

4º

**Projeto de um programa de
qualidade de vida no trabalho e
controle das doenças crônicas
não transmissíveis: uma visão
integrada em gestão**

MBA EM EXECUTIVO EM SAÚDE

Turma ES 10A - Santo André

Taís Mendes de Barros

Professor Orientador

Jamil Moysés Filho

Sumário

Resumo	303
1. Introdução	305
2. Metodologia	312
3. Referencial Teórico	312
4. Desenvolvimento	336
5. Conclusão	340
6. Referências Bibliográficas	342

Resumo

O tema Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem sido muito divulgado e utilizado, atualmente, como uma estratégia de gestão nas empresas. A maioria dos programas de Qualidade de Vida propostos já publicados envolvem cuidados gerais com a saúde do trabalhador e ações que visam diminuir os índices de absenteísmo, presenteísmo, de funcionários, melhorar o clima organizacional e promover economia financeira dentro das empresas. Em paralelo, a preocupação mundial com a saúde da população fez com que a OMS determinasse um plano de ação para prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que correspondem ao principal fator de óbitos no mundo e elevado gasto com a saúde. No Brasil, 37,5% das pessoas na faixa de 25 a 44 anos e 65,7% na faixa de 45 a 64 anos apresentam algum tipo de doença crônica, faixa etária de maior produtividade profissional e maior contribuição para a previdência social, causando prejuízos insustentáveis aos cofres públicos, aos planos de saúde e às empresas. Dessa forma, este trabalho propõe a ação integrada de gestão dos setores interessados na saúde do trabalhador, com investimentos em um Programa de Qualidade de Vida no Trabalho e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, possibilitando retorno sobre os investimentos tanto para o SUS e Planos de Saúde quanto para as empresas envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho (GQVT), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Retorno sobre o Investimento (ROI), Responsabilidade Social (RS).

1.INTRODUÇÃO

O tema Qualidade de Vida no Trabalho vem sendo discutido desde a década de 60. Porém, a partir da década de 70, alguns pesquisadores elaboraram indicadores e instrumentos para a medição da qualidade de vida do trabalhador, mas até hoje a sua aplicabilidade nas empresas ainda é limitada. Normalmente, o tema relaciona o trabalhador com sua produtividade e esse costuma ser o maior objetivo de uma empresa, quando propõe um programa de qualidade de vida aos seus funcionários. No entanto, a qualidade de vida de um indivíduo não se restringe somente ao seu local e ao momento de trabalho, mas a todos os outros aspectos que formam a vida das pessoas (trabalhador e sua família).

Entende-se que trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários, e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001).

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos pela legislação brasileira os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Segundo a 60ª *World Health Assembly*, de 2007, que elaborou o Plano de Ação Global de Saúde do Trabalhador, 2008-2017, e coloca como um de seus objetivos:

Abordar todos os aspectos da saúde dos trabalhadores, incluindo a prevenção primária de riscos ocupacionais, proteção e promoção da saúde no trabalho, condições de emprego e uma melhor resposta dos sistemas de saúde para a saúde dos trabalhadores. É sustentada por determinados princípios comuns: todos os trabalhadores devem ser capazes de desfrutar o mais alto padrão atingível de saúde física e saúde mental e condições de trabalho favoráveis; o local de trabalho não deve ser prejudicial para a saúde e o bem-estar; deve ser dada prioridade à prevenção primária dos riscos de saúde ocupacional. Todos os componentes da saúde devem ser envolvidos em uma resposta integral às necessidades específicas da população trabalhadora; o local de trabalho também pode servir como uma configuração para as intervenções de saúde pública; e para a promoção da saúde. Atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores devem ser planejadas, implantadas e avaliadas, tendo em vista reduzir as desigualdades na saúde dos trabalhadores entre os países; trabalhadores, empregadores e seus representantes também devem participar de tais atividades. (WHO, 2007; pág. 05).

Segundo o *World Health Organization* (WHO, 1997; pág. 01) o conceito de qualidade de vida consiste:

na percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de limites extensos e influenciados em uma maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relacionamentos sociais e suas relações com características relevantes do meio ambiente.

LIMONGE (1996) aponta, em sua tese de doutorado, uma tabela que conceitua Qualidade de Vida do Trabalhador por diferentes autores, dentre os quais podemos elencar alguns aspectos mais relevantes, como a humanização do trabalho, a responsabilidade social da empresa, a visão humanizada do ambiente de trabalho, melhores condições de vida e cargos mais satisfatórios.

Embora ainda hoje as empresas dediquem esforços aos sistemas de qualidade de somente relacionados aos processos de produção ou documentos, a implantação de um programa de Saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador vem ganhando força como ferramenta de gestão e atinge resultados positivos.

1.1. Problema

Segundo dados da OMS, em seu *Relatório sobre Saúde no Mundo 2002*, as doenças crônicas são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades, representando um sério problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos quanto nos de média e baixa renda.

O plano de ação, 2008-13, da OMS para DCNT focaliza quatro DCNTs (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) e seus fatores de risco compartilhados (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool).

No Brasil, o aumento da população idosa decorrente da queda da mortalidade e da fecundidade, desde a década de 80, aponta para o aumento da incidência e prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo o estudo de Almeida et. al. (2002), a prevalência de doenças crônicas ajustadas por idade em pessoas de 15 anos era de 17,7% na faixa etária de 15 a 24 anos, 37,5% na faixa de 25 a 44 anos, 65,7% dos 45 a 64 anos e 80,8% na faixa que excede os 65 anos de vida, em estudo sociodemográfico brasileiro de 1998. Isso indica, em breve análise, que cerca da metade da população em faixa etária economicamente ativa apresenta algum tipo de DCNT.

Segundo estudo de Achutti e Azambuja (2004), para o INSS, dos 61% de afastamentos temporários por incapacidade decorrente de doença clínica, as doenças do aparelho circulatório ocuparam o 3º lugar (16,2%), após doenças osteomusculares (24,8%) e as doenças mentais (18,9%). No grupo das doenças do aparelho circulatório, as causas de afastamento foram, pela ordem, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, doenças cerebrovasculares e doenças das veias. É provável que as aposentadorias por invalidez tenham outra distribuição relativa de causas básicas, com maior proporção de DCNT entre os casos.

No caso do Brasil, além das precárias condições de vida às quais a maioria da população está exposta, existem precárias condições de trabalho, fazendo com que a população seja submetida, mesmo que temporariamente, às exigências do

processo de trabalho, resultando no agravamento dessas doenças e favorecendo a ocorrências de acidentes ocupacionais.

Para as mulheres trabalhadoras do Brasil, existe a lei nº 11.770, de 09 de setembro de 2008, que amplia o direito de licença maternidade de 120 para 180 dias, a partir da concessão de benefícios fiscais às empresas que fizerem parte do Programa Empresa Cidadã e concederem o benefício às funcionárias.

Existem estudos que descrevem os benefícios da amamentação à saúde da mulher, e confirmam menor risco de câncer de mama e ovário, menor índice de fraturas de quadril por osteoporose e contribuição para o maior espaçamento entre gestações. Sendo assim, o cuidado com a saúde da mulher dentro da empresa, incentivando a amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê, também é uma prática de prevenção às DCNT, além de uma contribuição social importantíssima no que diz respeito aos benefícios da amamentação para o bebê inserido na sociedade.

Decorrente de todos esses problemas temos o alto o custo da saúde para as empresas e para as operadoras de planos de saúde, que está se tornando um benefício financeiramente insustentável, como refere Rosenberg (2005), a qual estima um custo de 18 bilhões de reais por ano das empresas brasileiras com a assistência médica dos funcionários. O mesmo artigo cita dois fatores como agravantes dessa situação, que correspondem à evolução da medicina e o envelhecimento da população. O primeiro, por um lado, relacionado com o avanço das tecnologias e especialidades que resultam em diagnóstico precoce, aumentando as possibilidades de tratamento e cura, contribuindo para aumentar a expectativa de vida, mas por outro lado, exigindo investimentos mais altos. O fator complicante é que, com a população mais velha, aumentam os gastos com consultas, exames, tratamentos e internações, exigindo mais da cobertura dos benefícios empresariais.

Se o custo da saúde para as empresas causa impacto financeiro importante, na saúde pública esse dado reflete uma realidade ainda mais caótica porque, segundo sugerem algumas estimativas da OMS para o Brasil, os impactos econômicos das DCNTs serão significativos com a perda da força de trabalho e a diminuição das poupanças familiares decorrentes apenas de três doenças (diabetes, doenças do coração e acidentes vasculares cerebrais), levando a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015. (SCHMIDT, M.I. et al, 2007).

1.2. Formulação do problema

O custeio da saúde tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar estão cada vez mais altos e os índices de aumento da expectativa de vida da população aumentam as projeções para um conseqüente aumento do número de indivíduos portadores de DCNT.

Por serem doenças, geralmente, de longa duração, as DCNTs são as que mais demandam ações, procedi-mentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais. Segundo estimativas desses gastos pelo Ministério da Saúde – cerca de R\$ 3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$ 3,7 bilhões em gastos com internação – que totalizam aproximados R\$ 7,5 bilhões/ano em gastos com DCNTs. Dos chamados Custos Indiretos decorrentes do absenteísmo, das aposentadorias precoces e da perda de produtividade, o Brasil ainda não dispõe de estudos que possam quantificá-los. (MALTA, 2006).

Para combater essa realidade, o termo Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT) tem sido usado como uma importante ferramenta de gestão nas empresas que procuram gerenciar a população de risco para desenvolvimento de problemas crônicos de saúde dentro da empresa, melhorando a saúde dos funcionários, o clima organizacional da empresa e a produtividade, diminuindo o índice de absenteísmo da empresa e o *turn over* de funcionários, além de promover economia financeira para a empresa em negociação com as operadoras de planos de saúde e incentivar o funcionário a ser um agente socialmente responsável, promovendo mudança na saúde da família e comunidade a qual está inserido.

