem ressalvas da banca avaliadora.

Benefícios:No Brasil, são poucas as entidades hospitalares reconhecidas por processos estruturados de gestão integrada em saúde de seus trabalhadores. Ao iniciar essa ação envolvendo diretoria, lideranças e trabalhadores e munindo a todos com conhecimentos e métodos reconhecidos, a entidade se beneficia ao desencadear a transformação de cultura integrada em saúde. Beneficia também a construção de especificações futuras para gestão da informação e



Continuação do Parecer: 3.252.625

sistemas que a suportam para que atendam aos objetivos estratégicos relacionados à gestão de pessoas. De um modo geral, aumentar a efetividade da integração nas abordagens de Promoção da Saúde às políticas de Segurança e Saúde no Trabalho (SST), por meio do uso assertivo do conhecimento em saúde, pode possibilitar maior competitividade para as organizações e melhores condições de trabalho e bem estar aos trabalhadores, evitando afastamentos e acidentes de trabalho, diminuindo assim o custo social de forma sistêmica. Considerar o uso racional de recursos na priorização de investimentos em segurança e saúde no ambiente de trabalho, nos temas mais impactantes na população alvo, por meio de construções participativas e pautadas em dados e informações consistentes, possibilitará ainda a ampliação de engajamento dos trabalhadores assistidos por programas integrados de saúde, contribuindo para a redução do adoecimento, afastamentos e acidentes (ANGER,2015).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se justifica na medida em que objetiva identificar a contribuição da gestão da informação em saúde para o processo de integração de programas em promoção da saúde e segurança e saúde no trabalho, explorando as necessidades do complexo hospitalar quanto à gestão da informação sobre programas e serviços em saúde do trabalhador, identificando variáveis e indicadores e sua disponibilidade em sistemas informatizados, os quais poderão suportar essas iniciativas de integração em saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados e adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa encontra-se de acordo com a Norma vigente Resolução 466/12 para pesquisa em seres humanos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos [ ] Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).



Continuação do Parecer: 3.252.625

2 – Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1274634.pdf	15/03/2019 13:46:56		Aceito
Outros	certificado_TWH_Harvard_Ivon_Maisonave.pdf	15/03/2019 13:37:43	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
Outros	certificado_2015TWH_Harvard_Ivon_Maisonave.pdf	15/03/2019 13:37:14	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
Outros	certificado_CIF_OIT_formadoresemSOLVE_Ivon.pdf	15/03/2019 13:34:25	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
Outros	certificado_CIF_OIT_GESTAOSST_Ivon.pdf	15/03/2019 13:33:38	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
Outros	FORM_CADASTRO_CEP_ISCMPA_IVON.pdf	15/03/2019 13:32:07	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DECLAR_AUTORIZA_CHEFIA_RESP_IVON.pdf	15/03/2019 13:29:54	Ivon Gretel Winkler Maisonave	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_liderancas_ivon.pdf	14/03/2019 14:39:40	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_grupos_focais_ivon.pdf	14/03/2019 14:38:57	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ivon.pdf	14/03/2019 14:32:58	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	CERTIDAO_TITULO_ESPECIALISTA_IVON.pdf	14/03/2019 14:31:30	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	CERTIDAO_CRFARS_IVON_MAISONNAVE.pdf	14/03/2019 14:30:02	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comp_ivon_M.pdf	14/03/2019 14:27:50	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Outros	demo_cronograma_ivon.pdf	14/03/2019 14:23:47	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Orçamento	Orcamento_ivon.pdf	14/03/2019 14:21:33	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito
Cronograma	cronograma_ivon.pdf	14/03/2019 14:20:59	Marcelo Schenk de Azambuja	Aceito



Continuação do Parecer: 3.252.625

Declaração de Pesquisadores	DECLAR_UTILIZACAO_DADOS_PRONTUARIOS_PROJ_PESQ_IVON_MAISONNAVE.pdf	13/03/2019 22:51:44	Ivon Gretel Winkler Maisonnavé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLAR_ISENCAO_ONUS_INSTITUICAO_PROJ_PESQ_IVON_MAISONNAVE.pdf	13/03/2019 22:51:19	Ivon Gretel Winkler Maisonnavé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLAR_CONFIDENCIALIDADE_SUJEITO_NO_ESTUDO_IVON_MAISONNAVE.pdf	13/03/2019 22:50:43	Ivon Gretel Winkler Maisonnavé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	1531400518_TERMO_SANTA_CASA_IVON_MAISONNAVE_UFCSPA.pdf	12/03/2019 17:57:25	Ivon Gretel Winkler Maisonnavé	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Claudio Marcel Berdún Stadnik**  
**(Coordenador(a))**

## **ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Nome do Estudo: **“As Contribuições da Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo Hospitalar.” Versão 1 de janeiro de 2019.**

Situação do Conhecimento Atual: Instituições hospitalares consideradas de natureza complexa pela sua essência, pela diversidade de serviços e de profissionais atuantes, requerem a integração de dados de saúde de seus trabalhadores e análise sistêmica das prioridades de investimento em saúde da população trabalhadora. Este estudo contribuirá para o desenvolvimento de programas em segurança e saúde no trabalho, assim como de promoção de saúde de seus trabalhadores, cada vez mais integrados. Para tal, é necessário que se façam estudos sobre a condição de dados e informações que as lideranças detêm para a tomada de decisão e o quanto devem ser priorizados determinados investimentos e ações que potencializem a saúde e bem-estar dos profissionais atuantes em sua estrutura.

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar do projeto “As Contribuições da Gestão da Informação em Processos de Integração de Programas de Promoção da Saúde e de Segurança e Saúde no Trabalho em um Complexo Hospitalar”, da linha de pesquisa Gestão da Informação e do Conhecimento em Saúde. Sua colaboração será de muita importância para os serviços em saúde. O participante da pesquisa fica ciente de que:

I) Esta pesquisa tem como objetivo estudar as contribuições da gestão da informação em processos de integração de programas em saúde no trabalho, relacionados à promoção da saúde, aliados ao exercício dos programas de cunho legal da segurança e saúde no trabalho em um complexo hospitalar. O estudo justifica-se pela demanda atual de diversas organizações de potencializar os resultados de seus programas de saúde, na área de gestão de pessoas, com o objetivo de proporcionar segurança, saúde e bem-estar aos trabalhadores. A pesquisa trará o conhecimento da realidade e necessidades desses serviços quanto à priorização de programas e projetos e de que forma a gestão da informação atual e futura poderá suportar essas iniciativas;

II) A coleta envolverá a participação de funcionários líderes e técnicos de diversas áreas de comitês e grupos técnicos e estratégicos já configurados na estrutura organizacional, como, por exemplo: Comitê Preventivo de Acidentes Perfurocortantes (Acidentes com Material Biológico), CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comitê de Radioproteção, especialistas de Saúde e Segurança no Trabalho, profissionais da área de Gestão de Pessoas, Benefícios, Parceiros de Negócio, Lideranças, Chefias e demais trabalhadores. Os participantes receberão uma palestra informativa sobre processos de integração de iniciativas em promoção da saúde às políticas e programas de segurança e saúde no trabalho, com a discussão de exemplos e modelos já existentes na literatura. Serão realizadas entrevistas individuais ou em grupos focais. Nos grupos focais, será realizada uma palestra; posteriormente os participantes serão convidados a debater em grupos o tema apresentado, considerando sua realidade na organização, os desafios percebidos em suas equipes de trabalho e potenciais alternativas para a priorização dos problemas identificados. Serão convidados ainda a identificar variáveis, como fatores complementares e indicadores

necessários para monitorar esses problemas, podendo identificar dados existentes, indicadores futuros e potenciais fontes dos mesmos;

III) A interação da pesquisadora com os grupos prevê 40 minutos para exposição em palestra, 20 minutos para perguntas e pelo menos 1h30 para a discussão dos grupos e fechamento das análises;

IV) Posteriormente às rodadas de reuniões com os comitês já constituídos de equipes, os resultados obtidos serão organizados e comparados com as gerências e especialistas da área de gestão de pessoas e com a gerência de TI para identificação de disponibilidade de informação e necessidades, possibilitando especificação futura de sistemas de informação em saúde dos trabalhadores;

V) O participante da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo em suas relações de trabalho junto às chefias e lideranças;

VI) A participação neste projeto não implica em nenhum tipo de tratamento de saúde, bem como não causará ao participante nenhum gasto com relação às etapas deste estudo;

VII) O participante não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;

VIII) Os riscos decorrentes da pesquisa são mínimos, podendo haver algum constrangimento durante a participação dos debates, o que será mediado com o suporte da pesquisadora, proporcionando a organização das interações e aproveitamento das contribuições de todos sem juízo de valor sobre elas. Os pesquisadores se responsabilizam pelos danos que eventualmente podem ser causados aos entrevistados e que estejam comprovadamente relacionados a sua participação nesta pesquisa.

