

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 24 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E O AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL

Fábio Luiz Mialhe

Cirurgião Dentista. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). Professor Livre Docente do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

Objetivos do capítulo

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor os fundamentos do movimento de promoção da saúde e da estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis.

Conteúdo programático

1. Promoção da Saúde e seus campos de ação
2. Prevenção e promoção da saúde
3. A abordagem dos contextos para a promoção da saúde e os locais de trabalho
4. Um breve histórico mundial do ambiente de trabalho saudável
5. O papel da Organização Mundial da Saúde no protagonismo dos ambientes de trabalho saudáveis
6. Elaboração de programas de promoção da saúde em ambientes de trabalho

Atividade

Reflita e responda as questões abaixo.

1. Quais são os 5 campos de ação ou estratégias principais da promoção da saúde propostas pela carta de Ottawa?
2. Quais as diferenças entre os campos da prevenção e da promoção da saúde
3. Na sua prática dos serviços, reflita sobre as atividades que podem ser consideradas como promotoras de saúde.
4. Quais determinantes do seu ambiente de trabalho você identifica que impacta em sua saúde? Quais os caminhos para solucioná-los segundo a estrutura de planejamento para os ambientes de trabalho saudáveis proposta pela OMS?

Introdução

O conceito ‘moderno’ de promoção da saúde surge a partir da década de 1980, fomentado pelo Escritório Regional Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), e agrega um conjunto de valores, tais como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, entre outros, bem como uma combinação de estratégias de ação que visam impactar nos determinantes sociais e comportamentais da saúde (World Health Organization – WHO, 1984; Buss, 2009; Pelicioni e Mialhe, 2012).

Diversas publicações apresentaram definições e perspectivas para a promoção da saúde nas últimas décadas. A posição adotada pelo autor deste capítulo sobre a promoção da saúde está em consonância com os princípios ideológico da OMS.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, e com apoio da OMS, foi um marco importante para este novo movimento mundial em prol da saúde pública, e teve como um de seus produtos a carta de Ottawa, que apresenta uma definição para a promoção da saúde que valoriza tanto seus processos quanto seus resultados na promoção da saúde e aponta, implicitamente, a necessidade das pessoas saberem identificar e lidar com os determinantes de sua saúde, a fim de se promover a equidade em saúde

“A promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controle sobre, e melhorarem a sua saúde (WHO, 1986).”

Ainda, segundo ela, a saúde “é um recurso para a vida, e não um objetivo de vida.” Desse modo, para o movimento de promoção da saúde fomentado pela OMS, a saúde é vista como um conceito positivo, pois a partir dela os indivíduos podem desenvolver seus recursos pessoais e sociais, e não apenas a saúde física, foco majoritário dos sistemas tradicionais de cuidados em saúde e da medicina preventiva.

A carta de Ottawa também descreve que as condições e recursos fundamentais para a saúde são a “paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” e que a melhoria no estado de saúde só ocorrerá caso haja intervenções efetivas para assegurar estas condições básicas aos indivíduos e populações (WHO, 1986). Desta forma, a carta deixa explícito que os pré-requisitos para se promover e manter a saúde não serão assegurados somente pelo setor saúde, exigindo-se uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas com os determinantes mais amplos da saúde, ou seja, os governos, o setor saúde e outros setores sociais e econômicos, as organizações voluntárias e não-governamentais, as autoridades locais, a indústria, a mídia, dentre outros (WHO, 1986). Há, portanto, a necessidade de processos de mediação entre os diferentes interesses nas sociedades, organizações e instituições, em prol da saúde, e os profissionais da saúde apresentam grande responsabilidade em fomentar estes processos.

A Promoção da Saúde apresenta as seguintes características fundamentais (WHO, 1984):

- Envolve a população como um todo em seus contextos do dia a dia ao invés de focar as pessoas sob risco de desenvolverem determinadas doenças. Isso requer o “*acesso pleno e contínuo às informações sobre a saúde e como ela pode ser buscada por toda a população, utilizando, portanto, todos os métodos de divulgação disponíveis.*”
- É direcionada para a ação sobre os determinantes ou as causas das causas e, assim, requer uma cooperação de vários setores, refletindo a diversidade de condições que afetam a saúde.

- Combina diversos métodos e abordagens complementares, incluindo a comunicação, a educação, medidas fiscais e organizacionais, o desenvolvimento comunitário e atividades locais para promover a saúde.
- Tem como objetivo a participação efetiva e concreta da população no planejamento e nos rumos das atividades, características que demandam o desenvolvimento de habilidades de tomadas de decisões para a vida tanto em nível individual como coletivo.
- Apesar de não ser um serviço médico, os profissionais da saúde apresentam um importante papel no fomento e na manutenção da promoção da saúde, por meio de atividades educativas e da advocacia em saúde.

A carta de Ottawa propõe cinco estratégias ou campos de ação para se promover a saúde da população: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

1. Construção de políticas públicas saudáveis

A saúde das populações é promovida por ações que extrapolam o setor saúde. Por exemplo, a qualidade do ar que respiramos, da água e dos alimentos que ingerimos impactam diretamente em nossa saúde, porém, não é o setor saúde o responsável por sua vigilância. Visto que o bem-estar das pessoas está intrinsecamente associado a fatores que extrapolam o setor saúde, é importante que a saúde esteja presente na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores da sociedade, e que os mesmos estejam conscientes das consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e que aceitem suas responsabilidades políticas com a saúde. Assim, o conceito de política pública saudável é utilizado para se referir aquelas políticas que apresentam um reconhecido e forte impacto sobre os determinantes da saúde e que se originam a partir de diversos, não necessariamente o da saúde, que tradicionalmente formula as políticas de saúde para a assistência e atenção à saúde (Restrepo, 2001). A construção e implementação de políticas públicas saudáveis ou promotoras de saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxas e mudanças organizacionais buscando maior equidade em saúde, mais segurança, além de bens, serviços e ambientes mais saudáveis à população (WHO, 1986). As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. Para isso, são necessárias ações intersetoriais, ou seja, entre diferentes setores, tais como os setores da educação, da saúde, do meio ambiente, da segurança pública, do planejamento urbano etc. Aqueles envolvidos com a causa das políticas saudáveis devem saber identificar e remover os obstáculos para a adoção das mesmas nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, e isso requer processos de mediação.

De acordo com o documento *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão* (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2011), as condições para se obter sucesso na implementação de ações intersetoriais são:

1. Criar um marco político e abordagens políticas à questão da saúde que promovam ações intersetoriais.
2. Enfatizar valores, interesses e objetivos compartilhados entre parceiros atuais e parceiros em potencial.
3. Garantir apoio político; trabalhar a partir de fatores positivos já existentes no ambiente político.
4. Engajar parceiros importantes desde o início: ser inclusivo.
5. Assegurar que haja coordenação horizontal entre os setores, assim como vertical entre todos os níveis dentro dos setores.
6. Investir em processos de construção de alianças trabalhando pelo consenso durante a fase de planejamento.
7. Enfatizar objetivos concretos e resultados visíveis.
8. Assegurar que a liderança, a responsabilidade e os benefícios sejam compartilhados pelas partes.
9. Desenvolver equipes estáveis que trabalhem juntas, com os sistemas de apoio necessários.
10. Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos que apoiem a implementação de ações intersetoriais.
11. Assegurar a participação do público; educar e conscientizar o público a respeito dos determinantes da saúde e da ação intersetorial.

Fonte: Public Health Agency of Canada (2007); OMS (2011).

Os mecanismos para a construção de políticas públicas saudáveis são diversos e surgem do trabalho político em saúde pública, dentre eles, a advocacia em saúde (do inglês *health advocacy*), considerada uma variedade particular de lobby exercida por aqueles que detêm certo tipo de poder e que procuram representar ativamente os interesses daqueles grupos menos privilegiados, tentando assim corrigir, pelo menos em parte, os desequilíbrios do poder.

De acordo com o Health Promotion Glossary (WHO, 1998b)

A advocacia é uma das três estratégias principais para a promoção da saúde e pode assumir muitas formas, incluindo a utilização de meios de comunicação de massa e diversas mídias, lobby político direto e mobilização comunitária por meio de, por exemplo, coalizões de interesses em torno de questões definidas. Os profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade em agir como defensores da saúde em todos os níveis da sociedade (Ib., p.5).

Um advogado é alguém que defende, fala em favor de alguém, sustenta uma causa contra interesses externos e defende uma ideia em favor de alguns grupos, comunidades ou a sociedade como um todo (Chapela, 1994).

Conforme Restrepo (2001) citando Milio (1986), o processo de construção das políticas públicas saudáveis requer

a aplicação de instrumentos técnicos e metodológicos de informação, educação e comunicação social necessários para levar os problemas sociais prioritários aos tomadores de decisões sobre as políticas públicas. A criação de uma consciência social sobre as grandes iniquidades e seus condicionantes constitui uma das mais poderosas estratégias para a abordagem política na prática da promoção da saúde (Ib., p.37).