Com base nessa situação, este trabalho propõe a ação conjunta em programas de iniciativa público e privada, com investimentos e benefícios dos dois setores, para prevenção do aparecimento e agravamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Uma proposta que utiliza a obrigatoriedade pela legislação (NR7 da ANVISA) quanto à avaliação médica em todos os trabalhadores vinculados à pessoa jurídica (Atestados de Saúde Ocupacional – ASOs), associados aos programas públicos de combate e prevenção das DCNTs já previstos nas Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2008), que tem como um dos seus objetivos:

Debater a importância da inclusão do cuidado integral de DCNT e a abordagem de seus fatores de risco nas ferramentas de organização, planejamento, gestão e financiamento do SUS, especificamente: os planos de saúde, os planos diretores de regionalização e os planos diretores de investimento, bem como os termos de compromisso de gestão.

A parceria com o SUS pode ocorrer por intermédio dos centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST), prevista pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), de dezembro de 2004, para acompanhamento daqueles trabalhadores que apresentarem doenças já instaladas, além do papel

das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no cuidado com a saúde da população.

Para o poder público vem de encontro com o SUS, “a partir do conceito ampliado de saúde que o embasa e que se expressa na Constituição Federal de 1988 e no seu marco legal, é comprometido com a criação de estratégias intersetoriais, o que incentiva todos os setores organizados da sociedade a adotar políticas públicas que assegurem a oferta de bens, ambientes e serviços saudáveis” (Diretrizes e Recomendações para Cuidado Integral das DCNT, 2008), além de influenciar, em longo prazo, na questão previdenciária (com diminuição no índice de aposentadorias precoces), maior tempo de contribuição dos trabalhadores e, a curto e médio prazo, na diminuição do custo com a saúde pública, diminuindo o impacto causado pelas DCNT na economia brasileira.

Em relação à saúde suplementar, a ANS tem incentivado as operadoras de planos de saúde a implantar programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças para seus beneficiários, desde março de 2005, com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94 (ANS, 2005). Tendo em vista a exigência das operadoras constituírem uma reserva financeira, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 77, de 17 de julho de 2001 (ANS, 2001), a RN nº 94 estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização dessa garantia financeira para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Entre outros requisitos, cada operadora deveria apresentar, no mínimo, dois programas voltados para, pelo menos, duas linhas de cuidado distintas (materno-infantil, saúde bucal, cardiovascular, neoplasias e outras).

A vantagem desse tipo de parceria das empresas com os dois setores, saúde pública e privada, é sentida na empresa com a melhoria do desempenho profissional resultando em benefícios financeiros de ganho de produtividade, além da responsabilidade social, que para Gonçalves, Gutierrez e Vilarta (2005), trata-se de gestão na direção da responsabilidade para com os indicadores sociais, o desenvolvimento sustentável, a educação para a saúde, a gestão eficaz de recursos sociais, a ação proativa e o lucro social, procurando criar empresas que passam, assim, a atrair qualidade, investimento e talentos, agregando valor e construindo a liderança extramuros da empresa.

Para o SUS ou para as Operadoras de Planos de Saúde os programas vêm de encontro com as Normas Regulamentadoras e Leis que visam proteger a integridade dos serviços prestados à população/consumidores, barateando o custo dos Projetos e diminuindo os gastos a médio e longo prazos com investimentos mais elevados na atenção terciária de saúde e morbi/mortalidade dos seus usuários.

1.3. Objetivos

Para responder às questões formuladas no problema, foram estabelecidos pelo presente estudo um objetivo geral e objetivos específicos.

1.3.1. Objetivo geral

Propor um projeto integrado de gestão de um programa de Qualidade de vida no Trabalho (QVT) por intermédio do gerenciamento da população de risco para desenvolvimento e agravamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com investimentos em conjunto das empresas e saúde pública ou operadora de planos de saúde, promovendo redução dos gastos com a saúde da população envolvida e da sociedade ao qual a empresa está inserida.

1.3.2. Objetivos específicos

Para se alcançar o objetivo final, consideraram-se os seguintes objetivos intermediários:

- a) Melhorar a saúde e qualidade de vida dos funcionários;
- b) Melhorar o clima organizacional da empresa e a produtividade;
- c) Diminuir o índice de absenteísmo/presenteísmo nas empresas;
- d) Diminuir o “*turn over*” de funcionários;
- e) Diminuir o investimento em Programas de Qualidade de Vida nas Empresas;
- f) Otimizar os investimentos do SUS e das OPS em programas de prevenção e controle das DCNTs;
- g) Promover economia financeira para a empresa em negociação com as operadoras de planos de saúde;
- h) Melhorar a imagem social da empresa por meio de ações de Responsabilidade Social;
- i) Incentivar os funcionários a serem agentes socialmente responsáveis, promovendo mudança na saúde da família e comunidade a qual estão inseridos

1.4. Hipóteses

Ao identificar e atuar com a população de risco para desenvolver doenças crônicas dentro das empresas e trabalhar para a sua prevenção, gerenciamento e promoção do bem-estar, acredita-se na possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e da comunidade a qual a empresa está inserida, melhorando a imagem social da empresa, e promovendo maior retorno financeiro de produtividade e redução dos custos em negociação com as Operadoras de Planos de Saúde (OPS), além de reduzir o impacto que a população ativa afastada por

problemas relacionados às doenças crônicas causa aos cofres públicos (saúde e previdência social).

2. METODOLOGIA

Foi proposto um estudo Metodológico, com pesquisas bibliográficas e documentais, instrumentalizando e esclarecendo quanto às possibilidades de um novo olhar para a elaboração de um Projeto de Gestão da Qualidade de Vida do Trabalhador integrado às propostas do SUS e da ANS de detecção, prevenção e atuação nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, viabilizando um trabalho em conjunto dos dois setores envolvidos, diminuindo os investimentos e aumentando as taxas de retorno para as empresas, para o SUS e para as OPS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência própria da saúde. Tal situação, resultante de um processo constituinte, estimulou estados e municípios a atualizarem seus estatutos jurídicos de forma a acompanhar essas modificações e reforçar suas práticas no campo da Saúde, em especial da Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005).

Em 1990, o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei nº 8.080 contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador em seu artigo 6º, conceituando-a como:

(...) um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

As intervenções em Saúde do Trabalhador estão embasadas na concepção de que a saúde para o trabalhador não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também, e, principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, com intenção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, mas também outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida (BRASIL, 2009).

As Normas Regulamentadoras (NRs), relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas, públicas e pelos órgãos públicos da administração direta, indireta, Poderes Legislativo e Judiciário que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Elas instituem mecanismos importantes que vão ao encontro das estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Como exemplo, podemos citar a obrigatoriedade da manutenção dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), cuja finalidade é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Os SESMT deverão manter entrosamento permanente com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), valendo-se dela como agente multiplicador, e deverão estudar suas observações e solicitações, propondo soluções corretivas e preventivas.

Além do SESMT e da CIPA, os empregadores necessitam elaborar e implementar os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

Todas essas instituições e programas são de caráter obrigatório, devem ser criados e mantidos pelo empregador. Entretanto, seus objetivos e áreas de atuação - promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças do trabalho - podem perfeitamente atuar em conjunto com os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças dos planos de saúde coletivos ou na esfera municipal com as ações de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

3.2. Qualidade de vida no trabalho

Em muitos textos, o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho parte do conceito de Controle da Qualidade Total, que segundo SCHIMIDT (2000):

A sigla "T.Q.C." (Total Quality Control), que representa o controle da qualidade total, é um sistema administrativo aperfeiçoado no Japão, a partir de ideias americanas ali introduzidas logo após a Segunda Guerra Mundial e com expansão muito rápida para outros países. O "Controle da Qualidade Total" utiliza-se, principalmente, de controles estatísticos, da Teoria de Taylor e está fundamentado

na filosofia de Maslow. A teoria Maslowiana tem uma abordagem holística que defende a possibilidade real de melhorar a natureza e a sociedade humana a partir da elevação da motivação.

Para LIMONGI-FRANÇA (2001) “os principais focos de atuação na Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho (G-QVT) estão associados a Sistemas de Qualidade, Potencial Humano e Saúde e Segurança do Trabalho” entre os quais o foco sistemas de qualidade envolve as políticas e os programas de Qualidade Total, Certificação ISO 9000 e muitos outros métodos e prática gerenciais centrados na satisfação do cliente (Interno e Externo).

Para essa autora, “a Qualidade de Vida no Trabalho é o conjunto das ações de uma empresa no sentido de implantar melhorias e inovações gerenciais, tecnologias e estruturais no ambiente de trabalho” (LIMONGI-FRANÇA, 1996).

A partir destes conceitos, separamos a questão das doenças do trabalho e a saúde do trabalhador como foco desta nossa proposta de programa, porém, o mesmo deve fazer parte de uma política de G-QVT, que envolve muito mais do que o Departamento Médico e Recursos Humanos de uma empresa. Esta proposta deve fazer parte de um programa gerencial que envolve também a cultura organizacional e, muitas vezes, a atuação na engenharia, com mudanças ergonômicas mais saudáveis e baseadas em modelos participativos.

Caracterizando as doenças do trabalho temos, segundo o Decreto n. 7.602 de 2011, que estabelece a PNSST, o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de:

- agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”;
- doenças que tem sua frequência, surgimento ou gravidade modificado pelo trabalho, denominadas “doenças relacionadas ao trabalho” e;
- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores.

Com foco na segunda e terceira descrição é que elencamos as DCNTs como foco de ação do programa de qualidade de vida do trabalhador proposto.

Para melhor esclarecimento e justificativa, segue abaixo o conceito de cada doença. Lembrando que as suas causas comuns são principalmente o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool é que o programa busca agir de forma preventiva e de controle da saúde dos funcionários.