IX) Todas as informações obtidas serão utilizadas somente para os objetivos deste estudo. Se, por acaso, houver algum dano COMPROVADAMENTE relativo à participação na construção coletiva dos dados coletados, o participante deverá formalizar ao pesquisador responsável e a sua chefia imediata para que a situação seja reparada. Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. As informações utilizadas para publicação não permitirão que os participantes sejam identificados individualmente. Os dados registrados em meio físico ou as gravações realizadas serão utilizados apenas pela equipe do estudo, sendo debatido com as gerências de pessoas e TI em relatórios de pesquisa sumarizados, sem a associação dos participantes e suas contribuições, de forma a não expor ou identificar os sujeitos;

X) Benefícios: O participante contribuirá para os estudos referentes ao tema, influenciando a implementação de uma cultura integrada na realização de programas e projetos em saúde do trabalhador, contribuindo para melhorar coletivamente o ambiente de trabalho e as condições de saúde e bem-estar da população trabalhadora. Conseqüentemente, a organização reduz os dias perdidos de trabalho, gastos com afastamento, acidentes e adoecimento dos trabalhadores. Assim, os recursos econômicos poderão ser revertidos em inovação e desenvolvimento de tecnologias em serviços, qualificando o ambiente de trabalho, o atendimento e, por sua vez, a satisfação inclusive do usuário final, os pacientes. Outro aspecto importante é a geração de conhecimento, artigos e outras publicações científicas;

XI) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo sigilo dos dados pessoais e dos serviços hospitalares participantes;

XII) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do pesquisador; também constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante da pesquisa;

XIII) Caso o participante da pesquisa desejar, o pesquisador responsável enviará por correio eletrônico os resultados da pesquisa.

Nome: \_\_\_\_\_

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

O e-mail é: \_\_\_\_\_

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: Ivon Gretel Winkler Maisonnave

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Responsável pela Pesquisa: Prof. Dr. Marcelo Schenk de Azambuja (orientador) - UFCSPA  
Rua Sarmiento Leite, 245 - Sala 400a Fone: +55.51.3303.8871

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Contato do pesquisador: Ivon Gretel Winkler Maisonnave – (51) 993554275  
ivon@ufcspa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA CEP/UFCSPA - Fone: #55 51-3303-8804

Rua Sarmiento Leite, 245 – CEP 90050-170 - Porto Alegre- RS

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com lideranças

**Data:**

**Local:**

**Nome do entrevistador:**

**Nome do entrevistado:**

**Explicação:** A estratégia de integração da segurança no trabalho e proteção da saúde com abordagens de promoção de saúde para prevenir acidentes e doenças e o avanço das condições de saúde e bem-estar, chamada de *Total Worker Health®* (TWH), um modelo norte-americano, está servindo de base para o desenvolvimento deste estudo. Abordagens sistêmicas de integração de programas possibilitam que os investimentos em promoção de saúde e o exercício dos programas legais de SST sejam otimizados, no âmbito estratégico de planejamento, quanto à priorização orçamentária e de execução. Conversaremos sobre alguns desses pontos para compreender a situação atual da organização e a condição almejada.

Questões previstas para a entrevista:

1. Como os diferentes departamentos interagem na tomada de decisão sobre o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores?
2. De que forma os dados são compartilhados nos programas de segurança do trabalho e de saúde no trabalho (medicina do trabalho)?
3. Você identifica colaboração dos comitês existentes de SST e benefícios para mudanças no planejamento, provocando ajustes e reposicionamentos?
4. Que tipo de dados e informações analíticas sobre esses programas chegam à alta administração e, se são compartilhados, com que frequência?
5. Há conhecimento das lideranças sobre quais dados são coletados e quais indicadores alimentam? Você poderia me citar alguns e quais possuem relação com o planejamento e o orçamento da entidade?
6. Quem coleta os dados? Como são armazenados e tratados esses registros?

7. Houve discussões e análises anteriores sobre inovação em tecnologia sobre esse tipo de dado armazenado em sua instituição? Poderia dar exemplos? Há algum projeto de mudança ou planejamento em andamento?
8. Algum dado do seu painel de bordo diz respeito à Promoção da Saúde e Segurança e Saúde no Trabalho?
9. O que seria necessário para integrar sistemas de dados coordenando armazenamento, gestão e análises?
10. A alta administração é envolvida na definição e priorização de iniciativas em saúde do trabalhador?
11. Você reconhece comunicações internas voltadas aos trabalhadores sobre o tema em questão?
12. Se sim, você conseguiria descrever as melhores iniciativas usadas internamente para comunicar promoção de saúde e segurança e saúde no trabalho?
13. Fale-me sobre o programa de retorno ao trabalho de profissionais afastados por doenças ou acidentes. O que você melhoraria nesse programa?
14. Enquanto liderança, de que forma você acredita que o tema deveria ser conduzido e planejado internamente na instituição?
15. A saúde e segurança dos trabalhadores está descrita na missão, visão ou objetivos do negócio?
16. Qual é a necessidade de pessoal para implementação dos programas e projetos em SST?
17. Como são definidos os recursos econômicos planejados para o setor de segurança e saúde no trabalho? O orçamento é integrado à área de benefícios ou possui destino orçamentário independente?
18. Qual é a contribuição dessa temática nos resultados financeiros da entidade apresentados? De que forma você interpreta esse impacto?

## APÊNDICE B – Roteiro de discussão nos grupos focais

**Data:**

**Local:**

**Nome do entrevistador:**

**Instruções:** Após nossa apresentação sobre o tema abordado nesta palestra, discutam nos pequenos grupos as questões apresentadas abaixo e considerem quais são os temas prioritários para controlarmos métricas e indicadores em saúde no trabalho. Registrem nos painéis de papel pardo suas contribuições, explorando todas as ideias dos grupos e posições individuais. Usem os *post-its* para explorar métricas, variáveis e indicadores de dados que deveriam ser controlados ou mensurados pela organização. Considerem os problemas que identificam no cotidiano de suas relações de trabalho. Não há necessidade de identificar nome, setor, cargo ou especialidade dos contribuintes nessa construção. Esta reunião será gravada, mas a gravação será de uso exclusivo dos pesquisadores; os participantes não serão identificados. Os registros serão agrupados e analisados posteriormente em conjunto com todas as anotações.

Elementos de integração	Como estamos agora? O que fazemos bem?	Onde queremos estar no futuro? O que precisa ser aprimorado?	Quais são as métricas, variáveis ou indicadores possíveis para monitoramento?
Integração de sistemas, informações e processos relevantes para a promoção de saúde e bem-estar			
Organização do trabalho com foco em eliminar ou reduzir riscos para SST e promoção de bem-estar			
Garantia de confidencialidade e privacidade dos trabalhadores para comunicarem situações de melhoria			
Comprometimento das lideranças e chefias em todos os níveis da organização			

## APÊNDICE C – Referências parciais obtidas durante a coleta de campo

Referências obtidas na coleta de campo que complementam os dados apresentados nos resultados e discussão serão aqui apresentados de forma a complementar a percepção sobre os itens da discussão.