As políticas saudáveis podem ser desenvolvidas em contextos locais, como escolas, hospitais, ambientes de trabalho, por exemplo, por meio da proibição da comercialização de alimentos com alto teor de sódio e gorduras nas cantinas desses ambientes. As políticas também podem ser mais amplas e alcan-

çarem esferas municipais, estaduais e federais. Exemplos incluem as legislações que tratam sobre a proibição do fumo em ambientes fechados e da venda de bebidas aos menores de 18 anos; do uso obrigatório do cinto de segurança para motoristas, do uso obrigatório de equipamentos especiais para o transporte infantil, do uso do capacete pelos motociclistas etc. (Pelicioni e Mialhe, 2012).

2. Criação de ambientes favoráveis à saúde

Esta abordagem ou campo de ação reconhece que a saúde das populações está intrinsecamente associada às condições ambientais, culturais e psicológicas de cada contexto. Assim, para se promover saúde, há a necessidade de uma abordagem socioecológica que fomente condições seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis em todos os contextos, seja ele o lar, o local de trabalho, a escola etc. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. Importante ressaltar que as estratégias neste campo de ação devem voltar-se não apenas ao ambiente físico do contexto, mas também ao ambiente psicossocial do mesmo, que pode fomentar o estresse crônico e a diminuição da autoestima, com consequências na saúde física (Marmot e Wilkinson, 2005).

De acordo com a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, quatro aspectos são considerados importantes para a constituição de um ambiente favorável e promotor da saúde (Brasil, 2002, p.24):

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista;
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

3. Reforço da ação comunitária

Refere-se ao fomento da participação da comunidade nas prioridades, nas tomadas de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde, e envolve a aquisição de maior consciência política e poder técnico (Buss, 2009).

Segundo a carta de Ottawa

A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, nas tomadas de decisões, no planejamento de estratégias e na sua implementação, visando a

melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o *empoderamento* das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destinos.

O desenvolvimento das comunidades é criado sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes, a fim de melhorar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (WHO, 1986).

De acordo com Laverack (2004), o empoderamento tem a proposta explícita de trazer mudanças sociais, políticas e nos ambientes físicos que interferem na saúde das pessoas. Segundo o Glossário Temático da Promoção da Saúde (Brasil, 2012b), o empoderamento é o “*processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais.*”

Conforme Restrepo (2001, p.39), citando Wallerstein (1992)

O empoderamento como processo social está intimamente ligado a participação comunitária e a consolidação concreta de todos os processos participativos, questão crítica para a promoção da saúde, pois não é suficiente com o discurso e a retórica do setor saúde, mas é necessário ativar os mecanismos dialógicos, criar espaços de consulta e negociação e, sobretudo, criar consciência sobre os direitos sociais das pessoas. O autoritarismo e a hegemonia dos gerentes das instituições de saúde vão contra a participação comunitária e o empoderamento que se busca.

Os profissionais da saúde apresentam fundamental importância no desenvolvimento da consciência política e da necessidade de ações comunitárias para impactar nos determinantes sociais da saúde e duas abordagens podem ser fomentadas. A primeira abordagem utiliza cinco estados ao longo de um contínuum para se conceituar o processo conforme ele ocorre: 1. Ação pessoal; 2. Desenvolvimento de pequenos grupos de ajuda mútua; 3. Formação de organizações comunitárias; 4. Formação de parcerias; 5. Ação política e social (Jackson et al., 1989). Cada um destes cinco pontos é necessário para o empoderamento comunitário. No primeiro ponto, os profissionais de saúde podem ajudar os indivíduos a aumentarem sua autoestima e a consciência crítica sobre os determinantes mais amplos dos problemas, podendo haver a vinculação com outros grupos que compartilham as mesmas preocupações. A media que a participação das pessoas avança na formação de parcerias com setores públicos, privados, ONGs, etc. suas habilidades de mobilizar recursos internos e externos aumenta, garantindo maior efetividade das ações.

Outra perspectiva sobre áreas que influenciam o empoderamento comunitário proposta por Laverack (2001, 2004) apresenta nove ‘domínios’ para o processo de desenvolvimento comunitário:

1. Participação comunitária: somente por meio da participação em pequenos grupos ou em organizações maiores dentro das comunidades é que os indivíduos membros das comunidades conseguirão agir sobre as questões que são de preocupação geral para a comunidade como um todo
2. Liderança local: a participação e a liderança estão intimamente conectados. A liderança requer uma forte base de pessoas participantes e a participação, por sua vez, requer uma liderança forte em sua direção e estrutura geral.
3. Estruturas organizacionais: as estruturas organizacionais dentro da comunidade representam as formas como as pessoas se reúnem a fim de socializar e abordar as suas preocupações e problemas.
4. Avaliação dos problemas: o empoderamento comunitário presume que a identificação dos problemas, as soluções e ações para resolvê-las devem ser desenvolvidas pela comunidade.
5. Mobilização de recursos: a habilidade de a comunidade mobilizar recursos internos, bem como a habilidade de negociar recursos externos é considerado um importante fator para se alcançar o sucesso dos seus esforços.
6. Habilidade de questionar “por quê?” (consciência crítica): a habilidade de a comunidade avaliar criticamente as causas das desigualdades em saúde que afetam seu contexto.

7. Conexões com outras pessoas e organizações: a conexão com outras pessoas e organizações, por meio de parcerias e alianças voluntárias, pode ajudar as comunidades a alcançarem seus objetivos
8. Uma relação equitativa com os agentes externos: as relações de poder com os agentes externos aumentam à medida que as comunidades assumem maior autoridade sobre as suas intervenções
9. Controle comunitário sobre o gerenciamento da intervenção: o gerenciamento da intervenção que empodera a comunidade deve incluir o controle das principais partes interessadas nas decisões sobre o planejamento, implementação, avaliação, financiamento e resolução de conflitos.

Importante refletir que os processos democráticos e de participação comunitária nos países da América Latina são muito recentes e, desta forma, é importante que os promotores da saúde não se frustrem pelo fato do andamento de algumas intervenções demorarem mais do que eles gostariam que fosse.

4. Desenvolvimento de habilidades pessoais

Segundo a carta de Ottawa:

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986).

O desenvolvimento de habilidades pessoais relaciona-se também ao empoderamento psicológico, individual ou autoempoderamento, caracterizado pela habilidade individual de tomar decisões e ter maior controle sobre a vida pessoal (WHO, 1998a). Assim, este campo de ação visa não apenas aumentar os conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde, mas também algumas habilidades práticas para a vida, tais como a mediação de conflitos, a empatia, o manejo do estresse, habilidades para tomadas de decisões, ser assertivo, dentre outros, os quais poderão aumentar a autoestima, a autoconfiança e a autoeficácia dos indivíduos, impactando em suas habilidades de fazerem mudanças comportamentais por períodos maiores.

Alguns autores, como Anderson (1986), descrevem a necessidade do desenvolvimento de 'habilidades para a saúde' (do inglês *health skills*) tais como habilidades para gerir o estresse ou o uso de técnicas assertivas para resistir a pressão de usar drogas, de exigir o cuidado médico-odontológico de qualidade e as condições adequadas para seu exercício nos serviços públicos, habilidades de tomadas de decisões em diversas situações etc.

A educação em saúde, portanto, apresenta importante função neste campo de atuação das ações de promoção da saúde, porém, não a educação em saúde tradicional, focada apenas na transmissão de informações e que não considera os determinantes sociais mais amplos que possibilitam ou não os indivíduos a seguirem as recomendações profissionais, numa visão limitada e comportamentalista dos problemas de saúde. Deve-se fomentar a divulgação de informações sobre a saúde e o desenvolvimento de processos educativos em saúde críticos e dialógicos, com foco no aumento da consciência crítica e construção de habilidades e competência dos indivíduos, a fim de que os mesmos possam obter maiores habilidades pessoais para enfrentarem os determinantes sociais e psicológicos da saúde (Mialhe e Guerra, 2015; Mialhe, 2016).

Importante lembrar para aqueles que exercem atividades educativas para a promoção da saúde devem ter em mente que as escolhas saudáveis são muitas vezes limitadas pelos ambientes nos quais eles ocorrem. Por exemplo, não adianta o profissional informar aos alunos de uma escola sobre uma dieta saudável se a cantina da escola oferece apenas alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio, ou seja, neste caso, não há como fazer escolhas. Da mesma forma, o profissional de saúde pode recomendar ao usuário fazer caminhadas rotineiras, porém, o calçamento do bairro estar inadequado para esta prática de atividade física, podendo inclusive, neste caso, configurar-se como atividade de risco para quedas e acidentes. Nestes casos, há de se ter ponderação para não culpabilizar o indivíduo por não realizar as mudanças necessárias segundo os critérios profissionais, pois, muitas vezes, a opção não saudável é a única escolha.

5. Reorientação dos serviços de saúde

A carta de Ottawa descreve que o setor saúde deve exercer atividades para além de seus serviços clínicos e curativos, em direção a uma forma de organização que seja sensível e respeite as necessidades culturais. Para que essas mudanças possam ser fomentadas, são necessárias transformações na educação dos profissionais da área da saúde voltadas a capacitá-los para exercerem sua prática segundo a filosofia da promoção da saúde.