3.3. Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Vamos considerar neste trabalho para monitoramento e implantação do programa de melhora da qualidade de vida do trabalhador as quatro DCNTs estabele-

cidas no Plano de Ação 2008 – 13 da OMS para DCNT que são:

- Doenças Cardiovasculares;
- Diabetes;
- Câncer;
- Doenças Respiratórias Crônicas.

3.3.1. Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são aquelas que afetam o coração e as artérias, como os já citados infarto e acidente vascular cerebral, e também arritmias cardíacas, isquemias ou anginas. A principal característica das doenças cardiovasculares é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias, ao longo dos anos, que impede a passagem do sangue. (Portal Brasil, Acesso em 06/08/2012).

A hipertensão, além de ser uma doença tratável, também é um problema crônico comum. É um marco importante, passível de ser medida clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática, sua incidência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Mesmo sendo assintomática inicialmente, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas.

Segundo SCHMIDT et al. (2011), as doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar da sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil. Segundo estudo, a carga de mortalidade, especialmente mortes prematuras atribuíveis a doenças cardiovasculares, afeta, de maneira desproporcional, a população pobre e essas internações geram o maior custo referente às internações hospitalares no sistema de saúde nacional.

Segundo o VIGITEL – Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por intermédio de entrevistas telefônicas implantadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e realizado em 2008, na população brasileira na faixa de idade igual ou maior de 18 anos, a prevalência de pessoas que admitiram serem portadores de diabetes para o conjunto de municípios foi de 5,2%; a de hipertensão foi de 23,1%. A partir desses dados, estima-se, então, haver no Brasil cerca de 7.800.000 de adultos com diabetes e 33.000.000 de adultos com hipertensão diagnosticados.

A hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes. (VILA-NOVA, R.S., 2012).

O estudo Afimar (Fatores de Risco Associados com o Infarto do Miocárdio no Brasil), o maior já realizado no País, pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, “o homem fumante tem cinco vezes mais chance de ter um infarto que o não fumante. Os riscos provocados pelo comportamento superam inclusive histórico familiar de doença cardiovascular”. Estudo recente do Hospital do Coração (HCor), de São Paulo, apontou que também jovens entre 20 e 40 anos estão tendo mais problemas cardiovasculares, como infartos. Segundo Ricardo Pavanello, supervisor de cardiologia do HCor e autor do estudo, os casos nesta faixa etária já representam, em média, 12% do total. Há dez anos, esse número não passava de 6%. As razões, segundo o médico, são estresse associado ao fumo e a outros fatores de risco, como peso acima do ideal. (Portal Brasil, Acesso em 06/08/2012)

3.3.2. Diabete Mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

No mundo, o número de mortes atribuídas ao DM esta em torno de 800 mil; entretanto, é fato bem estabelecido que essa quantidade de óbitos seja consideravelmente subestimada. Frequentemente, o DM não é mencionado na declaração de óbito pelo fato de serem suas complicações, particularmente as cardiovasculares e cerebrovasculares, as causas da morte. E são essas causas que figuram nas estatísticas de mortalidade.

Estima-se que, em 1995, o diabetes atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

No Brasil, no final da década de 80, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6% a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006).

O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos

indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30% a 45% terão algum grau de retinopatia, 10% a 20%, de nefropatia, 20% a 35%, de neuropatia e 10% a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (KING, 1998).

Inúmeros indivíduos diabéticos são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência das complicações crônicas ou ficam com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. Entretanto, em algumas situações nas quais essa estimativa tem sido feita, esses custos são equivalentes ou mesmo superiores aos diretos com a saúde. Por exemplo, em 1997, as estimativas para os EUA dos custos diretos para o tratamento do DM foram de US\$ 44 bilhões em comparação com US\$ 54 bilhões para os custos indiretos. Combinando as estimativas para 25 países latino-americanos, pode-se inferir que os custos decorrentes da perda de produção pela presença do DM podem ser cinco vezes maiores do que os diretos (SBD, 2006).

A prevenção do DM efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ser feito com a prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolverem o DM. Ela tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações do DM. Isso, porém, envolve programas de saúde da população nos diferentes níveis de atenção tanto na saúde pública quanto no setor privado.

3.3.3. Câncer

Câncer é o termo usado para designar um conjunto de mais de 100 (cem) doenças caracterizadas pela proliferação descontrolada de células, o que leva à formação de um tecido anormal: o tumor. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo e sua formação pode ser induzida por fatores internos (herança genética) ou externos (exposição a agentes cancerígenos, hábitos alimentares, entre outros) ou por ambos simultaneamente.

Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média renda.

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013, e apontam a ocorrência de aproximadamente 520 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, esti-

ma-se um total de 385 mil casos novos (INCA, 2011).

O câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis podem causar danos devastadores para famílias inteiras, principalmente quando o chefe da família adoece, sendo ele o provedor da única fonte de renda, bem como quando um dos pais é acometido pela doença e os filhos passam a exercer atividades de cuidado da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado para a idade.

Medidas preventivas devem ser implantadas agora para reduzir a carga do câncer, como, por exemplo, o controle do tabagismo contra os cânceres tabaco relacionados, e a vacinação para hepatite, contra o câncer do fígado.

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois quando o número de casos novos aumentar, de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Então, mais e mais pessoas terão câncer e correrão o risco de morrer prematuramente por causa da doença. As consequências poderão ser devastadoras nos aspectos social e econômico.

Para uma efetiva política de enfrentamento do câncer são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos (não esquecendo a ênfase em ambientes de trabalho e nas escolas); além de considerar também a situação socioeconômica e as desigualdades existentes nas diversas regiões do Brasil (GUERRA, M.R., GALLO, C.V.M., MENDONÇA, A.S., 2005).

3.3.4. Doenças respiratórias crônicas

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores quanto das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundial.

Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças e de alergias respiratórias em todos os países do mundo, e mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento. As DRC estão aumentando em prevalência, particularmente entre as crianças e os idosos. Afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, gerando sofrimento humano (WHO, 2008).

Alguns fatores de risco mais importantes para DCR preveníveis já foram identificados e com medidas eficazes de prevenção. São eles:

- Hábito de fumar cigarros ou tabagismo passivo;
- Poluição doméstica (fogão a lenha);
- Poluição ambiental;
- Alérgenos, como pólen, mofo, animais de estimação e ácaros na roupa de cama, carpetes e estofados;
- Exposição a riscos ocupacionais;
- Algumas doenças como esquistossomose e doença falciforme;
- Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco com impacto significativo sobre essas doenças;
- O aumento na expectativa de vida representa fator de risco independente para esse grupo de doenças (CAMARGOS,P; KHALTAEV,N., 2006).

3.4. Fatores de risco

Para as quatro doenças são eleitos quatro fatores de risco compartilhados:

- Tabagismo;
- Inatividade física;
- Alimentação não saudável;
- Uso prejudicial de álcool (SCHIMIDT et al, 2011).

O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, tabaco, álcool), cujas evidências científicas de associação com doenças crônicas estejam comprovadas, é uma das ações mais importantes da vigilância; sobre essas evidências observadas podem-se programar ações preventivas de maior poder custo-efetivo (MALTA et al, 2006).

3.4.1. Tabagismo

Uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública não somente nos países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer (BRASIL, 2004).

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que apro-

ximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar (INCA, 2012).

Nos últimos dados divulgados pelo VIGITEL (2011), o número de fumantes no Brasil caiu de 16,2%, em 2006, para 14,8%, em 2011; entre os homens, o percentual de fumantes ficou em 18,1% e entre as mulheres, 12%. Estes, em compensação, estão deixando mais o cigarro: 25% se declararam ex-fumantes, enquanto 19% das mulheres afirmaram terem sido tabagistas.

Existe o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo, coordenado pelo INCA, que visa combater a prática e o consumo do tabaco no país. Na iniciativa privada ocorrem vários movimentos que estimulam iniciativas de Combate ao Tabagismo dentro das empresas, para promoção e prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores. Porém, tais programas não podem parar somente na proibição do fumo dentro das empresas e na informação dos prejuízos causados por essa prática. É preciso uma ação integrada dos empregadores e dos funcionários para estimular a suspensão do uso do tabaco, bem como o acompanhamento médico focado para esses grupos, a fim de evitar efeitos como aumento do absenteísmo e queda da produtividade dos envolvidos no programa de Combate ao Tabagismo no ambiente de trabalho.

3.4.2. Inatividade física

O papel da prática de atividades físicas na prevenção de doenças crônicas já foi comprovado por estudos científicos desde a década de 90, porém, segundo os dados da pesquisa VIGITEL, de 2011, essa prática foi reduzida de 15,6%, em 2009, para 14%, em 2011, na população brasileira.

A inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade.

Em um estudo publicado recentemente pela revista The Lancet (LEE, I-Min. et al, 2012), em todo o mundo, estima-se que a inatividade física faz com que 6% (variando de 3,2% no sudeste da Ásia para 7,8% na região do Mediterrâneo Oriental) da carga de doença cardíaca coronária, 7% de diabetes do tipo 2, 10% do câncer da mama, e 10% de câncer do cólon. A inatividade física causa 9% de mortalidade prematura ou mais de 5,3 milhões dos 57 milhões de mortes ocorridas em todo o mundo, em 2008. Se o sedentarismo não fosse eliminado, mas diminuísse cerca de 10% ou 25%, mais de 533.000 e mais de 1,3 milhões de mortes, respectivamente, poderiam ser evitadas todos os anos. Estima-se que a eliminação de inatividade

física aumentaria a expectativa de vida da população do mundo por 0,68 anos.

No que se refere às recomendações para prática de atividade física em adultos e idosos, em 1995, foram publicadas recomendações para adultos pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças Americano (CDC) e o ACSM, os quais deviam acumular 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada na maioria ou em todos os dias da semana (BRASIL, 2009).