### C.1 Lideranças - gerentes, supervisores e executivos solidários

*Grupo Focal 2 – Referência 3 – 3,94% cobertura*

*“Têm setores que a chefia só libera o trabalhador para fisioterapia no dia da folga e não permite que faça no dia de trabalho. Falta sensibilizar a liderança, ainda existe falta de sensibilização das lideranças para o atendimento fisioterápico do trabalhador.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 4 – 2,51% cobertura*

*“Os chefes não assumem, eles dão pressão e não assumem quando temos problemas, falta responsabilidade da chefia em assumir ou mais gente ou mais tempo para fazer o serviço.”*

*Liderança 1 – Referência 1 – 2,34% cobertura*

*“Quando ele tem um gestor, que não cuida, que não acolhe, que não se preocupa com a convivência, só com a entrega ou só com a correria do dia a dia. Então temos um desafio cultural, um desafio de modelo de gestão. É natural, a casa sempre viveu muito da escassez, vamos controlar o custo, os materiais, e têm movimentos muito claros, quando temos uma crise, todos pegam junto e fazem acontecer, então tem uma força muito positiva nessa cultura, de se preocupar com o outro, de se ajudar, existe isso da ajuda mútua, mas no dia a dia, nas situações normais, precisamos demonstrar mais isso.”*

*Liderança 3 – Referência 1 – 2,89% cobertura*

*“Quando comecei a trabalhar aqui, eu notei que as pessoas desenvolviam os trabalhos e o SESMT não se envolvia muito, era algo assim velado, acredito que da antiga gestão. Eu e o gerente da área de segurança temos um acordo. Eu peço que me fiscalizem, sem barreiras, eu vejo então que eles são bem próximos de nós. Nosso pessoal está todo equipado, estão sendo treinados, os exames são acompanhados.”*

*Liderança 4 – Referência 1 – 1,16% cobertura*

*“Tem uma máxima que diz ‘Ninguém entrega aquilo que não recebe’. Não posso querer que o meu funcionário entregue algo que para ele é desconhecido. Entregue um cuidado, uma atenção, que ninguém exercita isso com ele.”*

### C.2 Gestão da Informação

*Grupo Focal 1 – Referência 5 – 6,45% cobertura*

*“Deveria ser medido o custo da não gestão em saúde. O quanto custa o turnover. Qual o impacto financeiro do absenteísmo, deveríamos traduzir isso em números econômicos e demonstrar o custo da não gestão. Os nossos indicadores deveriam estar atrelados ao impacto econômico.”*

*Grupo Focal 2 – Referência 1 – 1,92% cobertura*

*“Não se tem um banco de dados hoje, a questão do estilo de vida, as questões psicossociais, lidando com pessoas em sofrimento.”*

*Liderança 1 – Referência 6 – 2,27% cobertura*

*“Sobre impacto no resultado, não tenho os dados, mas acredito que a temática da saúde e segurança esteja completamente relacionada ao resultado, principalmente em um hospital que tem como promessa cuidar; antes de tudo, amor pela vida. Isso traduzindo internamente tem que ser da mesma forma para o colaborador, estão diretamente relacionados ao resultado. Quanto mais a casa quiser produzir, melhor ela tem que cuidar das pessoas que trabalham aqui, seja do ponto de vista de remuneração, de benefícios, de clima de trabalho, de infraestrutura, de equipamentos e de saúde.”*

*Liderança 2 – Referência 1 – 2,44% cobertura*

*“Uma iniciativa que eu não coloquei, mas que estamos tentando viabilizar é trazer uma plataforma voltada para saúde ocupacional, qualidade de vida. Hoje nós temos um método de gestão muito manual ainda, e o objetivo é implantar essa plataforma para podermos tratar as informações de forma automatizada. É um projeto que está sendo estruturado, já foi apresentado e provavelmente nós conseguimos viabilizar nos próximos meses, esse é o TERVE junto com a Techtools Ventures.”*

*Liderança 2 – Referência 2 – 3,43% cobertura*

*“Sobre a localização dos dados, armazenamento de dados dos programas, quando são divulgados, não estão no nível estratégico. Por exemplo, nós temos uma reunião mensal das principais lideranças, o seminário de gestão, no qual o tema não é uma pauta recorrente. Em dois anos, se não me engano, tivemos uma apresentação sobre isso, porque ainda não é prioritário, hoje falamos muito de resultado econômico financeiro, resultado econômico financeiro, sabe? Esse é o tema principal e várias iniciativas é óbvio, mas ligadas à qualidade, à tecnologia, a compras, à própria gestão de pessoas, ao marketing, etc., mas ainda não é um tema que está nessa estratégia da empresa.”*

*Liderança 2 – Referência 4 – 2,94% cobertura*

*“Estamos fechando agora uma nova plataforma de gestão de pessoas, então nós vamos trocar nossa plataforma. Óbvio que com isso nós modernizaremos funcionalidades, melhora a experiência para o usuário e com uma gestão integrada. Isso vai proporcionar muitos dados, muitas informações, de gestão à vista, para tomada de decisões. É um projeto que estamos estimando para um ano e meio de implantação, esperamos ter concluído tudo, é claro que implementando em fases. Nós estamos com uma expectativa muito grande em função disso. Estamos na fase final de escolha do parceiro.”*

*Liderança 2 – Referência 5 – 2,03% cobertura*

*“Quanto à presença de indicadores no planejamento, no posicionamento do mapa estratégico, identifiquei que a saúde perde espaço. Vejo o planejamento estratégico muito mais voltado para segurança e qualidade do atendimento do paciente, o empoderamento médico assistencial, eficiência operacional, redução de custos, os direcionadores estão muito mais focados nestes que eu falei, bem no negócio.”*

*Liderança 2 – Referência 8 – 9,35% cobertura*

*“Sobre o que seria necessário para o futuro, o que vem a minha cabeça, que na verdade é uma das metas da nossa instituição e principalmente falando da TI, nós precisamos passar por um processo de transformação digital. Estamos chamando de programa de transformação digital, o nome será diferente, onde um dos principais aspectos ou principais alvos dessa transformação é primeiro a integração. Mas não somente isso, mas tendo esta migração do TASY, esta mobilidade que vamos proporcionar com a plataforma web é que*

outras plataformas também integrem a esta central, porque eu chamo de central, porque ali é de onde nascem todos os dados dos nossos pacientes, eles nascem do TASY. Junto com essa plataforma, nós temos a plataforma de gestão de pessoas, que são os dados dos colaboradores, então são dois pontos focais que passam a conversar de uma forma mais efetiva e abre outros pontos para que outras plataformas especialistas se conectem. Então, temos que buscar isso de uma forma muito forte, é esse ecossistema integrado, teremos então dados estruturados, não estruturados, sistemas especialistas, uma série de conexões que vão nos proporcionar ter a informação on-line. Hoje se fala muito em real time, mas hoje tendo informação on-line você já consegue tomar muita decisão rápida e ter acesso à informação de uma forma muito rápida. Como eu falo, que não temos limite para isso, tendo um ambiente conectado, ele está pronto para receber a internet das coisas, está pronto para receber inteligência artificial, realidade virtual, big data, analytics, robôs, RPAs, seja o que for, entendeu? Então nosso grande projeto para os próximos cinco anos é de fato entrar nessa transformação digital, não é nem entrar, é partir para cima dela, porque assim nós vamos conseguir, começar a ter literalmente o lego da vida.”

*Liderança 3 – Referência 2 – 3,76% cobertura*

“Sobre indicadores de saúde e segurança, assim como benefícios, eles não são dados estratégicos, eles não estão ligados ao mapa, por exemplo. Talvez até deversem estar para que começássemos a cruzar dados. Absenteísmo sim, mas não por áreas, acho que não descobramos nas áreas para saber as causas. O turnover sim vemos e impacta. O absenteísmo, a minha área é um processo que as pessoas se machucam muito, faltam, prolongam o afastamento, batem o ponto e sai, volta a questão do controle, mais esses dados que eu vejo.”

*Liderança 5 – Referência 1 – 7,69% cobertura*

“Sinto muito a falta de dados em relação às questões de atestados, de afastamentos. Em algumas áreas nós sabemos que o colaborador está resfriado, com pneumonia e não poderá atender na neonatologia, mas em outros ambientes, o prontuário hoje ele é do colaborador e não é informatizado, então “essa gestão é no palito”, o que é péssimo para nós. Sempre tem que se ter uma busca ativa no departamento médico para saber exatamente o que mais afastou de causas no mês. Eu não tenho essa informação, tenho que pedir, avaliar e eles têm dificuldade de produzir essa informação. Isso fica muito lá na unidade, não chega no nível do supervisor. Quando eles trazem o atestado, tentamos ver o motivo, mas estamos ainda com muitas coisas para serem feitas, em gestão de afastamentos nós somos muito ainda frágeis do ponto de vista de gestão. Acidentes evoluiu bastante, gestão de riscos tem evoluído, nós temos provocado isso até pelo modelo da horizontalização, mas na parte de saúde do colaborador ainda tem muita coisa para ser feita.”