Um papel importante a ser desempenhado pelos serviços de saúde é não aumentar as iniquidades em saúde já existentes em nossas sociedades conforme descreve Michael Marmot (OMS, 2001):

Nós do setor saúde temos um papel crucial a desempenhar na implementação de ações sobre os determinantes sociais, apesar de que a maioria deles está além do nosso controle direto. Podemos, por exemplo, garantir que não estejamos piorando o problema das iniquidades em saúde. Também é essencial que estimulemos a implementação de ações, que trabalhemos multisetorialmente e que disponibilizemos evidências para os decisores de todos os setores (Ib., p.26).

No caso da atenção primária, ela apresenta papel fundamental para promover a saúde da população quando trabalha sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, pois a equidade torna-se um valor central de suas ações, além de desenvolver ações intersetoriais e procurar o fortalecimento da participação social, com o intuito de fomentar o empoderamento de indivíduos e famílias (Pellegrini Filho et al., 2014).

De acordo com o documento “*Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*” (OMS, 2011) existem quatro funções que devem ser desenvolvidas pelo setor saúde para lidar com os determinantes sociais da saúde:

1. defender os determinantes sociais enquanto abordagem e explicar como ela pode beneficiar a sociedade como um todo e diferentes setores.

Em especial, o setor saúde precisa comunicar adequadamente o porquê das iniquidades em saúde serem uma prioridade para o bem-estar da sociedade que justifica uma resposta integrada (Ib. p.24).

2. o setor saúde apresenta o expertise e a responsabilidade para monitorar as iniquidades em saúde e o impacto das políticas sobre os determinantes sociais.
3. o setor saúde pode organizar as evidências sobre os determinantes sociais e, ao defender de forma satisfatória esta causa, pode colaborar de maneira importante para unir os diversos setores (intersetorialidade) com o objetivo de planejar e implementar intervenções sobre os determinantes sociais mais amplas e sustentáveis

4. o setor saúde tem um importante papel a desempenhar no desenvolvimento de capacidades dos indivíduos para com o trabalho dos determinantes sociais.

Ainda, segundo o documento, para realizar estas funções, algumas tarefas e responsabilidades podem ser desenvolvidas:

- compreender as agendas políticas e os imperativos administrativos de outros setores;
- desenvolver conhecimento e uma base de evidências para opções e estratégias políticas;
- avaliar comparativamente as consequências sobre a saúde de diferentes opções dentro do processo de desenvolvimento de políticas;
- criar plataformas regulares de diálogo para a solução de problemas de forma conjunta com outros setores;
- avaliar a efetividade do trabalho intersetorial e da formulação de políticas de maneira integrada e em parceria com outras partes interessadas;
- construir capacidades através de mecanismos e recursos melhores, assim como através de maior apoio das agências e de uma equipe capacitada e dedicada;
- trabalhar com outros braços do governo no sentido de concretizar os seus objetivos e, assim fazendo, avançar a questão da saúde e do bem-estar (Ib., p. 25)

Algumas associações, como a British Medical Association (BMA), em seu documento “*Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*” (BMA, 2011) incentiva os médicos a atuarem não apenas como clínicos, mas também como líderes comunitários. Conforme o documento, os médicos devem trabalhar coletivamente e, por meio de suas instituições representativas, para aumentar a compreensão do público e dos tomadores de decisões sobre o impacto dos determinantes sociais da saúde, e como diminuir esse impacto por meio de intervenções dirigidas a elas. Assim, eles podem utilizar a evidência e a influência para terem impactos positivos nas iniquidades em saúde, bem como sua posição social e expertise para agirem como advogados em prol de mudanças fora do setor saúde (por exemplo, informando a população e os tomadores de decisões sobre o impacto de determinadas políticas sobre a saúde), e também podem promover a geração e a divulgação de pesquisas sobre a efetividade de medidas preventivas e promotoras de saúde.

Entretanto, conforme Naidoo e Wills (2009), a reorientação dos serviços de saúde na atenção primária para a Promoção da Saúde é um desafio por diversos motivos:

- As relações estabelecidas tendem a ser focadas no indivíduo ao invés da população como um todo;
- O trabalho em saúde geralmente é desenvolvido “para” as comunidades ao invés de “com” as comunidades;
- As ações em saúde geralmente são desenvolvidas baseadas no modelo biomédico de atuação, ao invés do modelo biopsicossocial.

Por outro lado, é fato que os trabalhadores da saúde vivem constantemente em situação estressante e o sistema de saúde deveria oferecer o suporte psicossocial necessário para que os trabalhadores pudessem melhor enfrentar tais situações.

Sobre a utilização das estratégias, a Declaração de Jakarta, fruto da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1997, na Indonésia, conclui que “*os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes. Os que utilizam combinações das cinco estratégias são mais eficazes do que os enfoques mais limitados*” (WHO, 1997b). Assim, quanto mais estratégias puderem ser utilizadas nas intervenções promotoras da saúde descritas pela carta de Ottawa, melhor.

Além disso, a declaração afirma haver evidências de que:

- as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde;

- a participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz, é necessário que as pessoas estejam envolvidas na ação de promoção da saúde e no processo de tomada de decisão;
- aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para conseguir a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997b).

A participação, portanto, é considerada fundamental para o apoio e a manutenção do sucesso das intervenções.

Prevenção e Promoção da Saúde

Atualmente, após quase três décadas da publicação da carta de Ottawa, gestores, profissionais e governos atribuem ao termo o significado que mais lhes são convenientes, havendo, basicamente, dois grupos de enfoques. O primeiro, mais limitado, compreende a promoção da saúde como atividades voltadas a ajudar as pessoas a melhorarem os seus comportamentos não saudáveis ou de risco, geralmente por meio de atividades educativas tradicionais, e com pouca ênfase nos aspectos mais macros que determinam e condicionam os comportamentos e estilos de vida (Tannahill, 1985). Leavell e Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde como o primeiro nível de aplicação de medidas preventivas para evitar-se o início e desenvolvimento das doenças em seu modelo de história natural das doenças (figura 1).

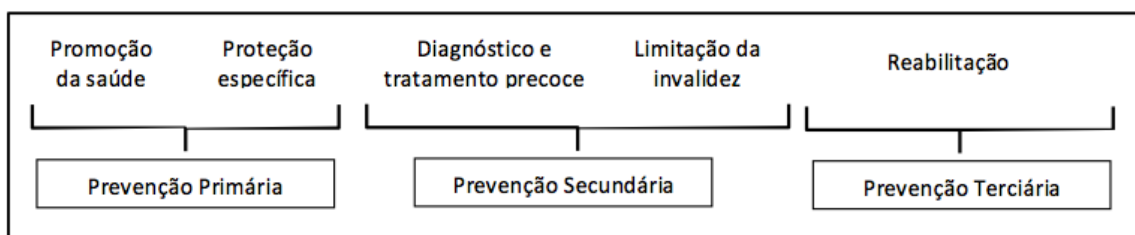


Figura 1: Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Fonte: Leavell e Clark (1976, p.17).

Conforme os autores, a prática da medicina preventiva envolve “*uma boa assistência médica e dentária para indivíduos e famílias e bons serviços de saúde pública para as comunidades*”. Em relação à promoção da saúde, eles descrevem que:

As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. **A educação e a motivação sanitária são vitalmente importantes para a realização deste objetivo.** [...] Os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano, levando-se em conta o período de rápido crescimento e desenvolvimento da infância, as mudanças psicológicas da adolescência, as exigências extras durante a gravidez e as variações das necessidades alimentares dos velhos, em relação às dos adultos jovens. [...]. Outros componentes da promoção da saúde são: moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A educação sexual e o aconselhamento antes e durante o casamento podem ter um efeito específico contra a exposição às doenças venéreas, mas, em geral, promovem a saúde influenciando favoravelmente o ajustamento conjugal. [...] Finalmente, considerando-se que todas as pessoas têm saúde em determinado grau, toda doença que leve o paciente ao médico oferece uma oportunidade para o aconselhamento: não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença e prevenção de posterior incapacidade que daí possa resultar, mas também no que concer-

ne à manutenção da saúde potencial que resta ao paciente. **A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção da saúde de um maior círculo de indivíduos** (Ib., pp.19-20, grifo nosso)

Percebe-se que o significado atribuído à promoção da saúde pelos autores tinha muito mais a ver com a educação sanitária e a provisão de certos serviços de saúde do que a mudança dos determinantes ambientais mais amplos, foco da ‘moderna’ promoção da saúde. Segundo Buss (2009), esta visão apresenta um enfoque

centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites. Todavia, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso de doenças crônicas não-transmissíveis (Ib., p.22).

Por outro lado, o termo promoção da saúde tem sido utilizado sob uma perspectiva ecológica ampla e engloba tanto atividades educativas voltadas ao empoderamento dos indivíduos para lidarem com os determinantes de sua saúde como medidas ambientais legais e fiscais voltadas a transformar as escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis.