<p>Recomendações da ACSM e AHA para adultos saudáveis com menos de 65 anos</p> <p>Realizar 30 minutos de atividade física moderada 5 dias por semana</p> <p>OU</p> <p>Realizar 20 minutos de exercícios vigorosos 3 dias por semana</p> <p>E</p> <p>Realizar 8 a 10 exercícios de treinamento de força, com 8 a 12 repetições para cada exercício, duas vezes por semana.</p>
<p>Recomendações da ACSM e AHA para adultos saudáveis com 65 anos ou mais (ou adultos com idade entre 50 a 64 anos portadores de condições crônicas, como artrite)</p> <p>Realizar 30 minutos de atividade física moderada 5 dias por semana</p> <p>OU</p> <p>Realizar 20 minutos de exercícios vigorosos 3 dias por semana</p> <p>E</p> <p>Realizar 8 a 10 exercícios de treinamento de força, com 10 a 15 repetições para cada exercício, duas a três vezes por semana</p> <p>E</p> <p>Se o indivíduo estiver sob risco de queda, realizar exercícios de equilíbrio</p> <p>E</p> <p>Ter um plano de atividade física</p>

Fonte: BRASIL, 2009

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil academias até 2014. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física. Somente em 2011, houve mais de mil projetos em andamento em todo o país. (BRASIL, 2011)

3.4.3. Alimentação não saudável

As recomendações dietéticas para população e indivíduos estabelecidas pela OMS e que fundamentam as diretrizes deste guia são:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar o consumo energético procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e eliminar as gorduras trans;
- Aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e frutas secas;
- Limitar o consumo de açúcares livres;
- Limitar o consumo de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado (BRASIL, 2008).

O Programa “Cinco ao Dia” ressalta que o risco de adoecimento por DCNT diminui com o consumo de, no mínimo, cinco porções diárias (cerca de 500g no total) de frutas ou verduras ou legumes, combinados de forma variada, e que a proteção é maior quanto maior for o consumo desses alimentos (ANS, 2009).

Segundo relatório VIGITEL (2011), as mulheres consomem mais frutas e verduras que os homens, porém, estes representam percentual maior no consumo de carnes com excesso de gordura, leite com teor integral de gordura, consumo regular de refrigerantes e feijão.

Um problema decorrente da alimentação não saudável é o excesso de peso, que se apresenta também como um importante fator de risco para outros problemas de saúde.

A redução de peso reduz o risco cardiovascular e a incidência de DM. O tratamento da obesidade a curto e médio prazo reduz os níveis de glicemia, pressão arterial e melhora o perfil lipídico. Algumas orientações nutricionais com caráter restritivo - por exemplo, para que se consumam menos gorduras, gorduras saturadas e açúcares, menos sódio (sal) - são, contudo, inevitáveis frente às evidências científicas que relacionam o consumo excessivo desses grupos de alimentos ao risco aumentado de desenvolvimento de DCNT, repercutindo nas estatísticas nacionais e internacionais de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2008).

3.4.4 Alcoolismo

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que têm seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Nas últimas décadas, o seu consumo vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte desse aumento deve-se aos países em desenvolvimento. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e 4,0% das Disabilities Adjusted Life Year (DALY).

Nos países em desenvolvimento, com baixa mortalidade, dentre eles o Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das DALY (BRASIL, 2004).

Os efeitos do álcool variam, de acordo com a rapidez e a frequência com que ele é ingerido, com a quantidade de alimentos consumidos durante a ingestão de bebidas alcoólicas, com o peso da pessoa e seu estado de espírito etc. O álcool atinge rapidamente a circulação sanguínea e todas as partes do corpo, inclusive o sistema nervoso, provocando, mesmo em doses pequenas, a diminuição da coordenação motora e dos reflexos, o estado de euforia e a desinibição.

Muitas doenças são causadas pelo uso contínuo do álcool: doenças neurais, mentais, musculares, hepáticas, gástricas, pancreáticas e, entre elas, o câncer, sem falar nos problemas sociais que estão associados à ingestão de bebidas alcoólicas: acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, faltas ao trabalho e atos de violência (INCA, 2012).

A última divulgação da pesquisa VIGITEL (2011) apontou que o percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram álcool de forma abusiva (5 doses ou mais para os homens e 4 doses ou mais para as mulheres), por sexo está em cerca de 17 % dos entrevistados, dentre os quais 26,2% são do sexo masculino e 9,1% do sexo feminino. Porém, esses dados demonstram que não houve mudança de consumo abusivo de álcool nos últimos seis anos. Até 2010, mulheres tiveram tendência ao aumento, mas em 2011 houve declínio.

Segundo estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) (VAISMANN, 1995 apud BRASIL, 2004), aponta que de 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, cujas consequências se traduzem em:

- Três vezes mais licenças médicas do que aquelas concedidas para outras doenças;
- Cinco vezes mais chances de acidentes de trabalho;
- 50% do total de absenteísmo e licenças médicas;
- Utilização de 08 vezes mais diárias hospitalares;
- Utilização, por parte da família, de três vezes mais a assistência médica e social das empresas (BRASIL, 2004).

3.5. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida e qualidade de vida do trabalhador

Existem hoje várias formas de avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Podemos encontrar na literatura alguns indicadores gerais de qualidade de vida, como os propostos pelo WHOQOL Group (WHOQOL 100 OU

WHOQOL *brief*) ou exclusivos de QVT, como os modelos propostos e elaborados a partir de indicadores específicos. Para estes, podemos citar as teorias de Walton (1973), Westley (1979), Davis & Werther (1983) e Hackman & Oldham (1975), apud FREITAS e SOUZA (2008) ilustradas mais abaixo na Tabela 1.

Estes instrumentos têm sido frequentemente utilizados como Gestão Estratégica da Qualidade de Vida no Trabalho (G-QVT) no ambiente empresarial.

Tabela 1 Indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho

Dimensões e Subdimensões do Modelo Proposto	Walton (1973)	Westley (1979)	Davis & Werther (1983)	Hackman & Oldham (1975)
1. Integração Social na Organização	Integração Social	—	—	Inter-relacionamento
1.1 Igualitarismo				
1.2 Ausência de Preconceito				
1.3 Facilidade de Mobilidade social				
1.4 Apoio Social				
1.5 Condições de Abertura Inter-pessoal				
2. Utilização da Capacidade Humana	Oportunidade imediata para uso e desenvolvimento da Capacidade Humana	Indicador psicológico e sociológico	Elementos comportamentais e organizacionais	—
2.1 Autonomia				Autonomia
2.2 Uso múltiplo de Habilidade				Variedade de Habilidades
2.3 Quantidade e qualidade de informações				—
2.4 Execução de tarefas completas				Variedade de Habilidades
2.5 Planejamento no Trabalho				Identidade da tarefa
2.6 <i>Feedback</i> (extrínseco e intrínseco)	—	<i>Feedback</i> extrínseco e intrínseco		
3. Segurança e saúde nas condições de trabalho	Segurança e saúde nas condições de trabalho	—	—	—
3.1 Horários				
3.2 Condições Físicas				
3.3 Limites de idade para o trabalho				
3.4 Qualidade/quantidade de recursos materiais				
3.5 Condições psicológicas	Indicador Psicológico			
4. Constitucionalismo	Constitucionalismo	Indicador político e sociológico	—	—
4.1 Privacidade				
4.2 Livre expressão				
4.3 Igualdade de tratamento				
4.4 Possibilidade de recurso				

Dimensões e Subdimensões do Modelo Proposto	Walton (1973)	Westley (1979)	Davis & Werther (1983)	Hackman & Oldham (1975)
5. Trabalho e espaço de vida	Trabalho e espaço de vida	—	—	—
5.1 Tempo de horas extras				
5.2 Tempo com família				
5.3 Atividades cívicas beneficentes				
6. Compensação	Compensação justa e adequada	Indicador econômico	—	Satisfação com pagamento e compensações
6.1 Justa				
6.2 Adequada				

Fonte: Adaptado FREITAS, A.L.P.; SOUZA, R.G.B. (2008)

3.5.1. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

O WHOQOL-100 é um instrumento que apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Consiste em um questionário de 100 perguntas divididas em seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões. Assim, o Instrumento é composto por 24 facetas específicas descritas na tabela abaixo e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de qualidade de vida.

Tabela 2 Domínios propostos pelo WHOQOL - 100

Domínio I - Domínio físico

- 1) Dor e desconforto
- 2) Energia e fadiga
- 3) Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

- 4) Sentimentos positivos
- 5) Pensar, aprender, memória e concentração
- 6) Autoestima
- 7) Imagem corporal e aparência
- 8) Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de independência

- 9) Mobilidade
- 10) Atividades da vida cotidiana
- 11) Dependência de medicação ou de tratamentos
- 12) Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

- 13) Relações pessoais
- 14) Suporte (Apoio) social
- 15) Atividade sexual

Domínio V - Ambiente

- 16) Segurança física e proteção
- 17) Ambiente no lar
- 18) Recursos financeiros
- 19) Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- 20) Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 21) Participação em oportunidades de recreação/lazer
- 22) Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 23) Transporte

Domínio VI - Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais

- 24) Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: Fleck M.P.A. et al. (1999)

Para FLECK et al. (1999, p. 26) na publicação do desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS conclui que:

O trabalho com os grupos focais permitiu concluir que as questões de qualidade de vida apresentam uma boa validade de face, quando examinadas por pessoas da comunidade, pacientes ambulatoriais e hospitalizados, e profissionais de saúde, a simplicidade do vocabulário e da estrutura da formulação das questões facilita a leitura mesmo por pessoas com nível educacional baixo e com vocabulário restrito.

Segundo os autores, uma crítica corresponde ao fator de tratar-se de um auto-questionário, que apresenta os problemas inerentes a este método em populações de baixo nível educacional. Porém, a lista de facetas foi considerada válida pela maioria dos participantes do estudo.