*Liderança 6 – Referência 1 – 2,21% cobertura*

“Hoje no meu papel eu tenho me direcionado mais para essa linha do funcionário, desses comitês de prevenção que nós temos trabalhando mais. Se tu me perguntares sobre um dashboard, um infográfico, esse tipo de prática, isso não. Assim, portarias, leio alguma coisa. Não identifico indicadores ligados à segurança e saúde no trabalho que eu receba. Turnover, absenteísmo apenas.”

*Liderança 7 – Referência 1 – 3,98% cobertura*

“Houve uma desconstrução de processos da medicina e vamos ter que fazer novamente fluxogramas e recriar processos. Nos momentos de crise isso aparece mais, é época de transição com reconstrução de gestão. Isso afeta, por exemplo, a gestão do absenteísmo que estamos refazendo. Foram usadas algumas ferramentas informatizadas, alguns sistemas, mas algumas coisas eram feitas na ponta do lápis para usar um sistema que não funcionava. E algumas questões sobre sistemas ainda não estão definidas. Os dados agora

*não tinham consistência para estudos estatísticos. Estamos comprando um novo sistema que talvez em oito meses teremos solução.”*

*Liderança 7 – Referência 3 – 3,46% cobertura*

*“Mesmo com a inovação, o problema é que o pessoal está ofuscado pela questão de ter menos gente trabalhando, menos gente pesando na folha, mas isso torna a instituição tão paquidérmica como dez anos atrás. Nas áreas que estão buscando mais inovação, como controle de leitos, controle de leitos cirúrgicos, eles estão usando profissionais que foram para o exterior, um grupo de gestores para otimizar esses processos. Não estão usando só sistema, software, infraestrutura, mas estão usando cabeças.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 1,39% cobertura*

*“Agora vamos começar a usar um novo sistema e talvez consigamos, com interface bem mais amigável, reunir os dados bem mais rápido. O sistema já está aprovado, acredito que em 12 meses estejamos com sistema completamente funcionando.”*

### C.3 – Organização do Trabalho

*Grupo Focal 2 – Referência 1 – 1,72% cobertura*

*“Higienização, nutrição e rouparia – ginástica laboral está priorizada, mas eles não largam as panelas para fazer.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 1 – 2,57% cobertura*

*“Ontem eu estava com 25 pacientes e três funcionários. Não podemos premiar por ter conseguido, isso é feito para mim como líder, a instituição está exigindo demais, não é mérito.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 2 – 2,31% cobertura*

*“Se o quadro de funcionários não for aumentado, as pessoas não aproveitarão benefícios ofertados como massagem ou relaxamento, eles sabem que têm compromissos.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 3 – 2,71% cobertura*

*“Os funcionários estão estressados, cansados, temos muito afastamento por causa disso, nem intervalo eles estão fazendo, eles sabem que na volta terão que fazer tudo que não darão conta.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 4 – 4,89% cobertura*

*“Poucos funcionários para transporte, eles precisam sair da assistência para fazer o transporte, buscar medicação na farmácia em outro hospital, são 40 a 50 min na fila da farmácia para buscar uma medicação, e, enquanto isso, os outros colegas estarão cobrindo o trabalho dele, acarreta mais para o outro que fica atendendo os pacientes.”*

*Grupo Focal 4 – Referência 1 – 3,46% cobertura*

*“Sempre temos déficit na assistência, não atendemos bem, estamos sempre com a equipe reduzida, sempre treinando as pessoas.”*

*Grupo Focal 5 – Referência 1 – 3,87% cobertura*

*“As enfermeiras relatam que precisam de mais funcionários na unidade, mas a demora de abertura de vagas e reposição é muito grande, quem está sente-se sobrecarregado.”*

*Grupo Focal 5 – Referência 2 – 3,54% cobertura*

*“Como advertir funcionários que cometem falhas, quando ele está sobrecarregado, cobrindo outros colegas, isso contribui para que os acidentes aconteçam.”*

*Liderança 2 – Referência 1 – 2,29% cobertura*

*“Agora voltando para a assistência, um exemplo, tem equipe aqui mal alocada, deveria estar remanejada para outro prédio, onde ocorre um procedimento complexo, ou seja, para fazer gestão. E um passo importante para isso é a proximidade da área de TI com a área de negócios, para ajudá-los a saber pedir, porque hoje pedimos dados demais e não sabemos como tratar, a tela é linda cheia de gráficos, mas só olho e não tenho ações, isso não adianta.”*

*Liderança 5 – Referência 1 – 2,43% cobertura*

*“E quanto à qualidade no trabalho, que diz respeito para mim a dimensionamento, eu insisto muito nisso, quanto ao efetivo da casa, enquanto nós estivermos trabalhando com quantitativo de pessoas insuficiente, nós teremos desfechos indesejáveis, eu acredito que nós temos sim algo para ver do ponto de vista de dimensionamento.”*

*Liderança 6 – Referência 2 – 2,28% cobertura*

*“A enfermagem tem debatido muito a sobrecarga de trabalho que vem pela gerência da enfermagem, até porque temos várias informações de profissionais fora da instituição que ficam doentes, que cometem suicídio, tem em todas as profissões, mas nós temos visto isso mais. Em relação a essa sobrecarga, a maneira que se trabalha nos hospitais, ela é sempre discutida, porque é o que move tudo.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 1,27% cobertura*

*“Reconhece que precisamos sim, otimizar recursos e pessoal, ainda mais uma instituição filantrópica como a nossa, mas até um limite, se eu otimizar mais, eu perco o serviço, porque quem faz o serviço são as pessoas.”*

*Liderança 8 – Referência 2 – 4,80% cobertura*

*“As equipes de segurança do trabalho estão nas áreas, são conhecidos, identificáveis com uniforme diferente, eles se diferenciam. Então como ainda existem alguns bloqueios de algumas lideranças com seus liderados, muita coisa de clima não chega. Ela chega por caminhos outros, um desses caminhos é a segurança do trabalho. A gente vai fazer uma inspeção, e as pessoas trazem algumas coisas que não são da área de segurança, mas são da área de clima, relacionamento com chefias, pressão, então vemos aquelas informações que têm relação com aumento de acidentes e adoecimento, geralmente CID-F, estresse, vemos com os parceiros de negócios e explicamos que estamos recebendo tais demandas de tais áreas e eles tratam essa questão. Os parceiros de negócios são responsáveis pelas áreas em todos os hospitais.”*

#### C.4 Remuneração e Benefícios

*Grupo Focal 1 – Referência 1 – 4,43% cobertura*

*“Temos muitos afastamentos por questões emocionais, necessidade de apoio psicológico para psicoeducação em grupos para lidar com um ambiente de muito sofrimento envolvido com a atividade.”*

*Grupo Focal 2 – Referência 2 – 2,51% cobertura*

*“Tem muita gente indo embora por causa do plano de saúde, é muito complexo porque estão em uma instituição de saúde e o plano é muito caro e a carência é muito longa.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 2 – 3,25% cobertura*

*“Para fazer os exames é preciso faltar novamente, se tivéssemos essa assistência no local de trabalho, poderíamos organizar dentro do dia de trabalho, pois a enfermagem é seis horas diárias, pode marcar para antes ou depois.”*

*Grupo Focal 4 – Referência 2 – 6,07% cobertura*

*“Há necessidade de apoio aos colaboradores que estão expostos à radiação ionizante e lidando com pacientes terminais, o que ocasiona a necessidade de apoio psicológico. O colaborador está desassistido nesse momento.”*

*Liderança 1 – Referência 1 – 1,13% cobertura*

*“Nós temos um bom diagnóstico dos problemas que afetam os nossos trabalhadores, varia desde saúde financeira, as pessoas endividadas, eu tenho um cenário que 55% da força de trabalho ganha menos que R\$ 2.500,00 bruto. Então o cenário socioeconômico dessa população é de endividamento.”*