Existem diferenças importantes entre a operacionalização da prevenção e da promoção. Apesar de ambas serem importantes para a saúde pública, apresentam diferenças importantes. Para a prevenção, o nível de saúde é caracterizado pela ausência de doenças, ou seja, é um modelo negativo. A promoção da saúde, por outro lado, considera a saúde um conceito positivo e multidimensional, pois as pessoas podem apresentar bem estar e qualidade de vida mesmo que apresentem problemas físicos de saúde.

Sobre os objetivos e alvos, a prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária tem como objetivo reduzir os fatores de risco e as enfermidades, bem como proteger os indivíduos de riscos específicos. Por outro lado, a promoção da saúde se dirige aos determinantes sociais mais amplos da saúde, dirigindo-se, portanto, a população com um todo, e tem como foco não apenas prevenir certas doenças, mas criar opções saudáveis as quais a população pode utilizá-la. Assim, a promoção dirige-se tanto a pessoas e comunidades como a processos, condições e sistemas que precisam ser modificados favoravelmente em prol da saúde.

A prevenção geralmente é baseada no modelo biomédico de intervenção, e quem a executa são os profissionais de saúde, utilizando métodos preventivos. A promoção, por outro lado, não é desenvolvida por um único profissional *expert* em promoção da saúde, mas por uma variedade de pessoas, organizações e instituições, abrangendo organizações não governamentais, movimentos sociais, as diversas esferas de governos e pessoas não ligadas à área da saúde (Restrepo, 2001; Buss, 2009). Por último, o modelo de intervenção da prevenção é baseado na figura do profissional, que dita as normas e comportamentos a serem seguidos, enquanto que o modelo promotor da saúde é participativo.

De acordo com o *Health Promotion Glossary* (WHO, 1998b)

A promoção da saúde representa um processo social e político abrangente, ela engloba não só ações voltadas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também as ações voltadas às mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

Para Green e Kreuter (2005), a promoção da saúde é definida como:

Qualquer combinação de apoios educacionais, políticos, regulatórios e organizacionais para ações e condições de viver conducente a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

Mais recentemente, o Glossário Temático da Promoção da Saúde (Brasil, 2012b) descreve que a promoção da saúde é

Uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.

Notas: i) A promoção da saúde é uma das prioridades do Pacto pela Vida para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença e tem como foco o enfrentamento dos problemas de saúde baseado no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na sua produção. ii) A promoção da saúde deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e responsabilidade (Ib., p.29)

Percebe-se, portanto, que o desenvolvimento das ações de promoção da saúde requer a necessidades de criação de alianças estratégicas entre diferentes instituições e setores, a formação de equipes multidisciplinares e diferentes perfis ocupacionais. Portanto, não há um especialista ou profissional único que consiga dar conta da promoção da saúde, pois o seu desenvolvimento necessita do profissionalismo e a ação de diversos atores sociais, a maioria, inclusive, fora do setor saúde.

A abordagem dos contextos para a promoção da saúde e os locais de trabalho

De acordo com a carta de Ottawa “a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro dos **contextos** do seu dia-a-dia; onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam” (WHO, 1986, grifo nosso).

A partir de então, a OMS tem fomentado o desenvolvimento de abordagens promotoras de saúde orientadas aos diversos contextos, também conhecida como “contextos para a saúde” (do inglês *settings for health*), “que representa a base organizacional da infraestrutura requerida para a promoção da saúde” (WHO, 1997b). Conforme a Declaração de Jacarta

os contextos oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde” (WHO, 1997b).

Ainda, conforme o *Health Promotion Glossary* (WHO, 1998b)

Os contextos [para a saúde] normalmente podem ser identificados como apresentando limites físicos, uma gama de pessoas com funções definidas, e uma estrutura organizacional. A ação para promover a saúde através dos diferentes contextos pode assumir muitas formas diferentes, muitas vezes através de alguma forma de desenvolvimento organizacional, incluindo as alterações no ambiente físico, na estrutura organizacional, na administração e na gestão. Os contextos também podem ser usados para promover a saúde, através do alcance das pessoas que neles trabalham, ou podem ser utilizados de forma as pessoas ganharem acesso aos serviços, e através da interação de diferentes contextos com a comunidade em geral (Ib., p. 19).

Dentro os diversos contextos os quais podem ser desenvolvidas atividades educativas e promotoras da saúde, destaca-se os locais de trabalho, pois apresentam grande impacto no bem-estar físico,

mental, econômico e social dos trabalhadores e, por sua vez, na saúde de suas famílias, comunidades e na sociedade como um todo. Nas últimas décadas, a globalização tem desempenhado um papel importante nas condições de trabalho. Enquanto a expansão internacional é uma oportunidade para as empresas multinacionais exportarem suas boas práticas do mundo desenvolvido para os países em desenvolvimento, muitas vezes o inverso é verdadeiro. Os ganhos financeiros de curto prazo, muitas vezes, motivam multinacionais a exportar o pior de suas condições de trabalho, colocando um número incontável de crianças, mulheres e homens em situação de risco em países em desenvolvimento (Frey, 1998). Em função disso, há crescente preocupação mundial com ambientes de trabalho que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, e não façam mal a sua saúde física ou mental (Chu et al., 2000; Burton, 2010).

No entanto, o que se observa é que muitas empresas multinacionais exportam as condições ou processos laborais mais perigosos e danosos para os países em desenvolvimento, onde as leis e atitudes governamentais em relação aos direitos humanos e meio ambiente podem ser mais brandas ou inexistentes, expondo os trabalhadores, familiares e toda a comunidade a situações de risco à saúde (Burton, 2010; Mu et al., 2012).

São amplamente reconhecidos os riscos e o impacto que o ambiente de trabalho, seja ele uma empresa, organização, instituição podem apresentar impactar na saúde física e psicológica dos trabalhadores. Em relação à segurança física, pode haver riscos mecânicos provenientes do uso de máquinas (ex: tornos, robôs, serras, empilhadeiras etc.). Riscos ergonômicos podem existir a partir de processos que exijam movimentos repetitivos, posturas inadequadas e uso da força excessiva para alguma atividade. Por outro lado, problemas psicossociais, tais como depressão, sentimento de falta de autoestima e autoconfiança, sentimentos de raiva por sentimentos de injustiça, abuso emocional ou verbal, assédio moral e *bullying*, entre outros, pode afetar a saúde mental dos trabalhadores. Problemas de saúde mental e/ou insatisfação com o trabalho relacionado a conflitos no trabalho ou na família apresentam importante impacto na produtividade, e estão associados ao absenteísmo e intenção de mudar de emprego. Pesquisas indicam que os trabalhadores que convivem em um ambiente de trabalho-família altamente conflitante demonstram probabilidade 13 vezes maior de faltas ao trabalho (absenteísmo) e 2,3 vezes mais intenção de mudar de emprego (Duxbury e Higgins, 2003).

Segundo estimativa da OIT, 2,34 milhões de pessoas morrem a cada ano por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (International Labor Organization, 2005). De acordo com o Ministério da Previdência Social, em 2012, foram registrados 705.239 acidentes de trabalho no país, sendo que o número de trabalhadores mortos foi de 2.731, e 14.955 pessoas ficaram permanentemente incapacitadas para o trabalho (Brasil, 2013).

O aumento crescente das quatro principais doenças crônicas (doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas) e os quatro principais fatores de risco relacionados a elas (uso do tabaco, má alimentação, sedentarismo e uso abusivo do álcool) influenciam a saúde do trabalhador e são influenciadas pelo ambiente de trabalho (Burton, 2010). A *British United Provident Association* (BUPA), um provedor de seguros britânico, emitiu um relatório sobre o futuro da força de trabalho do Reino Unido para 2013 que desenhou um quadro desolador. Os empregados serão mais velhos, cuidarão de outras pessoas, apresentarão mais problemas de estilos de vida, serão obesos com diabetes ou problemas cardíacos, trabalharão em empregos com maiores probabilidades de causar impactos psicológicos (Vaughan-Jones, 2009).

No setor saúde, diversos estudos demonstram que a categoria profissional, o processo de trabalho, a organização dos serviços, o excesso de demandas, entre outros fatores, exercem impactos importantes na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde (Nunes e Freire, 2006; Farias e Zeitoune, 2007; Fernandes et al., 2010; Loureirão et al., 2010; Bessegato, 2014; Fabichak et al., 2014; Santana et al., 2014).

Na Figura 2, adaptado de Burton (2010) são apresentadas as consequências de um ambiente de trabalho não saudável na saúde e bem-estar dos trabalhadores, e os custos para as empresas e organizações.