Quanto às indicações de aplicação deste questionário na versão em português podem ser variadas segundo os autores que vão desde um instrumento auxiliar na prática clínica; uma forma de aprimorar a relação médico-paciente; um instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos em especialidades médicas diversas; até um instrumento de avaliação de serviços de saúde ou um instrumento de avaliação de políticas de saúde.

A versão simplificada (WHOQOL-brief) foi criada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, a partir da necessidade de um instrumento mais curto que demandasse pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias.

O WHOQOL-brief consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-brief é avaliada por apenas uma questão. Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, constituindo um instrumento também validado para aplicação em um Programa de Gestão da Qualidade de Vida do Trabalhador.

3.5.2. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida do trabalhador

Os instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida:

(...) avaliam aspectos do estado de saúde, específicos para uma determinada situação. Podem ser específicos para uma doença, para uma população, para uma função ou para uma condição. Apresentam grande capacidade de alteração frente a uma determinada intervenção, sendo esta uma de suas principais características, o que faz com que estes instrumentos sejam os mais utilizados, na atualidade, em ensaios clínicos que avaliam uma determinada terapêutica. Contudo, não conseguem medir, de forma global, determinados aspectos da qualidade de vida. (TESTA & SIMONSON, 1996 apud DEL CASTILLO et al, 2012; pág. 14)

O uso de um instrumento fidedigno para gerenciamento dos Programas de Qualidade de Vida no Trabalho permite a constante reavaliação dos resultados e investimentos do projeto, além de fornecer dados concretos para valorização da empresa no contexto social relacionados às exigências de clientes internos, externos e sociedade civil.

Relacionado à proposta deste trabalho, o uso de um instrumento capaz de apontar vários indicadores que exercem influência sobre a QVT dos colaboradores e os avalia de forma fidedigna, favorecendo a parceria das empresas com os planos de ação governamentais relacionados à promoção da saúde, QV e cuidados das DCNT.

Para exemplo disso, foi proposto por REIS JR, D.R.; PILATTI, L.A.; PEDROSO, B. (2011) a criação do instrumento de avaliação QWLQ-78, no qual o primeiro pas-

so foi a definição dos indicadores a serem avaliados (Tabela 3) e teve como base o marco teórico referencial já explicado na Tabela 1, composto, entre outros, pelos modelos clássicos de QVT, Walton (1973); Westley (1979); Hackman e Oldham (1983) e Werther e Davis (1983).

Tabela 3 Relação dos indicadores de QVT e seus autores de referência

Indicadores	Autor(es) de referência
Absenteísmo	Alves (2001) Hackman e Oldham (1983)
Alimentação adequada	Nahas (2001) Limongi-França e Zaima (2002)
Assistência médica	Nahas (2001)
Ausência de insalubridade/cansaço	Walton (1973)
Autoavaliação	Westley (1979) Limongi-França e Zaima (2002)
Autocontrole relativo	Walton (1973)
Autoestima	Barros (1999) Machado (2002)
Autonomia	Hackman e Oldham (1983) Walton (1973) Rego et al (2003) Werther e Davis (1983) Westley (1979)
Burocracia	Gutierrez (2004)
Carga horária	Walton (1973) Westley (1979)
Cooperação entre níveis hierárquicos	Marques e Gutierrez (2006)
Doenças crônicas/LER/DORT	Mendes e Leite (2004)
Equidade interna e externa	Walton (1973) Rego et al (2003) Westley (1979)
Espírito de Camaradagem	Rego et al (2003) Limongi-França e Zaima (2002)
Estabilidade de horários e no trabalho	Walton (1973)
Exercício físico regular/Hábitos saudáveis	Nahas (2001) Limongi-França e Zaima(2002)
Ginástica laboral	Mendes e Leite (2004)
Habilidades e disponibilidades de empregados	Werther e Davis (1983)
Hereditariedade	Nahas (2001)
Identidade com a tarefa	Werther e Davis (1983) Hackman e Oldham (1983)
Igualdade	Walton (1973)
Imagem da empresa	Walton (1973) Limongi-França e Zaima (2002)
Índices de acidentes de trabalho	Limongi-França e Zaima (2002)

Indicadores	Autor(es) de referência
Informações sobre o processo total do trabalho	Walton (1973)
Lazer próprio e da família	Nahas (2001) e Walton (1973)
Liberdade de expressão	Walton (1973) e Westley (1979)
Metas e objetivos no trabalho	Nahas (2001)
Moradia	Nahas (2001)
Motivação	Limongi-França (2004) Machado (2002) Hackman e Oldham (1983)
Mudanças geográficas	Walton (1973)
Necessidades básicas satisfeitas	Maslow (1985)
Nível de desafio	Westley (1979)
Orgulho do trabalho	Westley (1979)
Participação nas decisões	Bowditch e Buono (1992) Westley (1979)
Partilha de ganhos na produtividade	Alves (2001) Walton (1973) Rego et al (2003)
Possibilidades de carreira/Aprendizagem e Avanço salarial	Walton (1973) Rego et al (2003) Westley (1979) Limongi-França e Zaima(2002)
Preconceitos	Walton (1973)
Privacidade pessoal	Walton (1973)
Realização Pessoal	Westley (1979)
Relação chefe/subordinado/colegas	Rego et al (2003) Westley (1979)
Relacionamento trabalho/família	Limongi-França (2004) Nahas (2001) Walton (1973) Machado (2002) Rego et al (2003) Limongi-França e Zaima (2002)
Relações intrapessoais/cultura familiar	Limongi-França (2004) Nahas (2001) Walton (1973) Westley (1979)
Remuneração	Nahas (2001) Walton (1973) Westley (1979) Limongi-França e Zaima (2002)
Respeito dos colegas e dos superiores	Rego et al (2003)
Responsabilidade pelos produtos/serviços	Walton (1973) Limongi-França e Zaima (2002)

Indicadores	Autor(es) de referência
Responsabilidade social /direitos trabalhistas /Benefícios	Limongi-França (2004) Walton (1973)
Retroalimentação/ reconhecimento do trabalho	Werther e Davis (1983) Westley (1979) Hackman e Oldham (1983)
Segurança	Nahas (2001) Walton (1973) Westley (1979)
Síndrome de Burnout (excesso de trabalho)	Limongi-França e Zaima (2002)
Stress (sono, cefaléias, dores lombares e problemas estomacais etc.)	Limongi-França (2004) Nahas (2001) Limongi-França (2004)
Transporte/ Mobilidade	Nahas (2001) Walton (1973)
Treinamento de pessoal	Limongi-França e Zaima (2002)
Valores e crenças pessoais	Limongi-França (2004) Westley (1979)
Valores familiares	Limongi-França (2004)
Variedade da tarefa	Westley (1979) Hackman e Oldham (1983)
Vida pessoal preservada	Limongi-França e Zaima (2002)

Fonte: REIS JR, D.R.; PILATTI, L.A.; PEDROSO, B., 2011.

Foram estabelecidas questões que abrangessem todas as variáveis de cada indicador, segundo os autores, configurando ao todo 78 questões. Porém, devido ao grande número de questionamentos, surgiu a necessidade de organizá-los de forma mais didática, facilitando a organização e o preenchimento.

Os autores do Questionário optaram pela criação de quatro grandes domínios: Físico/Saúde; Psicológico; Pessoal e Profissional, além do número de questões para cada domínio:

- **Físico/Saúde:** abordam todos os aspectos relacionados com a saúde, doenças relacionadas ao trabalho e hábitos saudáveis dos colaboradores (17 questões);
- **Psicológico:** Aborda todos os aspectos relacionados à satisfação pessoal, motivação no trabalho e autoestima dos colaboradores (10 questões);
- **Pessoal:** aborda os aspectos familiares, crenças pessoais e religiosas, e aspectos culturais que influenciam o trabalho dos colaboradores (16 questões);
- **Profissional:** aborda os aspectos organizacionais que podem influenciar a QV dos colaboradores (35 questões). (REIS JR, D.R.; PILATTI, L.A.; PEDROSO, B., 2011)

Segundo LIMONGI-FRANÇA (2001, pág. 12):

A ideia é – por meio de indicadores – viabilizar maior capacidade estratégica, gerencial e operacional para questões de qualidade de vida no trabalho. A consolidação de indicadores de gestão da qualidade de vida no trabalho pode levar a área de gestão de pessoas a um amadurecimento conceitual e metodológico com a mesma importância de outras áreas da organização. Localizar e descrever aspectos que permitam registro, comparações e avaliações na construção de um método de análise baseado em indicadores.

3.6. Screening sobre o perfil de saúde populacional para dcnts

Para iniciarmos o assunto em instrumentos de avaliação ou screening do perfil de risco à saúde de um indivíduo ou de uma população devemos considerar como objetivo principal manter e melhorar o status de saúde e oferecer feedback ao indivíduo, visando incentivá-lo a praticar hábitos saudáveis, reduzindo os fatores que favorecem os agravos. Para esse fim, os instrumentos de avaliação devem responder a pelo menos três questões:

- Ser capaz de classificar o risco em qualquer gravidade: a gravidade pode ser medida em termos de mortalidade prematura, anos de vida saudável perdidos ou mesmo o custo gerado pelos indivíduos de maior risco para o empregador e para a sociedade;
- Além de reconhecer que a exposição ao risco pode nem sempre resultar nos danos mais comuns à saúde do indivíduo, existem evidências que apoiam a detecção e eliminação destes fatores no processo preventivo;
- Em terceiro lugar, algumas exposições ao risco insalubre são obviamente inevitáveis, mas reduzir a interação com outros fatores ambientais, biológicos e sociais reduzem o agravo das condições de saúde da população.