*Liderança 1 – Referência 2 – 3,92% cobertura*

*“Agora melhorar a assistência à saúde, ter mais preocupação com isso, é possível, com algum investimento. Esse assunto já está na mão da diretoria desde o ano passado. Nós tivemos uma diretriz estratégica para apresentar uma solução, que foi esse projeto que apresentamos. Só que ele exigia uma completa reestruturação tanto da área de medicina do trabalho quanto da medicina assistencial, que temos um braço ali, como dos planos de saúde que hoje a casa participa do plano da CABERGS com um percentual financeiro, nós temos o plano que a Associação oferece, temos a UNIMED, que os trabalhadores pagam integral. Então temos várias pontas que estão na mesa, um pouco mais ou um pouco menos, mas é recurso, talvez não o recurso suficiente para tudo, mas que a casa precisa se posicionar. Então nós apresentamos o projeto, tentamos incluí-lo no orçamento deste ano, mas é algo em torno de nove milhões, e nós não conseguimos. Então agora a diretoria está muito ciente que é preciso fazer algo.”*

*Liderança 1 – Referência 3 – 3,38% cobertura*

*“A ideia é a estruturação de uma porta de entrada que possa responder por 80% da demanda, e depois tratar as especialidades e as necessidades de internação com algum tipo de investimento, parceria. Agora estamos numa fase de estudar essa mesma visão de porta de entrada, mas como um produto. O Hospital Sírio Libanês tem isso, nós fomos visitar inclusive. Eles pagam o plano de saúde, mas eles têm uma porta de entrada efetiva dentro do próprio hospital, onde eles fazem a gestão toda para reduzir o custo do próprio plano de saúde. Então a ideia é que a casa possa criar um produto assim, para oferecer para as empresas e, a partir dessa receita, possa subsidiar seu plano. Então aqui que entrou a parceria com empresas de mercado, como a BeeCorp, no sentido de tentar, ver de que maneira a BeeCorp pode ser parceira, eles estão estudando com a inovação.”*

*Liderança 1 – Referência 7 – 2,06% cobertura*

*“Acredito que se tivermos futuramente um benefício, um sistema de assistência bastante robusto de acesso à saúde, que não fique apenas no discurso de cuidar, mas que de fato, cuide das pessoas, acredito que isso vai mudar muito o cenário, vai mudar a cultura, a forma como eles tratam os pacientes também, porque hoje pensando no nosso discurso de como acolhemos, cuidamos e convivemos com os pacientes, eu exijo que os trabalhadores façam isso com os pacientes, mas eu muitas vezes eu não faço isso com ele no dia a dia.”*

*Liderança 4 – Referência 1 – 1,90% cobertura*

*“Hoje nós não temos um processo articulado, integrado, de prevenção ou promoção da saúde que vincule, por exemplo ou que perpassa o próprio plano de saúde dos*

*funcionários, não temos isso vinculado diretamente à medicina e saúde do trabalhador, essa é uma das lacunas que nós temos, na minha visão, em relação à instituição, que nós temos que evoluir.”*

*Liderança 4 – Referência 2 – 2,58% cobertura*

*“Hoje nós temos um trabalho que diz respeito à demanda legal, que é pouco, muito pouco, se pensarmos em saúde do trabalhador, vinculado ao não adoecimento, à produtividade e se pensar isso vinculado à própria qualidade dos serviços que nós fazemos. Um plano de saúde que não atinge a totalidade dos nossos funcionários, que é usado exclusivamente nos momentos de necessidade de intervenção de saúde, quando temos um problema, um exame, uma cirurgia, aí usamos esse plano de saúde.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 8,43% cobertura*

*“As pessoas precisam estar engajadas, então eu tenho que ter os outros recursos para que elas estejam engajadas para fazer um bom serviço, e que recursos são esses? Salários, salário é um recurso, as pessoas trabalham porque precisam, mas talvez a qualidade de vida no trabalho seja um maior recurso, porque além de buscar a subsistência, as pessoas buscam um bom lugar para trabalhar, que elas se sintam bem, que tenham um bom relacionamento com as chefias, que elas sejam cuidadas, que seja um lugar seguro, que seja um lugar limpo, que elas sintam que a organização se preocupa, que além de se preocupar com o paciente, se preocupe com elas como cuidadoras desse paciente, para que a coisa funcione bem. E às vezes nós, até como gestão, não nos ocupamos disso, nos preocupamos tanto com o resultado, que esquecemos do subsídio para alcançar esse resultado, que às vezes não é só equipamento e infraestrutura, na área de serviço, não só esses os recursos, são as pessoas, às vezes muito mais as pessoas que os equipamentos e infraestrutura. E isso meio que é um paradoxo, pois o custo com pessoal é uma das pontas maiores na área de serviços, mas eu tenho que encontrar um meio termo onde essas questões se equilibrem, isso não é do dia para noite, isso envolve muita coisa, um conhecimento profundo da organização, da cultura, do que as pessoas querem da instituição e uma mudança de cultura, que está acontecendo.”*

*Liderança 9 – Referência 4 – 1,57% cobertura*

*“Desconhece o número efetivo de pessoas desassistidas por planos de saúde, pois muitos funcionários têm planos contratados com suas famílias, no poder público, com cônjuges, uma pequena minoria remunerada diretamente pelos funcionários. Essa é uma informação que precisaria de uma pesquisa.”*

*Grupo Focal 3 – Referência 1 – 0,54% cobertura*

*“Remuneração aqui é abaixo de mercado.”*

*Grupo Focal 4 – Referência 3 – 7,57% cobertura*

*“Estamos com uma vaga aberta há seis meses e temos que esperar se alguém forma nas residências para vir para cá. Alguns técnicos de radiologia trabalham em dois empregos e possuem uma renda satisfatória, por isso ficam, mas é muito difícil captar novos profissionais.”*

## C.5 Controle de Riscos e Exposição

*Grupo Focal 1 – Referência 1 – 3,11% cobertura*

*“A indústria trabalha muito mais a questão da segurança do que a área da saúde, na saúde somos muito mais reativos que preventivos.”*

*Liderança 1 – Referência 1 – 2,97% cobertura*

*“E no tema da saúde e segurança, na minha visão é muito tênue o que é obrigatório, o que é bom, o que é inovador e vai trazer de verdade benefício. Porque às vezes, na realidade da nossa instituição, não conseguimos cumprir com aquilo que é obrigatório, pelas limitações financeiras. Por exemplo, começaram os temporais que estão desabando com nossos telhados, nós não temos linha de vida instalada em todos os telhados, e não podemos deixar um centro cirúrgico com as telhas abertas sem ter alguém que vá lá consertar. Então fazemos um esforço para atender aquilo que é básico para a manutenção do dia a dia. Então precisamos de treinamento para trabalho em altura, toda a aptidão física para isso, dependendo da pessoa ela não pode subir no telhado.”*

*Liderança 1 – Referência 3 – 1,65% cobertura*

*“Os acompanhamentos de acidentes e absenteísmo são mensais, são bem monitorados, os acidentes é quase que diário, e os mais graves nós nos mobilizamos, a gente tem os maiores incidentes e acidentes com perfurocortantes, que já acaba meio que entrando na rotina. São coisas bem do nosso dia a dia. Só este mês acho que foram 14 casos, é muito, muito alto e com todos os mecanismos que se tem hoje de segurança.”*

*Liderança 3 – Referência 2 – 2,77% cobertura*

*“Eu não vejo programas novos de boas práticas dentro da equipe, acho que é mais o cumprimento legal. Por exemplo, temos muito o problema do presenteísmo, pois aqui é muito grande, tu perdes as pessoas nos espaços, eu sinto que por cansaço, por questões culturais do ambiente, talvez pudéssemos ter uns alinhamentos com a segurança e saúde, para trazer todos sobre práticas de saúde.”*