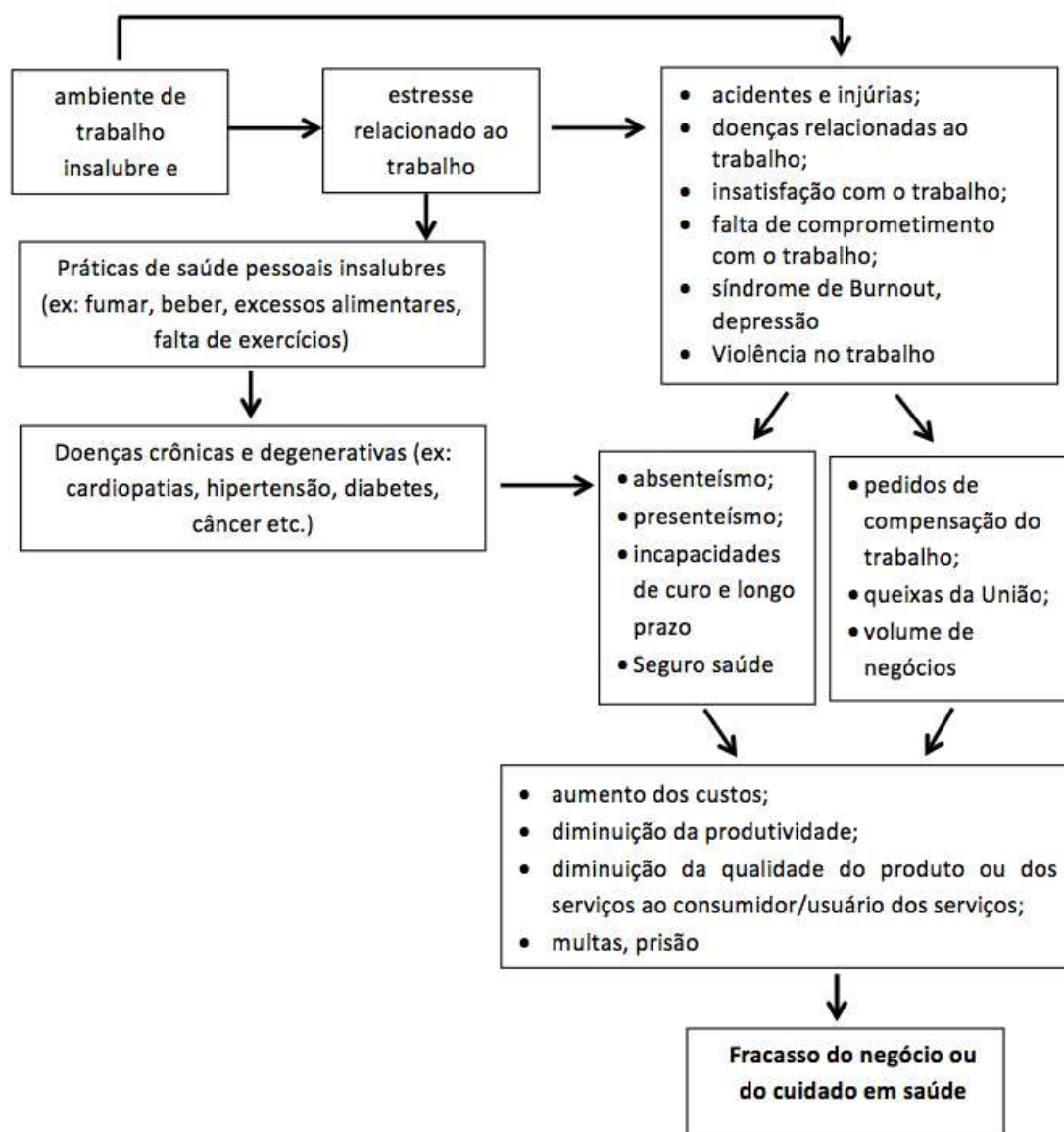


Figura 2: Impacto de um ambiente de trabalho não saudável para a saúde dos trabalhadores, para as empresas e para os diversos tipos de organizações.

Fonte: Adaptado de Burton (2010, p.6). Com permissão da WHO.

Assim, a estratégia dos ambientes de trabalho promotores da saúde, denominada atualmente pela OMS como *ambientes de trabalho saudáveis*, apresenta como objetivo principal manter e melhorar a saúde física e mental dos trabalhadores, por meio de ações de proteção e promoção à saúde. O conceito de ambientes de trabalho promotores de saúde ou saudáveis tem se tornando cada vez mais importante à medida que empresas e organizações públicas e privadas reconhecem que o sucesso num mercado cada vez mais globalizado somente pode ser alcançado por meio de uma força de trabalho saudável, qualificada e motivada (Chu et al., 2000; Burton, 2010; WHO, 2015a). Evidências demonstram que um trabalhador com boa saúde física e mental contribui para a melhor produtividade e sucesso da empresa e/ou organização, o que leva à prosperidade econômica do país, o bem-estar social individual, a riqueza e a saúde dos trabalhadores e de suas famílias (Duxbury e Higgins, 2009; Burton, 2010).

Em nível internacional, com a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Comissão Internacional em Saúde Ocupacional (ICOH – *International Commission on Occupational Health*) têm se destacado na defesa de políticas e programas que visam minimizar o impacto do ambiente de trabalho na saúde dos indivíduos e comunidades (Kirsten, 2012; ICOH, 2015).

Como nos alertam Pellegrini Filho et al. (2014), no planejamento de estratégias promotoras de saúde nestes ambientes é importante refletir sobre a saúde do trabalhador no interior do processo de trabalho e das relações de produção

[...] os ambientes de trabalho serão mais ou menos “saudáveis” de acordo com o êxito das lutas políticas dos trabalhadores na garantia de seus direitos quanto à proteção social e à saúde. Portanto, uma dimensão fundamental para a saúde dos trabalhadores consiste nas relações econômicas e sociais dentro dos quais o trabalho transcorre, as quais incluem, mais amplamente, os processos e as relações de poder e dominação existentes entre patrões e trabalhadores em determinada formação social considerada, assim como os ambientes físicos e psicossociais, os serviços de proteção e saúde disponíveis, etc. (Ib., p. 316)

Desta forma, a advocacia em saúde, protagonizada por profissionais de saúde, trabalhadores, tomadores de decisões e organizações interessadas na promoção da saúde, apresenta papel fundamental na construção e manutenção dos ambientes de trabalho saudáveis.

De mudanças nos estilos de vida aos ambientes de trabalho saudáveis

O conceito de ambiente de trabalho promotor da saúde é relativamente recente e vem sofrendo mudanças ao longo do tempo em função da crescente compreensão sobre os determinantes da saúde dos trabalhadores por diferentes disciplinas (Chu et al., 1997).

Apesar de haverem relatos de experiências sobre programas de promoção da saúde na primeira metade do século XX, principalmente nos EUA, o termo *workplace ou worksite health promotion* começou a popularizar-se nos EUA em meados da década de 1970 com a introdução dos *wellness programs*⁵(programas de bem-estar), geralmente definidos como programas voltados a “promover a saúde dos trabalhadores” por meio do incentivo à prática de exercícios ou alteração da dieta dos trabalhadores, com a clara intenção de diminuir os custos relacionados à saúde dos empregados (Graça, 1999). Eles apresentavam uma tendência em focar em um ou outro fator de risco, na mudança de um determinado comportamento em particular e oferecidos a apenas um grupo de trabalhadores. O foco limitado adotado nestes primeiros programas negligenciava os determinantes ambientais, sociais e organizacionais da saúde^{*****} (Chu et al., 1997; Chu et al., 2000).

No ano de 1980, houve um aumento do número de programas denominados de promotores da saúde e/ou *wellness* no ambiente do trabalho, que buscavam ser mais abrangentes que os anteriores em sua natureza e nos métodos de intervenções e, em geral, apresentavam um forte componente de educação em saúde tradicional, combinada com exames periódicos de saúde, além de cursos para o manejo do estresse, disponibilidade de alimentos funcionais nas cantinas, programas de exercícios etc. (Graça,

***** Segundo o Centers for Disease and Prevention (EUA), um Workplace Wellness Program é “uma atividade promotora de saúde ou uma ampla política organizacional estruturada para dar apoio a comportamentos saudáveis e melhorar os resultados em saúde enquanto no trabalho. Estes programas consistem de atividades tais como educação em saúde e coaching, programas de gestão do peso, exames médicos, programas locais de condicionalmente físico, e outros. Os programas de wellness também incluem políticas intencionadas a facilitar a saúde dos empregados, incluindo tempo para exercícios, provisão de cozinhas e áreas de alimentação no local, oferecimento de opções de alimentos saudáveis nas máquinas de venda automática, promover encontros “andar e falar” e oferecer incentivos físicos e outros para a participação.” Disponível em: <http://www.cdc.gov/features/WorkingWellness>.

1999; Chu et al., 2000). Porém, a maioria deles focava (e ainda foca) na modificação de comportamentos individuais, sem levar em consideração os determinantes socioeconômicos, ambientais e organizacionais mais amplos que incidem sobre a saúde e o comportamento dos trabalhadores (Chu et al., 2000). Estes programas muitas vezes também são denominados de promotores da saúde (Polanyi et al., 2000).

Entretanto, a estratégia contemporânea dos ambientes de trabalho saudáveis teve sua origem na Carta de Ottawa (WHO, 1986), quando foi descrita a importância da criação dos *ambientes favoráveis à saúde*:

[...] Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (WHO, 1986).