Existem hoje várias ferramentas para avaliar o risco em saúde. Esse conceito, porém, originou, na década de 70, nos Estados Unidos, pelos médicos Dr. Lewis C. Robbins e Jack Hall, que desenvolveram o primeiro conjunto de tabelas de avaliação do risco em saúde (HRA), sendo apresentado à comunidade médica no livro: *How to Practice Prospective Medicine*, deste mesmo ano.

Foi a partir da década de 80 que a versão do questionário tornou-se popular, elaborada com cálculo dos riscos e estratégias de *feedback* ao paciente, tornando-se amplamente utilizada, especialmente em ambiente de trabalho.

Outras ferramentas também foram desenvolvidas e, atualmente, existem questionários gerais para avaliação do risco em saúde e destinados a mensurar a probabilidade de mortalidade, morbidade ou ocorrência de doenças como o HRA, mas também questionários específicos baseados no estilo de vida, condições ambientais, idade, gênero, condições específicas de doença.

Extensas pesquisas revelaram que o HRA pode ser utilizado de forma eficaz para:

- Identificar os fatores de risco em saúde;
- Prever os custos relacionados com a saúde;
- Medir o grau de absenteísmo e presenteísmo;
- Avaliar a eficácia e retorno sobre o investimento das estratégias de promoção da saúde (ROI).

Conforme refere ABREU (2004) acerca do HRA de Robbins e Hall:

O questionário inquirir sobre os parâmetros gerais da saúde tais como: peso, pressão arterial, níveis de colesterol, etc. (dados coletados no exame médico), e sobre os parâmetros de comportamentos e estilo de vida (dieta, uso de tabaco e de álcool, atividade física, etc.) e, dados a história familiar.

A base para a computação do risco são os dados de saúde das populações, onde se compara as respostas do indivíduo com a base de dados. Em geral, os fatores de risco são precursores de doenças. Cada fator de risco está associado a um risco relativo numérico para uma determinada doença.

O relatório individual do risco é baseado em dados estatísticos que comparam a situação do indivíduo avaliado com os dados da população em geral. O relatório é composto por um sumário de riscos da pessoa com comportamentos do estilo de vida, finalizando com sugestões de como mudá-los e reduzir o risco para a doença.

A eleição de um modelo de questionário para detecção do risco em saúde dentro de um programa de promoção da qualidade de vida dos trabalhadores em uma empresa depende da familiaridade dos coordenadores do programa, que devem conhecer muito bem a ferramenta, a fim de transmitir confiança aos entrevistados e segurança na análise dos dados e na proposta de ação.

3.7. Gerenciamento de projetos

Gerenciamento de Projetos (GP) é uma área da atuação e conhecimento que vem aumentando nos últimos anos no mundo inteiro, recebendo cada vez mais reconhecimento e importância. Um dos principais difusores do gerenciamento de

projetos e da profissionalização dos gestores da área é o Instituto de Gerenciamento de Projetos (*PMI - Project Management Institute*).

Uma das principais iniciativas do PMI na difusão do conhecimento em gerenciamento de projetos é a publicação de padrões globais, programas e portfólios, sendo a mais popular delas o Guia PMBOK – *Project Management Body of Knowledge* ou Guia do Conjunto de Conhecimentos em Gerenciamento de Projetos.

O PMBOK formaliza diversos conceitos em gerenciamento de projetos, como a própria definição de projeto e do seu ciclo de vida. Segundo esse instituto, um projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado *exclusivo*.

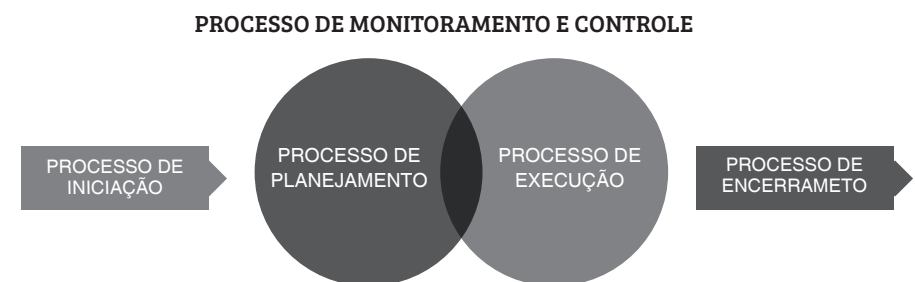
Dois termos da definição de projetos merecem destaque: *temporário* não significa necessariamente de curta duração, mas que um projeto possui um início e um término definidos. Isso distingue o projeto dos trabalhos operacionais de natureza contínua.

E *exclusivo* indica a singularidade da natureza de cada projeto, mesmo que elementos repetitivos ou similares possam estar presentes em algumas entregas do projeto, o resultado de cada projeto é obtido sob uma combinação exclusiva de objetivos, circunstâncias, condições, contextos, fornecedores, etc (D'ÁVILA, 2011).

As nove áreas de conhecimento que caracterizam os principais aspectos envolvidos em um projeto e no seu gerenciamento são: escopo, tempo, custo, qualidade, recursos humanos, comunicações, riscos aquisições e integração.

Para que ocorra o Processo de Gerenciamento do Projeto são seguidos cinco grupos de processos conhecidos como Áreas do Conhecimento: Iniciação, Planejamento, Execução, Monitoramento/Controle e Encerramento.

Figura 1 Processos propostos pelo PMI - PMBOK



Fonte: Adaptação da autora - PMBOK

3.8. Avaliação dos resultados de gestão de pessoas

A avaliação dos resultados de Gestão de Pessoas tem um papel importante em ambientes empresariais competitivos, pois instrumentaliza os gestores de negócios

e profissionais da área para gerenciar essas práticas de gestão, além de propiciar maior acompanhamento dos objetivos alcançados pela empresa.

Atualmente, esforços para desenvolver políticas e práticas de gestão de pessoas são muito pertinentes porque, por meio da avaliação clara do aspecto financeiro investido muito ganho pode ser obtido como, por exemplo, a possibilidade de direcionar os investimentos para os resultados que agregam valor para a organização, alinhando a gestão de pessoas aos objetivos e metas da empresa. (OLIVEIRA & LIMONGI-FRANÇA, 2005).

Falar de Qualidade de Vida do Trabalhador e parceiras para detecção e controle das DCNT sem discorrer sobre o retorno financeiro para as organizações envolvidas nesse projeto torna a proposta infundada. O cálculo do retorno sobre o investimento (ROI) precisa ser realizado com instrumentos fidedignos, que demonstrem a todos os envolvidos o real valor dos “ativos intangíveis”.

Não é difícil relacionar os programas de Gestão de Pessoas aos ganhos que eles trazem para a empresa. Porém, a falsa crença da intangibilidade faz com que muitos administradores deixem em segundo plano a tarefa de avaliar os resultados do que foi investido.

Segundo um artigo publicado por BERRY, MIRABITO e BAUN, em 2011:

Um programa de bem-estar costuma ser visto como um bem adicional, não um imperativo estratégico. Mas novas evidências contam outra história. Graças a incentivos fiscais e subsídios criados pela nova legislação de saúde americana, por exemplo, empresas nos Estados Unidos podem usar um programa desses para reduzir seus enormes gastos com saúde — gastos que, com o envelhecimento da força de trabalho, só fazem crescer.

Segundo pesquisa citada pelos autores e realizada por dois médicos, Richard Milani e Carl Lavie, trabalhadores saudáveis custam menos às empresas. Ao estudar, em uma única empresa, uma amostra aleatória de 185 trabalhadores e seus cônjuges, foi comprovado que, após seis meses de trabalho de promoção da saúde, mais da metade dos envolvidos no programa melhoraram seus indicadores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, gastos com assistência médica tinham caído US\$ 1.421,00 por participante na comparação com o ano anterior. O grupo controle do estudo não apresentou essas melhorias. Portanto, cada dólar investido na intervenção derrubou em US\$ 6,00 os gastos com saúde.

Segundo o trabalho de OLIVEIRA, P.M. e LIMONGI-FRANÇA, A.C. (2005), intitulado “Avaliação da Gestão de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho”, desde a década de 80, estudiosos na área de Gestão de Pessoas buscam indicadores para calcular o retorno sobre o investimento (ROI) em Recursos Humanos

e uma das teorias citadas pelas autoras faz referência ao trabalho de Fitz-Enz, de 2001, que propõe uma fórmula baseada no conceito de valor agregado econômico – o E.V.A. (*Economic Value Added*) – definido como o lucro operacional líquido após a incidência de impostos, descontando o custo de capital. O objetivo da medida é determinar se as atitudes da gerência acrescentaram um real valor econômico, em vez de simplesmente gerar as demonstrações financeiras típicas, que podem mascarar resultados verdadeiros.

Finalmente, o autor citado propõe uma equação para calcular o retorno sobre o investimento em capital humano (*Human Capital Return on Investment – HCROI*), que considera o retorno no investimento em termos de lucro por quantias de dinheiro despendidas nos ordenados e benefícios dos funcionários. A fórmula do Human Capital ROI proposta pelo autor é:

$$HCROI = \frac{\text{Receita Bruta} - (\text{Despesas} - \text{Ordenados e Benefícios})}{\text{Ordenados e Benefícios}}$$

Nesta equação, ao subtrair todas as despesas, exceto as relativas aos ordenados e benefícios, obtém-se uma estimativa ajustada de lucro. Encontra-se, desta forma, a quantia de lucro obtida por unidade monetária investida no pagamento do capital humano (não contando treinamento e atividades afins) – na realidade, a alavancagem dos ordenados e benefícios.

Além dos trabalhos de Fitz-Enz, as autoras também discorrem sobre outros métodos para mensuração de intangíveis como: a contabilidade de recursos humanos, o *balanced scorecard* e o conceito de capital intelectual.

Uma solução para aperfeiçoar a questão do cálculo sobre o capital investido é propor parcerias internas, por exemplo, integrar os departamentos de medicina do trabalho, gestão de pessoas e departamento financeiro das empresas ou entre as partes envolvidas no projeto. Essas parceiras ajudam programas de qualidade de vida a ganhar credibilidade e possibilitam que seus gestores tenham uma visão mais completa dos resultados do Projeto.