*Liderança 5 – Referência 2 – 6,22% cobertura*

*“Agora no dia a dia, estoura um cano, pinga na minha unidade e aí não controlamos tão bem esses processos de segurança e todos os riscos que acontecem. O protocolo é: comunica o controle de infecção e a gestão de riscos. Não se mexe em área sem a liberação do controle de infecção, mas essa gestão de riscos é voltada ao paciente. Só que me parece, quando tu trazes uma proposta de estudo assim: e a segurança do colaborador? E muitas vezes eu tive que fazer intervenções, fui me reunir com a equipe, e eles estavam se sentindo sem condições de poder trabalhar dentro de seu ambiente, tinham que pular em cima de uma máquina para poder chegar no instrumental e, então, eu como gestora que envolvi a segurança do trabalho e pedi: venham ver o que está acontecendo lá! Porque as pessoas estavam sem condições de trabalhar, expostas a riscos.”*

*Liderança 5 – Referência 4 – 1,99% cobertura*

*“Os indicadores chegam mensalmente para as análises do comitê, discutimos sobre dispositivos de segurança, se podemos buscar, quanto vai custar, testamos esses produtos, esse comitê é bem ativo. Existe um comprometimento das áreas com relação a isso e se faz a gestão.”*

*Liderança 8 – Referência 2 – 2,58% cobertura*

*“Os comitês de radioproteção, perfurocortantes, ergonomia, gerenciamento de riscos, o comitê mais novo é ergonomia, os outros já têm mais tempo, eles conseguem trazer inputs para o planejamento. Se vai ter uma obra que vai ter impacto em radioproteção, ela passa pelo comitê, agora com o PMO, os processos novos passam por todos os envolvidos e pelos comitês porque é o grupo onde as pessoas estão e isso está funcionando bem legal.”*

*Liderança 8 – Referência 3 – 8,39% cobertura*

*“Nosso modelo de ergonomia é padrão para os outros hospitais. O modelo que nós montamos com atuação por projetos nenhum hospital tem. Nós fomos os primeiros a aplicar alguns métodos de análise ergonômica sem ter o Ministério Público nos exigindo a aplicação*

*dos instrumentos. Já temos planilha, já temos estatística, temos um projeto mais amplo, onde avaliaremos todas as áreas, mas respeitando a epidemiologia, para não sair sem planejamento na execução. Investimos em equipamentos para poder fazer as medidas, temos um especialista em ergonomia no corpo de engenharia. Nós somos referência também no processo de controle, monitoramento e prevenção no combate a incêndios e treinamento de pessoas. Todos os treinamentos dos bombeiros dos outros hospitais estão sendo feitos aqui, nós montamos um curso e os bombeiros de outros hospitais estão buscando atualização aqui. Então tem muita coisa legal acontecendo aqui, nós trocamos muitas referências com os comitês do sindicato, estamos aprendendo também.”*

*Liderança 9 – Referência 1 – 1,27% cobertura*

*“Nós temos uma gestão de saúde do trabalhador extremamente burocrática. Com uma estrutura legal, onde conseguimos fazer todos os processos legais, a gente não falha em nenhum desses itens, mas também não conseguimos ir muito além disso.”*

*Liderança 3 – Referência 1 – 6,66% cobertura*

*“Hoje a questão da saúde impacta no nosso negócio, porque temos uma velocidade do nosso negócio em um hospital, as equipes de manutenção, que trabalham com predial, equipamentos, que são os focos, não podemos deixar desassistida a assistência hospitalar. Temos que ter um atendimento muito rápido, e hoje vemos que, se as pessoas não estão preparadas para dar esse atendimento, quanto aos seus equipamentos, treinamentos e seus cursos, realmente impacta no negócio. A questão das chuvas, dos telhados, então vimos o quanto era precário o nosso treinamento e até mesmo da nossa equipe estar apta a subir nos telhados e dar o primeiro atendimento. Então, vemos que hoje temos o departamento de segurança do trabalho bem estruturado aqui na instituição, nós treinamos as pessoas, mas quanto à agilidade do nosso negócio, podemos precisar de um funcionário que entrou e não tem todos os recursos e treinamentos.”*

## C.6 Comunicação em Saúde

*Liderança 1 – Referência 1 – 2,50% cobertura*

*“O Workplace é aberto para todo mundo, e isso foi uma mudança cultural bem impactante para a organização, que sempre foi muito hierárquica na comunicação, então era o gestor que falava com o supervisor, e este por sua vez com sua equipe. Uma rede social acaba com isso, podemos fazer um vídeo com um diretor, e ele fala com a casa inteira. Isso é ótimo, porque você pega um CEO da empresa, e ele fala com todo mundo e empodera de informação o trabalhador e o instiga a buscar a informação com sua gerência. Tudo isso impacta no resultado, porque se sei o que é esperado de mim, quando e como, as chances de eu entregar são muito maiores.”*

*Liderança 1 – Referência 2 – 0,96% cobertura*

*“Para prevenção de perfurocortantes, fizemos uma campanha no final do ano passado, tu debes ter visto uns adesivos gigantes, cartazes com seringas, e fizemos uma campanha bem forte, com palestras, ações, com blitz, com canais de comunicação.”*

*Liderança 1 – Referência 3 – 1,97% cobertura*

*“Então fazemos comunicações muito pontuais de segurança, que são relacionadas ao posto de trabalho, por exemplo. Na nutrição nós temos um alto índice de queimaduras na cozinha, então fazemos capacitação, comunicação dirigida com cartazes, porque não é tudo que é para todos. Fora o perfuro que é forte na área assistencial, nós temos na engenharia um trabalho muito específico de prevenção de acidentes e também de promoção de saúde que é destinado para eles e é diferente do que é para o médico.”*

*Liderança 1 – Referência 4 – 1,36% cobertura*

*“Com relação aos acidentes perfurocortantes, então nós sempre criamos campanhas de endomarketing e usamos os canais. Todos os funcionários têm acesso, claro que aqueles que não trabalham no computador o dia inteiro podem ter menos acesso, mas esta ferramenta é como um Facebook, é claro que alguns trabalhadores têm um celular com menos recurso.”*

*Liderança 2 – Referência 1 – 3,55% cobertura*

*“Sobre comunicações internas voltadas para o tema, hoje se utiliza muito o Workplace e o e-mail, mas com o tema específico não me lembro, apenas a campanha de perfurocortante. Já tivemos palestras educativas a respeito do dia internacional da mulher, dia das mães, várias situações ligadas ao tema da mulher, violência. Sobre estresse, lembro de umas duas ou três palestras sobre ansiedade, mas eu não participei, óbvio, por isso que não estou nem sabendo dizer nem o título, eu lembro de ter visto pelo e-mail, como pelo Workplace.”*

*Liderança 2 – Referência 2 – 1,66% cobertura*

*“Eu lembro do ano passado de uma campanha forte de prevenção contra acidentes perfurocortantes, então tinha umas seringas gigantes aí em cartazes, no estacionamento, aqui nas redondezas, mas ok, teve uma ação, e depois? Por isso, para mim fica muito claro, que é importante, mas ainda não é uma pauta constante, estratégica.”*

*Liderança 3 – Referência 1 – 3,26% cobertura*

*“Programas de prevenção quanto ao uso de drogas eu nunca vi, poderíamos ter, eu sei que tem, né, nós já pegamos, sabemos que existe, é do ambiente hospitalar até, inclusive de outras áreas, fora o pessoal que trabalha comigo, mas não vejo campanhas. Eu vejo mais campanhas ligadas à equipe assistencial, como perfurocortantes, agora algo que atinja todos os funcionários eu não me lembro, não me recordo, talvez tenha acontecido e não prestei atenção.”*

*Liderança 4 – Referência 1 – 6,54% cobertura*

*“Sobre as comunicações de movimentos pelo Workplace, a ferramenta foi uma excelente oportunidade, mas eu acho que ainda podemos usar melhor. A comunicação da casa como um todo ainda vive um modelo de transição do formal, lento e atrasado, para o digital, que estamos mais acostumados nas redes sociais, mas já foi uma grande revolução, o desafio agora é aumentar o número de pessoas que acessam a ferramenta e também direcionarmos um pouco mais a nossa comunicação para essa ferramenta de forma segmentada. É pretensão eu achar que posso fazer a mesma comunicação e interação para públicos muito distintos culturalmente, economicamente tão diferentes. Se eu quero comunicar, eu tenho que achar a linguagem mais adequada. O Workplace é um meio, mas eu tenho que poder adequar a linguagem para poder usar melhor este meio. Já foi um avanço, porque a intranet ninguém olhava mesmo, agora no Workplace não. O provedor me cobra quando tem algum evento que era importante dar ciência, que aconteceu ontem e hoje ainda não está no Workplace. Isso é legal, é isso que nós precisamos. Isso na comunicação de eventos, talvez possamos explorar melhor isso para comunicação de políticas, de visões, de estratégias, é um meio ótimo.”*