A carta de Ottawa reforça ainda a importância dos ambientes onde as pessoas vivem para sua saúde quando descreve:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro dos contextos do seu dia a dia: onde elas aprendem, **trabalham**, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela garantia que a sociedade na qual se vive crie condições que permita a obtenção da saúde por todos (WHO, 1986, grifo nosso).

A partir de então, o ambiente de trabalho ganhou reconhecimento como um relevante contexto que inevitavelmente impacta na saúde do trabalhador, mas também em sua família, sua comunidade local e a sociedade como um todo, necessitando-se de ações mais amplas para proteger e promover sua saúde.

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta, Indonésia, a OMS lançou uma nova iniciativa – **a abordagem dos ambientes de trabalho saudáveis**, por meio da Declaração de Jacarta sobre os ambientes de trabalho saudáveis (WHO, 1997a).

Segundo esta declaração:

Abordagens abrangentes no ambiente de trabalho são essenciais que levem em consideração os fatores físicos, emocionais, psicológicos, organizacionais e econômicos tanto no interior dos ambientes de trabalho como em todos os outros ambientes, nas quais as pessoas desempenham seus múltiplos papéis da vida.

E ainda:

Esta abordagem é baseada nos quatro princípios complementares seguintes:

1. Promoção da saúde
2. Saúde e segurança ocupacional
3. Gestão de recursos humanos
4. e desenvolvimento sustentável (social e ambiental)

Juntos, esses princípios fundamentais tornam possível para lidar com o impacto de uma ampla variedade de fatores sobre os trabalhadores, a comunidade do entorno e a sociedade em geral.

Apesar de existirem atualmente várias definições reconhecidas para o ambiente de trabalho promotor da saúde, as mais citadas, segundo Kirsten (2012) são as formuladas pela *International Association for Worksite Health Promotion* (IAWHP), com sede nos EUA, e pela *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP), na Europa.

A IAWHP define o ambiente de trabalho promotor da saúde como

[...] um conjunto de ações corporativas estratégicas e táticas que visam otimizar a saúde do trabalhador e o desempenho dos negócios através do esforço coletivo dos empregados, famílias, empregadores, e a sociedade como um todo (IAWHP, 2009, p.2).

Já a *European Network for Workplace Health Promotion* apresenta uma abordagem um pouco diferente:

A Promoção da Saúde no ambiente de trabalho é o esforço combinado de empregadores, empregados e a sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Isso pode ser alcançado por meio da combinação de:

- melhorias na organização do trabalho e no ambiente de trabalho
- promoção da participação ativa
- encorajamento do desenvolvimento pessoal (ENWHP, 1997, p.1)

A OMS publicou em 2010 um documento onde é proposta uma abordagem mais ampla para intervenções nestes contextos, seguindo a mesma denominação proposta em Jacarta, ou seja, ambientes de trabalho saudáveis.

Segundo a OMS (2010):

Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para usar um processo contínuo de melhorias para proteger***** e promover a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho, considerando o seguinte, com base nas necessidades identificadas:

- Questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho;
- Questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização;
- Recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e
- Envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade.

Neste documento, a OMS apresenta um modelo de “ambiente de trabalho saudável” (*healthy workplace*) abrangente, que cobre quatro importantes áreas para a promoção da saúde nestes ambientes. Essas áreas ou vias de influência precisam ser consideradas pela empresa ou organização para a criação de um ambiente de trabalho saudável, sendo elas: 1. o ambiente físico do trabalho; 2. o ambiente psicossocial do trabalho; 3. os recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho e 4. o envolvimento da empresa na comunidade. O modelo será descrito em maior profundidade ao longo deste capítulo.

Atualmente, entretanto, verifica-se que, infelizmente, muitas das ações tradicionalmente associadas ao movimento dos ambientes de trabalho promotores são ainda estruturadas apenas para objetivos e resultados voltados a mudanças comportamentais tais como a cessação do fumo, redução do estresse, condicionamento físico, controle de peso etc., e não avançam na construção de um modelo de ação que integram aspectos relacionados à mudança organizacional, participação dos trabalhadores e abordagens promotoras de saúde (Polanyi et al., 2000; Whitehead, 2006). Sobre estes aspectos, Luis Graça, um pesquisador português especialista no tema, apresenta uma importante reflexão sobre os problemas da promoção de saúde no trabalho (PST) na Europa:

***** Segundo Burton (2010), a proteção da saúde refere-se “As medidas tomadas em um ambiente de trabalho para proteger os trabalhadores de doenças ou danos devido à exposição a perigos ou riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou psicossociais que existem no ambiente de trabalho”

A PST também tem, porém, os seus mitos e, sobretudo, as suas armadilha, podendo servir de álibi (ideológico) para dismantlar um sistema de *proteção* contra os riscos profissionais que, ao longo de século e meio, os nossos países foram construindo. Se ela não tiver uma fundamentação teórica consistente e critérios explícitos de boas práticas, há o risco de se tornar uma simples noção de senso comum (por ex., a simples educação para a saúde dirigida ao indivíduo no tempo e local de trabalho) e até, inclusive, de se transformar numa subtil e potencialmente perigosa engenharia de controlo social (por ex., a adoção de estilos de vida saudáveis como critério de empregabilidade) (p.9).

Desta forma, qualquer definição e/ou esquemas de planeamento envolvendo a promoção da saúde dos trabalhadores devem possuir um olhar mais amplo que os modelos focados em mudanças de comportamentos individuais caso queiram se harmonizar com os princípios, valores, áreas de ação e estratégias da promoção da saúde proposta pela carta de Ottawa, pois só assim alcançarão mudanças sustentáveis e resultados promissores para a saúde de todos os trabalhadores em longo prazo. Nesse sentido, corroboramos das considerações de Burton (2010) quando descreve que:

Qualquer definição de um ambiente de trabalho saudável deve incluir a definição de saúde da OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças. As definições de um ambiente de trabalho saudável têm evoluído muito ao longo das últimas décadas. A partir de um foco quase exclusivo no ambiente físico de trabalho (o domínio da saúde e segurança ocupacional tradicional, lidando com riscos físicos, químicos, biológicos e riscos), a definição foi ampliada para incluir fatores relacionados a prática da saúde (o estilo de vida); fatores psicossociais (a organização do trabalho e da cultura do ambiente de trabalho); e um vínculo com a comunidade; todos os quais podem ter um profundo efeito sobre a saúde do empregado(p.15).

Entretanto, o que se observa na prática é que cada empresa ou organização desenvolve programas denominados de ‘promotores da saúde’ em seu ambiente de trabalho em função de seus interesses e do macrocontexto socioeconômico do país em que está situado, como veremos a seguir.

Um breve histórico mundial do ambiente de trabalho saudável

EUA

Segundo Graça (1999), os EUA, contrariamente, ao que ocorre em boa parte dos países europeus, e também Brasil não apresenta uma tradição histórica de Estado de Bem-Estar Social ou de providência que oferece serviços públicos gratuitos de saúde, entre outros, à população. Assim, boa parte dos empregadores sustenta os encargos da saúde dos seus trabalhadores por meio de seguro-saúde, e que inclui muitas vezes seus familiares. Desta forma, as empresas norte-americanas foram as primeiras a preocupar-se com o aumento dos custos diretos e indiretos da proteção social de seus trabalhadores.

Ainda, para o autor:

O interesse dos empregadores na redução dos custos com a prestação de cuidados de saúde era igualmente partilhado pelas seguradoras, algumas das quais se tornariam muito ativas, fazendo o *marketing* da PST, organizando, elas próprias, programas destinados aos seus trabalhadores, vendendo pacotes de *wellness programs* aos seus clientes, apoiando a realização de encontros científicos sobre o tópico de avaliação econômica da PST, etc. (Ib., p.20)

De acordo com Chenoweth (2011), nos EUA, um dos primeiros programas de recreação e atividade física para os empregados ocorreu em 1879, quando a empresa Pullman formou sua associação atlética.

Cinco anos mais tarde, John R. Patterson, presidente da *National Cash Register*, reunia regularmente seus empregados ao amanhecer, antes do início do trabalho, para passeios a cavalo. Em 1894, Patterson instituiu pausas para exercícios de manhã e tarde e, década mais tarde, construiu um ginásio para os empregados e, em 1911, construiu um parque de recreação para os funcionários.

Na década de 1930, quando o país se recuperava da Grande Depressão, Milton Hershey (*Hershey Foods Corporation*) construiu um complexo de lazer para os empregados, onde havia uma piscina interior.

No ano de 1941, foi criado o *National Employee Services and Recreation Association*, que encabeçou maior interesse em programas de recreação aos funcionários. Embora a maioria dos programas de Promoção da Saúde no ambiente de Trabalho (PSAT) centrasse em atividades de recreação e condicionamento físico, o advento e a incorporação dos *Employee Assistance Programs* (EAPs) por várias grandes empresas tornou-se evidente nos anos 1950. Na década de 1970, seus objetivos foram expandidos a fim de oferecer a todos os funcionários um amplo conjunto de serviços que incluíam a gestão do estresse, assistência a idosos, planejamento do orçamento familiar, aconselhamento pessoal, planejamento pré-aposentadoria, planejamento financeiro, entre outros (Chenoweth, 2011).