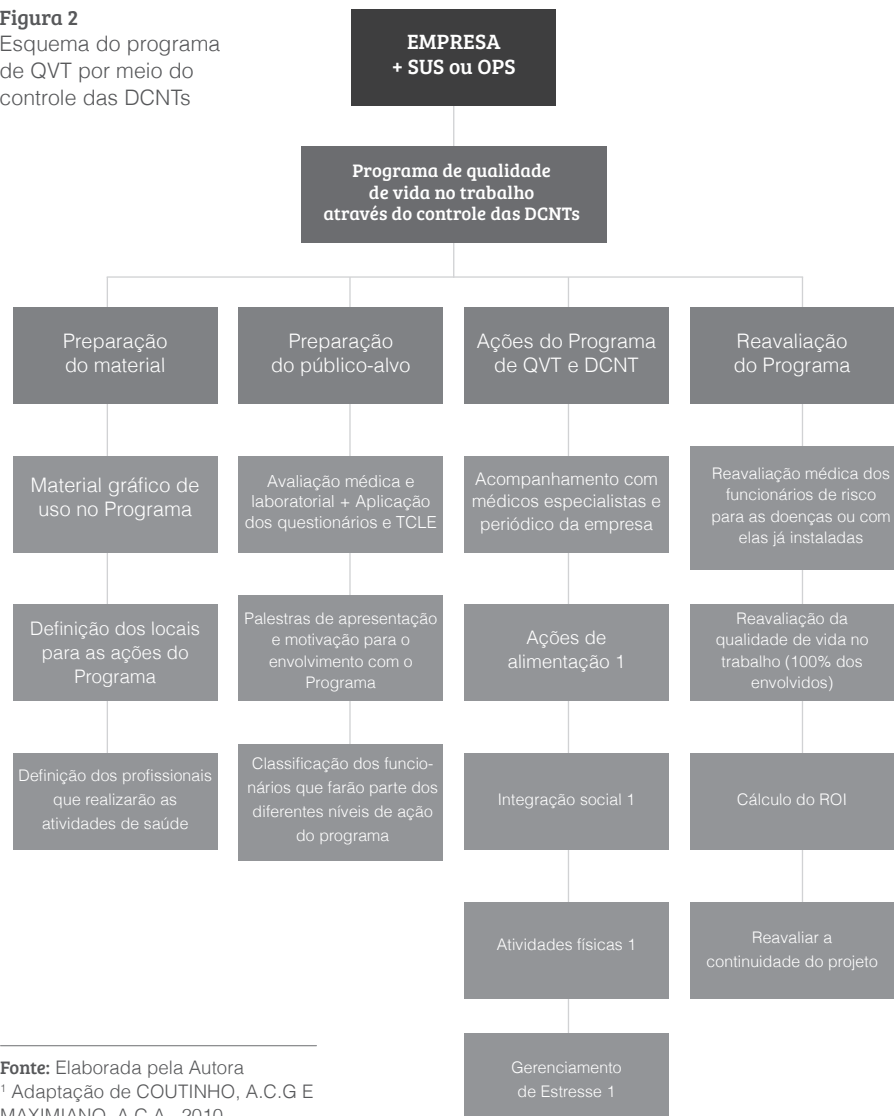
O trabalho de OLIVEIRA, P.M. e LIMONGI-FRANÇA, A.C. (2005), conclui:

Há recursos metodológicos para se avaliar resultados dos programas de Qualidade de Vida no Trabalho, inclusive os específicos de gestão de pessoas e os desenvolvidos a partir de programas de qualidade e produtividade. No entanto, há necessidade de maior divulgação de métodos, indicadores e ferramentas, gerando práticas e valores efetivos de resultados de gestão alinhados às estratégias empresariais e às condições de vida no trabalho.

4. DESENVOLVIMENTO

A proposta de elaboração de um Projeto para o Programa de Gerenciamento da Qualidade de Vida no Trabalho por meio do controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis é demonstrado, na figura abaixo, na forma de esquema para melhor visualização de todas as variáveis, sendo cada uma de suas etapas explicadas mais adiante, segundo as áreas do conhecimento propostas pelo PMI:

Figura 2
Esquema do programa de QVT por meio do controle das DCNTs



Fonte: Elaborada pela Autora
¹ Adaptação de COUTINHO, A.C.G E MAXIMIANO, A.C.A., 2010.

4.1. Processo de iniciação

Por intermédio da elaboração de um contrato de parceria da Empresa com o SUS, seja no nível Municipal ou Estadual ou com a Operadora do Plano de Saúde, será possível definir o grau de ação e influência de cada parte envolvida no Projeto. É importante também que cada uma das partes determine um responsável para realizar o gerenciamento do Projeto em cada nível de ação.

Nessa, fase é necessário que tanto a Empresa quanto o parceiro tenham a definição de suas atribuições e responsabilidades, bem como o envolvimento financeiro de cada parte. Aqui ficam definidos os *stakeholders* e qual o grau de abrangência do Programa.

Segundo PMBOK, é desenvolvido o termo de Abertura do Projeto e a Identificação das Partes Interessadas.

Cabe nesse momento o conceito de Responsabilidade Social Empresarial. Segundo OLIVEIRA et al. (2012):

Responsabilidade social é um processo onde as empresas geram suas relações com uma série de partes interessadas que podem influenciar efetivamente o seu livre funcionamento. Assim como ocorre na gestão de qualidade, a questão social deve ser considerada como um investimento e não como um encargo. Os resultados dos programas de responsabilidade social devem ir além da postura legalista. Para sustentar-se devem entregar mudança de atitude, numa perspectiva de gestão empresarial com foco na qualidade das relações com os stakeholders e na geração de valor para todos.

Estes relatos indicam que questões relacionadas à competitividade, à qualidade e à produtividade, em última instância, o lucro, se configuram como fatores prioritários na justificativa e nos discursos de responsabilidade social de algumas organizações.

4.2. Processo de planejamento

Nesse nível os responsáveis pelo Gerenciamento do Projeto podem elaborar todas as etapas do processo. Segundo o modelo do PMBOK, aqui é o momento de desenvolver o Plano de Gerenciamento do Projeto, que envolve o Escopo, a identificação, planejamento e resposta aos Riscos, planejar as Comunicações, as Aquisições, a Qualidade, determinar o orçamento e estimar os Custos, desenvolver o Cronograma e o plano de Recursos Humanos. É necessário Preparar o Material, o Público-alvo, Elaborar as Ações do Programa.

4.3. Processo de execução

Essa etapa é a fase do processo que mais demanda tempo dos envolvidos. Sua estimativa de ação é de aproximadamente um ano, pois envolve desde as palestras de apresentação, explicação e envolvimento dos funcionários no programa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicação dos questionários de QVT e HRA, a ação e monitoramento dos profissionais da saúde participantes do projeto (inclui aqui os profissionais de saúde gerenciadores), até a avaliação médica com Exames clínicos e Laboratoriais.

Quanto à avaliação médica, é preciso explicar que o programa deve ter uma ação inicial com 100% dos funcionários, visando conhecer o status de saúde e impressão da Qualidade de Vida inicial na Empresa. A partir do *screening* da saúde dos funcionários é possível classificar os funcionários em três grupos de Ação de Saúde:

- Aqueles que apresentam boas condições de saúde e sem risco para desenvolver nenhum tipo de DCNT;
- Aqueles que apresentam boas condições atuais de saúde, mas possuem fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT;
- E os funcionários que já apresentam uma ou mais doenças crônicas e que precisam de um acompanhamento com médicos especialistas, além das ações de prevenção do agravamento da doença.

O acompanhamento médico na empresa pode envolver os exames periódicos da empresa, a fim de reduzir o custo com honorários médicos e com a ausência dos funcionários durante o processo de coleta dos exames laboratoriais. ABREU (2004), em sua tese de doutorado, propõe um modelo de Programa de Qualidade de Vida com avaliação do HRA no qual descreve e avalia com sucesso as ações médicas e de outros profissionais da saúde.

A proposta de integração dos parceiros nesse programa ocorre principalmente no momento em que os funcionários que apresentam as doenças crônicas já instaladas serão acompanhados por especialistas fora da empresa, seja no SUS ou na rede credenciada do Plano de Saúde, envolvendo a família e a comunidade,, pois entende que o tratamento da DCNT não pode ocorrer individualmente e, sim, com mudança de hábitos de vida diária.

Dentre a mudança dos maus hábitos e aquisição de boas práticas que favorecem a vida saudável temos: prática de atividade física; alimentação saudável com orientação nutricional e acompanhamento de peso por meio do IMC (Índice de Massa Corporal), do RCQ (Relação Cintura Quadril) e quantidade de gordura corporal; abandono dos hábitos de fumar (tabagismo) e ingestão de bebidas alcoólicas (etilismo); ações para controle do estresse no ambiente de trabalho, como

massagens terapêuticas e atividades de lazer, que podem até contar com visitas das famílias na empresa.

É nessa etapa, durante todo o período de ação do Programa, que pode ocorrer a conscientização dos funcionários para que sejam agentes transformadores da saúde na comunidade em que estão inseridos, com participação em campanhas nacionais, como o Dia de Combate ao Tabagismo ou como o Dia Mundial da Atividade Física ou Combate ao Câncer, entre outras.

A eficácia do projeto será observada a partir de ações que transformem os hábitos de vida dos funcionários envolvidos no programa (inclui aqui os responsáveis pelo Programa) e de suas famílias. Para estimular esse envolvimento pode-se pensar também em benefícios ou compensações para os diferentes grupos de funcionários que apresentarem bons resultados nos níveis de saúde, na fase de encerramento do Projeto.