*Liderança 6 – Referência 1 – 8,22% cobertura*

*“Eu acho que nós separamos, tem o evento da CIPA, ah, a CIPA, parece que a CIPA não está no dia a dia daquelas pessoas, isso tem um pouco a ver com... eu acredito que, com a informação, o quanto nós podemos informar de uma maneira mais leve para as pessoas os cuidados que elas têm que ter. Eu acho que a psicologia trata muito disso, nós temos que falar de uma psicologia mais positiva, como eu posso falar das regras de segurança de uma maneira mais leve, que ela não gere uma tensão tamanha no trabalhador, que ao invés de*

*ele levar aquilo com ele para poder trabalhar melhor, conhecendo as regras, mas isso leva para ele um receio de fazer as atividades.”*

*Liderança 6 – Referência 2 – 3,83% cobertura*

*“Hoje nós temos uma ferramenta institucional, o Workplace, que nos ajuda bastante para receber tudo o que está acontecendo, ele é o Facebook da instituição, ele é um Facebook para o trabalho, nós colocamos só as coisas para o trabalho, ali nós recebemos todas as informações dos eventos que teremos, palestras, orientações da casa. O pessoal da segurança do trabalho posta várias coisas, depoimento de colegas, isso também ajuda. Eu não posso te dizer hoje a abrangência que isso tem, nós iniciamos isso o ano passado, acho que o pessoal mais jovem se conecta melhor, eles postam ou falam, comentam, mas é uma maneira que nós temos, temos por e-mail.”*

*Liderança 6 – Referência 3 – 4,84% cobertura*

*“Como essa informação chega na cabeça das pessoas para elas terem essa prática? Eu acredito que seja porque nós não temos uma informação leve, uma informação que transpassa, a gente não fala positivamente disso, as nossas imagens sobre... não sei, é o que me ocorre, porque o comportamento das pessoas não consegue ser integrado entre os motivos que tu tens que cuidar a segurança e a promoção da saúde, e na gestão isso é muito complexo, porque se as pessoas não estão seguindo as regras muitas vezes não é porque tu não disponibilizou a informação, ou o material. As pessoas não seguem, e quando tu vê, acontece um acidente no trabalho, as pessoas são altamente estressadas, e tu foi ver e, bom, mas eu pensei que estavam fazendo, acredito que a supervisão desse lado também deveria ser uma abordagem um pouco mais positiva.”*

*Liderança 6 – Referência 6 – 6,06% cobertura*

*“Quando falamos da roupagem das ações, se não geramos uma percepção, se tu não compreenderes o sentido da ação, o objetivo, ela passa reto, não se tem o propósito para olhar diferente. O próprio aplicativo, se aquilo não gera essa percepção, não tem um propósito para olhar diferente, tu coloca no celular e nunca mais olha, então essa conexão é que talvez falte nas pessoas. Como falamos no início da conversa, qual é a conexão que as pessoas têm para se proteger? Sabendo que se ela ficar doente, por mais que vá ganhar uma indenização, vai para o INSS, mas que garantia é essa, a garantia de uma doença para o resto da vida? Então onde está essa conexão que não conseguimos fazer? É por uma relação cognitiva que não conseguimos fazer? As pessoas não entendem, por que tu não estás conseguindo passar de uma maneira que elas te compreendam? Ou ela precisava de alguma coisa antes para parar e pensar nisso? Então esse é o desafio, é um desafio importante, mas, como te disse, temos várias ações, não podemos dizer que não tenha.”*

*Liderança 7 – Referência 1 – 6,06% cobertura*

*“Sobre tecnologias de comunicação, intranet, por exemplo, muitas pessoas rejeitam ferramentas como Facebook, é perda de tempo e porque seria exposição pessoal, ou o Workplace seria a exposição profissional e investimento de tempo, isso não ficou claro para as pessoas. A partir de um certo nível hierárquico, as pessoas não reconhecem esses instrumentos, reconhecem Whatsapp e e-mail. Também existem pessoas que se fala que não leem os e-mails; bom, se ele não lê os e-mails, alguém tem que estar olhando isso por ele. Também é uma transição de culturas, multiplataforma de mensagens e informação, documentação está sendo publicada no Workplace, se fizer uma pesquisa de quantos viram essas documentações, e falarmos com outros, muitos não reconhecem, o e-mail continua forte, ainda é a maior referência de envolvimento de grupos, do que se faz, de documentação, ainda não ficou claro como essas plataformas vão substituir o que é tradicional até agora na instituição.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 2,38% cobertura*

*“Sobre ações de comunicação e datas alusivas à promoção de saúde e prevenção, assume que pouco se trabalha e não se dá esse subsídio para a comunicação. A área de comunicação e marketing atende a todas as necessidades dos hospitais, é uma área com uma limitação de atendimento, temos prioridades. É uma área pequena para muitas demandas. Tivemos alguns problemas por ações de comunicação com a CIPA.”*

*Liderança 9 – Referência 1 – 2,56% cobertura*

*“Nós temos a plataforma digital Workplace, pouquíssimas organizações têm isso, nós somos o primeiro hospital no país a ter o Workplace. Isso contribui muito para interação de comunicação e também dos colaboradores entre si. Reconhecemos que é uma plataforma usada em benefício do funcionário mesmo. A instituição ganha quando consegue transmitir orientação, KPIs (Key Performance Indicators), um pouco da cultura da instituição. Com certeza o uso desta plataforma é uma grande vitória para a instituição.”*

*Liderança 9 – Referência 2 – 3,61% cobertura*

*“Falando sobre ações de comunicação nesse tema, acredito que sempre tem espaço, é bem explorado na instituição, nós temos um departamento muito forte de comunicação, principalmente comunicação interna. Nós conseguimos fazer esse trabalho bem feito, mas comunicação nunca podemos nos dar por satisfeitos, sempre tem como melhorar, como fazer mais cursos, mais integração, é algo que estamos evoluindo, mas tem oportunidades ainda. Além da integração de novos funcionários, me refiro à integração da gestão, dos funcionários, o dia a dia, nós não podemos ter vários mundos, nós precisamos ter um mundo só. A comunicação ela precisa contribuir para que tudo isso se una.”*

## C.7 Gestão Orçamentária de Pessoas

*Liderança 1 – Referência 1 – 0,71% cobertura*

*“Sobre investimentos ano a ano, só atualizo inflação. Nunca sobra orçamento, se eu preciso uma nova vaga ou preciso mudar um salário, preciso pegar duas vagas e transformar em uma.”*

*Liderança 1 – Referência 2 – 0,76% cobertura*

*“Os orçamentos são separados, medicina do trabalho, segurança do trabalho, todos os centros de custos são separados nas aprovações orçamentárias, sabendo-se exatamente os destinos dos recursos.”*

*Liderança 3 – Referência 1 – 3,59% cobertura*

*“Eu fiz um plano de trabalho para apresentar para a direção quanto a valores, que um dos itens que eu submeti à aprovação é, eu preciso de linha de vida. Hoje nenhum dos nossos telhados possuem o sistema de linha de vida, se vamos arrumar os telhados. E tive aprovação, e agora eu preciso de solução da equipe de segurança para possibilitarmos a instalação, eu que estou tratando na engenharia, não subam, entre nós gerentes precisamos nos acionar e acionamos as equipes para que assistam isso.”*

*Liderança 4 – Referência 1 – 10,25% cobertura*

*“Sobre orçamento, estamos seguindo um histórico, nos faz falta essa virada. Nossa gestora de recursos humanos tem contribuído muito para fazermos essa virada, mas nossas práticas estavam defasadas em relação às práticas mais atuais. A própria mudança da gestão de pessoas foi para buscar isso, mas quando vamos para o orçamento, o objetivo final é ter um equilíbrio econômico, aí eu vejo esses investimentos lá no orçamento como*