Em 1970, o *Occupational Safety and Health Act* (OSHA) foi criado nos EUA para regular o ambiente de trabalho e torná-lo mais seguro aos trabalhadores. Como consequência, o Ato aumentou também a consciência dos empregadores sobre a importância da saúde dos empregados e provavelmente ofereceu a algumas empresas um impulso para expandir seus programas de segurança ocupacional para programas mais abrangentes de promoção de saúde no ambiente de trabalho (Chenoweth, 2011). Nesta época, o termo *workplace* (ou *worksites*) *health promotion* começou a ser popularizado nos EUA, com a introdução dos chamados *wellness programs* (que podem ser traduzidos como programas de bem-estar) em um progressivo número de empresas norte-americanas (Conrad, 1987; Graça, 1999). Porém, o conceito de *health promotion* estava associado muito mais a mudanças comportamentais dos funcionários do que na estrutura das empresas.

Na década de 1980, houve expansão dos *wellness programs* nas empresas americanas que passaram também a incorporar um conjunto mais abrangente de atividades, tais como o gerenciamento do estresse, cuidados com a coluna, controle do tabagismo, da nutrição, da saúde pré-natal, de peso, feiras anuais de saúde, sessões de aprendizagem semanais no horário da refeição, porém, ainda, com abordagem majoritariamente focada à mudanças individuais.

Esta visão americana sobre o ambiente de trabalho promotor de saúde voltada à mudanças individuais é compartilhada também por Conrad (1988), ao afirmar que

Com efeito, a promoção da saúde no ambiente de trabalho consiste em educação em saúde, triagem e / ou intervenções planejadas para mudar o comportamento dos funcionários a fim de alcançar uma melhor saúde e reduzir os riscos de saúde associados. Ela difere da missão tradicional da saúde ocupacional, na qual os **wellness programs** estão interessados na promoção de saúde geral entre os funcionários, em vez de focar na proteção à saúde, isto é, prevenir doenças ocupacionais ou assegurar condições de trabalho seguras (Ib., p.255, grifo nosso).

Ainda sobre a orientação dos *wellness programs*, Conrad (1988) descreve que

[...] a orientação dos **wellness programs** é facilitar a mudança do comportamento ou o estilo de vida das pessoas para prevenir a doença e promover a saúde. A participação é voluntária, apesar de que muitos programas fazem esforços para alcançar os funcionários de 'alto risco' e provêm esforços incentivos (desde camisetas até dinheiro) para encorajar a participação (Ib., p.255, grifo nosso).

Nos anos de 1990, estes programas continuaram a crescer, junto às intervenções realizadas nestes ambientes, que passaram a incorporar salas de lactação para trabalhadoras, cursos de *kickboxing*, *spinning*, artes marciais, entre outros (Chenoweth, 2011).

Atualmente, há um grande número destes programas nos EUA que recebem as mais diversas denominações, tais *workplace wellness* (Bray, 2012; Hicks, 2014), *worksite health promotion* (Chenoweth, 2011); *health promotion in the workplace* (O'Donnell, 2002) e, mais recentemente, *healthy organizations* (Dive, 2004; Lowe, 2010) mas que apresentam bases teóricas e de intervenção bem parecidas, com foco principal nas mudanças de estilos de vida individuais (Chenoweth, 2011).

De acordo com o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), uma organização saudável (*healthy organization*) é aquela que (Centers for Disease Control and Prevention, 2014)

[...] apresenta baixas taxas de doenças, injúrias e deficiências em sua força e é também competitiva no mercado. Pesquisa da NIOSH identificou as características organizacionais associadas tanto com o trabalho saudável e de baixo estresse quanto altos níveis de produtividade. Exemplos dessas características incluem o seguinte:

- O reconhecimento dos funcionários para o bom desempenho do trabalho
- Oportunidades para o desenvolvimento da carreira
- Uma cultura organizacional que valoriza o trabalhador individual
- Ações de gestão que são consistentes com os valores organizacionais

De acordo com um levantamento feito pela empresa *RAND Health*, no ano de 2013, com empregadores nos EUA, verificou-se que, aproximadamente, metade deles oferecia iniciativas relacionadas à promoção do bem-estar dos seus trabalhadores (*wellness promotion initiatives*) e os maiores empregadores apresentavam uma tendência superior de oferecer programas de bem-estar mais complexos. Os programas geralmente incluíam atividades de rastreamento (*screening*) para identificação de riscos à saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis. A maioria dos empregadores que oferecia estes programas os caracterizava como uma combinação de atividades de rastreamento e intervenções (Mattke et al., 2013). Verificou-se também que as atividades de triagem utilizavam avaliações de risco à saúde, questionários autoadministrados sobre comportamentos relacionados à saúde (por exemplo, padrões de exercício) e fatores de risco (por exemplo, peso corporal) e incluíam exames clínicos para a coleta de dados biométricos, tais como altura, peso, pressão arterial e nível de glicose no sangue. Além disso, constatou-se que intervenções preventivas focavam a prevenção primária, orientando os funcionários sobre fatores de risco para doenças crônicas (gestão do estilo de vida) e a prevenção secundária, melhorando o controle da doença em funcionários com condições crônicas manifestas (Mattke et al., 2013).

Segundo Graça (1999)

Uma das muitas fraquezas metodológicas de muitos programas de PST, nos EUA, tinha (e tem) a ver justamente com o facto de estarem mais centrados no *indivíduo* do que na *organização*. Ora, para ser eficaz, a PST tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action*, ou seja, agir sobre o indivíduo e seu ambiente de trabalho, criando um *supportive environment* e, ao mesmo tempo, fornecendo informação e prestando apoio a cada trabalhador para proteger, manter e melhorar a sua saúde e seu bem-estar no trabalho (p.14).

Além disso, segundo o autor, de certa forma, a saúde da população trabalhadora nos EUA tornou-se um grande negócio, em que empresários, consultores, profissionais da saúde, entre outros, além de hospitais, seguradoras, universidades etc., denominado conjuntamente de complexo *Business & Health*, vendem aos gestores de empresas e organizações um tipo particular de conhecimento especializado relacionado ao risco à saúde e ao manejo do risco corporativo.

Europa

No caso do continente europeu, o interesse pela construção de ambientes de trabalho promotores de saúde é mais recente do que nos EUA. Desde 1975, a *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound* (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho) tem trabalhado ativamente para ajudar a planejar melhores condições de vida e trabalho para os cidadãos dos países-membros (Eurofound, 2014).

De acordo com Graça (1999)

Um dos méritos da ação da Fundação Europeia foi a de procurar desenvolver uma perspectiva integrada, participativa, inovadora e verdadeiramente europeia dos problemas de saúde dos europeus, vistos simultaneamente como trabalhadores, cidadãos e consumidores (Eurofound, 1992)

Em 1992, foi instituído o “Ano Europeu da Segurança, Higiene e Proteção da Saúde no Trabalho” que teve como objetivo aumentar a consciência do público e organizações sobre a importância da proteção da saúde e da segurança do trabalhador no ambiente de trabalho. Importantes propostas foram discutidas pelos países membros para a melhoria do ambiente psicossocial do trabalho bem como para a implementação de ambientes de trabalho promotores de saúde (Hanson, 2007)

Em 1996, foi fundada a *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)* que tem como objetivo promover boas práticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho e defender a adoção desta prática em todos os ambientes europeus de trabalho.

Em novembro de 1997, a ENWHP se reuniu em Luxemburgo e, como resultado do encontro, elaborou a Declaração de Luxemburgo sobre o ambiente de trabalho promotor da saúde na União Europeia a qual apresenta a seguinte definição sobre o ambiente de trabalho promotor da saúde (ENWHP, 1997):

O ambiente de trabalho promotor de saúde é uma estratégia corporativa moderna, que visa prevenir problemas de saúde no trabalho (incluindo doenças relacionadas ao trabalho, acidentes, lesões, doenças ocupacionais e stress) e melhorar potencialidades de promoção da saúde e bem-estar no trabalho (Ib., p.2)

Esta declaração teve o mérito de estabelecer uma definição consensual sobre o ambiente de trabalho promotor de saúde para os participantes da Rede Europeia para Ambientes de Trabalho Promotores da Saúde (ENWHP).

O documento ainda esclarece a partir do pressuposto “pessoas saudáveis em organizações saudáveis” que a estratégia do ambiente de trabalho promotor da saúde poderá ser operacionalizada se for orientada segundo os seguintes princípios (ENWHP, 1997):

1. todos os funcionários têm de estar envolvidos (participação);
2. a PSAT tem de estar integrada a todas as decisões importantes e em todas as áreas das organizações (integração);
3. todas as medidas e os programas têm de ser orientados para um ciclo de resolução de problemas: análise de necessidades, definição de prioridades, planejamento, implementação, controle e avaliação contínua (gerenciamento de projetos);
4. a PSAT inclui medidas direcionadas aos indivíduos e ao meio ambiente de diversos campos. Ela combina a estratégia de redução de risco com a estratégia de desenvolvimento de fatores de proteção e potenciais de saúde (abrangência) (Ib., p.4).