4.4. Processo de encerramento

Durante essa fase do Programa de Qualidade de Vida, é preciso analisar cada aspecto do Projeto separadamente e o Programa como um todo e deve haver um retorno sobre a saúde dos funcionários nos três grupos de ação: verificar por meio de exames médicos e laboratoriais se houve manutenção da saúde para aqueles que não apresentavam riscos nem doença crônica; dos funcionários pertencentes ao grupo que apresentava riscos, mas ainda sem nenhuma das doenças instaladas, é preciso analisar a diminuição à exposição aos fatores de risco; e para o grupo dos funcionários que apresentava algum tipo de doença já instalada no início do Programa a reavaliação envolve o controle e tratamento da doença, evitando o agravamento e os prejuízos financeiros para a empresa e para a sociedade.

O Processo de Encerramento abrange a impressão de Qualidade de Vida no Trabalho para todos os funcionários envolvidos no Programa, sendo demonstrada aqui a importância do uso de instrumentos de avaliação seguros e que possibilitem a medição e comparação dos dados.

4.5. Processo de monitoramento e controle

Esse processo permeia todos os processos anteriormente descritos e o principal objetivo é conseguir cumprir todo o programa de forma correta e harmônica. É verificar e controlar o Escopo do Projeto; controlar o Cronograma; os Custos; realizar o controle da Qualidade e reportar o desempenho de todos os envolvidos na execução do Projeto; é monitorar e controlar os Riscos e realizar as mudanças necessárias e no momento devido.

5. CONCLUSÃO

Ao iniciar essa pesquisa, algumas hipóteses foram levantadas quanto à importância de investimentos em programas de qualidade de vida do trabalhador e a necessidade de seguir diretrizes já elaboradas pelo Governo Federal e OMS sobre a saúde no mundo.

Toda essa preocupação visa unir os recursos financeiros, estruturais e de pessoal, integrando a gestão do cuidado com a saúde do trabalhador e a necessidade crescente de cuidar da saúde da população. Ação, essa, inadiável visto que o tamanho do prejuízo apontado pelos gastos com a saúde do trabalhador.

A maioria das análises de programas de bem-estar no trabalho está concentrada no retorno monetário: cifra investida x cifra poupada. Muitas vezes ignorado é o potencial para fortalecer a cultura de uma organização e fomentar o orgulho, a confiança e o compromisso dos funcionários.

Conforme foi demonstrado neste trabalho, existe previsão orçamentária tanto do setor público de atenção às DCNT quanto da saúde suplementar. As empresas já conseguiram provar, por meio do cálculo do ROI, que os programas de qualidade de vida do trabalhador apresentam retornos de até U\$ 6,00 poupados por U\$ 1,00 investido, além de diminuir índices de absenteísmo, presenteísmo, *turn over* e aumentar a produtividade.

É necessário, agora, unir os interesses para que a população com faixa etária ativa possa participar dos programas de prevenção e controle das DCNT, diminuindo, assim, o custo com a saúde para a empresa, para as operadoras de planos de saúde e para a previdência social, além de tornar a empresa mais competitiva pelo conceito de responsabilidade social.

Outros trabalhos devem ser elaborados, com base na análise do ROI, para um programa de gestão integrada em Qualidade de Vida do Trabalhador e DCNT, mas é por meio de projetos inovadores que podemos buscar um nível de saúde populacional mais elevado e com menos investimentos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Elias Antonio Borges. **Gestão do Risco Saúde Populacional Através da Avaliação do Perfil de Risco Individual**. Tese de Mestrado. Niterói. 2004.

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA., Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, ano 9, n. 4, p. 833 – 840, 2004.

ALMEIDA, Marcia F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, ano 7, n.4, p. 743 – 756, set. 2002.

BERRY, Leonard L.; MIRABITO, Ann M.; BAUN, William B. O Retorno Real dos Programas de Bem-estar nas Empresas: o ROI irá surpreendê-lo e resultados menos tangíveis podem inspirá-lo. 18.fev.2011. Disponível em: <http://profissao-atitude.blogspot.com.br/2011_02_01_archive.html> Acesso em: 19/08/2012.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Série F. Comunicação e educação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª. Edição. Brasília, DF. 2004. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: **Série Pactos pela Saúde 2006**; v. 8, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. e ampl. – Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde**

Ocupacional. Brasília, DF. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/normas/nrr_7.htm (Acesso em 03/08/2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Versão preliminar para o seminário DCNT 13 a 16 junho - DANT/SVS/MS: plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/versao_preliminar_plano_dcnt_10_06_2011.pdf> Acesso em: 06/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Brasília, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877. Acesso em: 26/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL**. Brasília, DF. 2011.

CAMARGOS, P.; KHALTAEV, N. Doenças Respiratórias Crônicas no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Pediatria, 33, 2006, Recife - PE. **Sessão Informativa para a Imprensa Brasileira**. Recife, 2006.

COUTINHO, Maria L.G., MAXIMIANO, Antonio C.A. Práticas de Gestão de Projetos em PQVT. **Negócios e Talentos**. N. 07. 2010.

D'ÁVILA, Márcio. **PMBOK e Gerenciamento de Projetos**. Revisão 5. 31.jul.2011. Disponível em: < <http://www.mhavila.com.br/topicos/gestao/pmbok.html>. > . Acesso em: 17/08/2012.

DECRETO N. 7.602, de 07 de Novembro de 2011. Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília. DF.

DEL CASTILHO, L.N.C. et al. A Importância dos Questionários para Avaliação da Qualidade de Vida. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro. Ano 11, pág. 09-17. Jan. – Mar. 2012.

FLECK, M.P.A. et al, **Versão Em Português Dos Instrumentos De Avaliação De Qualidade De Vida (WHOQOL) 1998**. OMS – Divisão de saúde Mental. Porto Alegre, 29.set.2003, Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> >. Acesso em: 22/05/2012.

FREITAS, A.L.P., SOUZA, R.G.B. Um Modelo para Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em Universidades Públicas. In: **CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 4º**, ano 2008, Niterói, VI CNEG, 31/jul.-03/ago. 2008. 22p.

GONÇALVES, Aguinaldo; GUTIERREZ, Gustavo Luis; VILARTA, Roberto (Org.). **Gestão da Qualidade de Vida na Empresa**. Campinas, SP: IPES Editorial, 2005. 189p.

GUERRA, M.R., GALLO, C.V.M., MENDONÇA, A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. Vol. 51, n. 3, pág. 227 – 234. 2005.

INCA José Alencar Gomes da Silva. **Considerações sobre o Tabagismo**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1961>>. Publicado em: 04/06/2012.

INCA José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.

KING H, AUBERT RE, HERMAN WH. Global Burden of Diabetes 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. **Diabetes Care**. Geneva, 21, n. 9, p.1414-31, set. 1998.

LEE, I-Min. et al. Efeito de inatividade física nos principais doenças não transmissíveis em todo o mundo: uma análise da carga de doença e expectativa de vida. **The Lancet**. Vol. 380, pag. 219 – 229, jul. 2012.

LEI Nº 11.770, de 09 / 09 / 2008. Brasília, DF.

LEI Nº 8.080, DE 19 / 09 / 1990. Brasília, DF.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Treinamento e Qualidade de Vida. **Série de Working Papers**. São Paulo, WP 01/007, p. 01 – 18, 2001.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho**: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação ISSO 9000. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 1996. 355p.

MALTA, Deborah C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, vol. 15, n. 03, p. 47 – 65, jul./set., 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001.

OLIVEIRA, Rodrigo R. et al. **Qualidade de Vida no Trabalho - QVT e Responsabilidade Social Empresarial - RSE: Um estudo sobre a satisfação de QVT com funcionários voluntários em programas RSE**. Disponível em: [http://www.](http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/814.pdf)

[ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/814.pdf](http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/814.pdf) Acesso em 17/08/2012. 16p.

OLIVEIRA, Patrícia Morilha; LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Avaliação da Gestão de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho. **Rae-eletrônica**. Vol. 4, n.1, art.9, jan./jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n1/v4n1a05.pdf>>.

REIS JR, D.R.; PILATTI, L.A.; PEDROSO, B. Qualidade de Vida no Trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. V. 03, n. 02, p.01-12, jul/dez. 2011.

RESOLUÇÃO - RDC nº 77 de 17/07/2001 / ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - Nº 94, de 23 / 03 / 2005. Brasília, DF.

ROSENBERG, Cynthia. O insustentável custo da saúde nas empresas. **Exame**. São Paulo: Abril, jul. 2005. Disponível em: < <http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0848/noticias/o-insustentavel-custo-da-saude-nas-empresas-m0056959>>. Acesso em: 22 maio 2012.

SAÚDE do Homem / Doenças Cardiovasculares. **Portal Brasil**. Brasília. DF. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em: 06/08/2012.

SCHMIDT, Maria Inês, et al. Doenças crônica não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Porto Alegre, n. 4, p. 61 – 74, maio, 2011.

SCHMIDT, M. L. G. Qualidade Total e Certificação ISSO 9000: história, imagem e poder. **Psicologia Ciência e Profissão**. Ano 20. V.3, 2000. P. 16-23.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e Acompanhamento do Diabetes mellitus: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. Rio de Janeiro. Diagraphic Editora, 2006. 154p.

VILA-NOVA, Rosa Sampaio. **SISHIPERDIA**. Ministério da Saúde. Brasília. DF. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>> Acesso em: 07/08/2012.

WALTON, Richard E., Quality of Working Life: what is it?. Sloan Management Review. 15, 1, pág.. 11-21, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2008–2013**. Geneva, 2008. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> (acesso em 27 de Agosto de 2012).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Plan of Action on Workers' health 2008-2017. In: Sixtieth World Health Assembly. **WHA60.26**. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora**. Lisboa. 2008. 162p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL. Measuring Quality of Life: the world health organization quality of life instruments (the WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref)**. Geneva, 1997.