*um custo. Enquanto não criarmos esse vínculo que esse custo vai me gerar uma economia, vai me gerar uma qualidade e uma entrega assistencial maior, talvez continuemos tratando como custo. Estamos em um processo da diretoria técnica e operações com indicadores que já evoluíram muito, mas muito com viés econômico e com produção física. Nos colocamos um desafio, de enxergar o desempenho econômico com o desempenho da entrega assistencial. Quando olhamos o custo da UTI, foi 20% superior ao previsto. Se cruzarmos um absenteísmo duas vezes maior que o previsto, tivemos horas extras, cargas horárias maiores, e os funcionários cansam. Eu tive mais acidentes do trabalho do que o previsto, mais eventos adversos totalmente inesperados, maior incidência de infecção hospitalar do que era nossa meta. Isso tudo pode estar explicando o custo e normalmente explica. Mas ao invés de olhar isso, eu estou olhando a assistência, ou ainda eu tive vagas que não preenchi, era para ter 10 e tive 8, porque 2 saíram e não consegui repor. Eu devo cruzar essa informação com o custo e aí isso explicar o custo, quem sabe a causa está aqui. Nós nos desafiamos a explicar o dado econômico com o dado assistencial e os dados do quadro funcional, porque eu não consigo separar uma questão da outra. Nós temos a informação, o dado está lá. Estou bastante motivado que esta informação ela vai nos dar os melhores caminhos para trabalhar o custo, e quem sabe tenhamos a grande chave para investir.”*

*Liderança 5 - Referência 1 – 2,15% cobertura*

*“Essas questões de sobrecarga de trabalho ainda são muito limitadas pelo sentido financeiro. Existe uma preocupação grande da instituição, existe um acolhimento desse assunto, mas ainda estamos naquela fase em busca de, buscando de onde tirar o recurso para botar onde está faltando pessoas.”*

*Liderança 5 – Referência 2 – 2,89% cobertura*

*“Nós não temos evidência de quanto investimos em pessoas no ano, treinamentos, segurança, investimento na qualidade de vida das pessoas. Esse é um tema que requer mais deliberação. O que é legal, EPI, não se tem discussão, isso é muito cumprido. O investimento em elevadores de pacientes do leito, por exemplo, eu não sei o quanto isso contribuiu para a questão da redução do adoecimento.”*

*Liderança 7 – Referência 1 – 1,75% cobertura*

*“A visão de impacto financeiro, na parte humana, nos processos, ela não é complementar, se unirmos as visões, às vezes prevalece uma e desconsidera-se outra, mesmo que tecnicamente mais importante, falta visão de investimento e não de gasto em saúde. Nunca se aplicou ROI em saúde.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 4,44% cobertura*

*“Eu nunca tive cortes, meus orçamentos têm sido aprovados sem restrição. Às vezes precisamos ajustar um pouco, mas, desde que bem explicado, tem sido aprovado. Por exemplo, compra de equipamentos geralmente é com recurso extraordinário, mas já deve estar no planejamento, então o pessoal de projetos tenta por captação e sempre conseguimos verba extraordinária para aquisição de equipamentos. Eu fiz todo o sistema de rádios, de comunicação, dos equipamentos para medição ambiental. Só químicos não fazemos, mas ruído, estresse térmico, iluminação, carga biomecânica, fazemos com equipamentos próprios. Conseguimos manter despesas com calibração e manutenção dos equipamentos com recurso previsto no planejamento e consegue manter tudo em dia.”*

*Liderança 9 – Referência 1 – 3,65% cobertura*

*“Esse novo hospital e os equipamentos que estão sendo comprados sempre vão priorizar o trabalhador, assim como o paciente, essas duas coisas estão associadas. Então esse novo hospital deve ter uma Certificação LEED, Leadership in Energy and Environmental Design, certificação de eficiência energética, isso também beneficia o trabalhador. A exposição do*

*trabalhador vai ser melhor controlada, na exposição de calor, temperatura. Além de equipamentos de leitos elétricos, os equipamentos de suporte à saúde estão vindo mais automatizados. Isso melhora a vida de quem está na ponta trabalhando, quanto menos trabalho manual, menos risco biomecânico, melhor vai ser a saúde dele.”*

*Liderança 9 – Referência 2 – 3,94% cobertura*

*“Sobre investimentos de um ano para outro eu não diria que houve um grande incremento nas áreas específicas de gestão de pessoas e de segurança dos nossos trabalhadores. É lógico que no nosso orçamento de pessoas, global da casa, nós tivemos uma evolução de quase três pontos percentuais comparados à receita líquida. Como nós já temos uma receita líquida na casa de um bilhão, é um bom dinheiro 3%, é lógico que isso está indo para a mão de obra, não quer dizer que isso esteja sendo investido nos mesmos trabalhadores, não é per capita, isso está indo diretamente para novos serviços, adequações de integrações que nós não fazíamos, para remunerações que eram necessárias serem feitas e que, por ventura, não estavam sendo feitas.”*

## C.8 O Processo de Construção da Informação em Saúde

*Liderança 2 - Referência 3 – 5,31% cobertura*

*“Eu acompanhei a reestruturação da área de inovação, e nós começamos a operar de fato entre janeiro e fevereiro de 2019. Um dos primeiros projetos que vieram foi por meio da plataforma da TERVE, não que seja específica, porque é uma plataforma multiuso, porque você pode ter vários temas sendo adaptados a esse ambiente, mas dentre as primeiras conversas com a equipe de gestão de pessoas veio essa necessidade. Temos hoje o líder da inovação, que possui uma experiência de projetos na gestão de pessoas, isso para ele era muito evidente, essa oportunidade. Então foi onde visualizamos que poderia ser uma plataforma útil para que de fato esse assunto ganhasse mais relevância, onde estamos agora focando para desenvolver e implantar a solução. Eu diria que essa é a grande iniciativa, porque vamos ter uma plataforma com dados estruturados, com indicadores, com dashboards. Óbvio que estamos sempre pensando em evolução, em trabalharmos com people analytics, big data, eu diria que o infinito é o nosso rumo pensando em inovação.”*

*Liderança 6 – Referência 2 – 3,58% cobertura*

*“Sobre coleta de dados, voluntariamente as pessoas não fazem, tu tens que direcionar, poucas pessoas eu tenho que levantaram um dado que estava inconforme por iniciativa própria. Quando tem algo da segurança do trabalho, eles me trazem para discutirmos. Hoje estamos vivendo um momento um pouco diferente porque inserimos no nosso grupo de trabalho um analista, e a atividade dele é um detetive intelectual, ele busca informações, dados e cria informação para podermos trabalhar. Tem pouco tempo que temos esse profissional, para podermos fazer a gestão, ele busca a informação e te traz para tomar a conduta.”*

*Liderança 7 – Referência 2 – 1,33% cobertura*

*“O que tem se usado é o Excel, quase como um banco de dados, os relatórios em Word e o BI para o macroprocesso. O que chega no BI são dados corporativos, dados de saúde temos alguma coisa, mas ainda é superficial.”*

*Liderança 7 – Referência 3 – 6,15% cobertura*

*“Para fazer uma planilha, preciso pegar dados de três sistemas. Isso é uma perda de tempo, recurso e retrabalho. Ontem precisei de três setores para fazer a planilha que necessitava, uma carga do banco de dados, do parceiro de negócios, uma liderança na TI de um dos sistemas, uma alteração de interface do sistema da recepção, eu usei muito tempo deles*

*para uma coisa muito simples, e antes ainda usava a controladoria. Eu tenho uma referência na TI, uma pessoa específica, uma enfermeira em outro sistema, e no BI com parceiro de negócios, e ainda um profissional da controladoria para dados mais sensíveis. É uma fragmentação de fontes de dados e como mobilizamos o trabalho dos outros, isso é geométrico. A coleta dos dados e tratamento é na unha, eu brinco com o pessoal, vamos fazer na unha. Atualmente temos muito mais trânsito na área da inovação para influência das necessidades em inovação, para a exigência e velocidade do que se tem atualmente ainda é embrionário.”*

*Liderança 8 – Referência 1 – 1,43% cobertura*

*“Nos programas legais da segurança e medicina do trabalho todos os controles são em planilha de Excel, é muito complicado. Os monitoramentos são semanais e são alimentados, além da renovação anual, fazem as mudanças conforme elas acontecem.”*