Após o encontro em Luxemburgo, as atividades da rede continuaram a ser desenvolvidas e outros documentos relacionados a novas políticas de PSAT foram publicados, como o memorando *Cardiff*, em

1998, no qual enfatiza a importância das pequenas e médias empresas para a economia e a dificuldade da implementação da PSAT nestes ambientes. No documento, a ENWHP claramente suporta um investimento crescente nestas empresas e recomenda o desenvolvimento de modelos de PSAT para serem adaptados a estes locais (ENWHP, 1998)

A Declaração de Lisboa sobre Saúde no Trabalho em Pequenas e Médias Empresas (PME), em 2001, mais uma vez discute a iniciativa da PSAT em pequenas e médias empresas (ENWHP, 2001). A declaração descreve que

Mais de 99% das empresas da União Europeia são PME e que juntas empregam mais de dois terços da força de trabalho da União Europeia. Não são apenas as PME de importância crescente no que diz respeito à política de emprego, elas também são significativas em termos econômicos, sendo responsável por mais da metade do volume de negócios da União Europeia (Ib.,p.2).

Ainda segundo ela

As principais forças motrizes para a saúde nas PME são os proprietários e equipe a executiva sênior. Uma chefia exemplar deve integrar a saúde na prática diária gerencial por meio do(a):

- envolvimento de todos os funcionários no processo de planejamento e tomada de decisão da empresa;
- garantia de um bom ambiente de trabalho;
- reconhecimento e recompensa pelo bom desempenho;
- monitoramento de melhorias – especialmente aquelas relacionadas à organização do trabalho.

Entre 17 e 18 de junho de 2002, ocorreu em Barcelona, Espanha, a 3ª Conferência Europeia sobre Promoção da Saúde no ambiente de Trabalho (ENWHP, 2002). A declaração de Barcelona sobre o desenvolvimento de boas práticas de saúde no ambiente de trabalho na Europa destaca que *não há saúde pública sem saúde no ambiente de trabalho*.

Além disso, a declaração expõe que

Com a transição para a sociedade do conhecimento e o crescimento do setor da prestação de serviços nas economias nacionais, o papel dos trabalhadores torna-se ainda mais importante. Ganha cada vez mais terreno a percepção de que só os trabalhadores saudáveis conseguem dotar as empresas e a globalidade das sociedades com capacidades inovadoras que lhes permitam manter a competitividade no mercado global.

No documento supracitado, é descrito que em muitos países não há ainda conhecimentos e métodos para análise da situação atual e para a implementação da PSAT. Com o objetivo de sanar estas lacunas, a ENWHP desejava criar uma ‘caixa de ferramentas’ (*toolkit*) para esta proposta. Da mesma forma que na declaração de Lisboa, a declaração de Barcelona argumenta que todas as nações devem criar sua própria agenda para melhorias na saúde do ambiente de trabalho (ENWHP, 2002, p.3)

A declaração de Edimburgo sobre promoção da saúde mental e bem-estar no ambiente de trabalho (*The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing*) foi elaborada pela ENWHP, em outubro de 2010, e tem como objetivo chamar a atenção para a necessidade de promover a saúde mental e o bem-estar no ambiente de trabalho por meio de parceiros sociais e outras partes interessadas. Ela considera que dez medidas podem ser tomadas para promover a saúde mental e bem-estar no ambiente de trabalho, que incluem (ENWHP, 2010):

1. encorajar os empregadores a fornecerem oportunidades de trabalho significativas e estimulantes para seus empregados, bem como os apoios organizacionais necessários;

2. prover oportunidades para o desenvolvimento de habilidades do empregado que inclui a auto-confiança e a competência social;
3. promover maior participação dos trabalhadores na tomada de decisões;
4. reconhecer o papel chave dos gerentes em apoiar a equipe;
5. criar um ambiente de trabalho positivo e definir claramente as expectativas e papéis no trabalho;
6. reduzir fontes de estresse no ambiente de trabalho e desenvolver resistência ao estresse, promovendo estratégias de enfrentamento;
7. encorajar uma cultura de iniciativa, participação, equidade e justiça, e combater o estigma e a discriminação no ambiente de trabalho;
8. apoiar, manter e contratar pessoas com problemas de saúde mental;
9. desenvolver e implementar fortes políticas de saúde mental e bem-estar no trabalho;
10. monitorar o impacto dessas políticas e intervenções (Ib., p.2)

Em outubro de 2013, os membros da ENWHP assinaram a declaração de Bruxelas sobre práticas de saúde no ambiente de trabalho para empregados com doenças crônicas. A partir dela, a ENWHP faz as seguintes recomendações para políticos, organizações de empregadores e sindicatos da União Europeia e em nível nacional (ENWHP, 2013):

1. foco na prevenção das doenças crônicas no ambiente de trabalho;
2. detectar as doenças crônicas na fase inicial;
3. o paradigma deve mudar do desempenho reduzido para manutenção da capacidade do trabalho atual e futuro;
4. focar nas habilidades e nos recursos do indivíduo, e não apenas em suas limitações ou restrições;
5. atacar a discriminação contra pessoas com doenças crônicas;
6. aumentar a importância e prioridade do retorno ao trabalho na agenda política;
7. aumentar as oportunidades de emprego das pessoas com doenças crônicas;
8. o trabalho deve recompensar – o trabalho deve incluir uma relação de custo-benefício positiva;
9. uma cooperação sistemática e próxima de todos os interventores e partes interessadas envolvidas;
10. preencher as lacunas do conhecimento existente e ampliar e manter as evidências e intervenções baseadas na experiência (Ib., p4)

Pesquisadores da promoção da saúde no ambiente de trabalho apontam diferenças fundamentais nestas iniciativas nos Estados Unidos, Japão e Europa. Por exemplo, a legislação foi uma força motriz no Japão, mas não nos Estados Unidos ou na Europa. A PSAT surgiu no Japão pelo medo dos governantes em ter baixa produtividade pelo crescente número de trabalhadores idosos. Em contraste, muitas das iniciativas de PSAT nos Estados Unidos foram impulsionadas para conter o aumento dos custos de cuidados à saúde dos empregados, enquanto que, na Europa, pelo temor em torno da capacidade de trabalho dos trabalhadores. Nos EUA e Japão, o foco principal dos programas de PST é nos estilos pessoais de vida dos trabalhadores, enquanto que na Europa o foco é na organização e no ambiente de trabalho (Chenoweth, 2011).

Além de cultural, este pensamento é influenciado, em grande parte, pelo sistema de saúde do país. Na Europa, Canadá e no Brasil, por exemplo, as empresas e organizações trabalham em contextos nacionais em que há um sistema de saúde pública que arca com os gastos de saúde do trabalhador. Nos EUA, por outro lado, as empresas e organizações apresentam uma responsabilidade muito maior pelo pagamento direto dos custos relacionados à saúde de seus trabalhadores. Consequentemente, o maior fator motivador para o desenvolvimento de programas promotores de saúde no ambiente de trabalho nos

USA é a diminuição dos custos relacionados à saúde, fato que levou o país a apresentar um grande número de programas que, por vezes, seguem um modelo educacional tradicional para melhorar a saúde dos funcionários. Muitos deles são gerenciados por enfermeiras, educadores em saúde, psicólogos, nutricionistas e educadores físicos (O'Donnell, 2002; Buck Consultants, 2009; Kirsten, 2012).

Portanto, nos EUA, os empregadores continuam a se preocupar majoritariamente com os custos da saúde dos trabalhadores para suas organizações e empresas, enquanto que em outros países os empregadores sentem o impacto da pobre saúde dos trabalhadores principalmente por meio do absenteísmo e Presenteísmo*****.

Independentemente das estratégias e filosofias empregadas, existem evidências que a PSAT pode melhorar os conhecimentos, atitudes, comportamentos e condições objetivas relacionadas à saúde como força muscular, gordura corporal, pressão arterial, ritmo cardíaco, função respiratória, níveis de lipídeos no sangue, dor nas costas, além dos sintomas físicos e emocionais do estresse, pelo menos em curto prazo (O'Donnell, 2002).

Brasil

Em dezembro de 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fruto da luta de movimentos sociais que reivindicavam que a saúde do trabalhador fosse um direito universal, pois, até então, a saúde era um benefício previdenciário, ou seja, restrito aos contribuintes, ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões da saúde do trabalhador, que foi regulamentada, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. No seu artigo 6º, é descrito que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde as execuções de ações de saúde do trabalhador, e no seu parágrafo 3º a definição e suas atividades:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

***** Cunha S. Absenteísmo e presenteísmo: indicadores de perdas e danos. CIPA. 2012; 33(391): 34-58.

O presenteísmo é caracterizado pela presença “parcial” do funcionário, ou seja, ele está presente na empresa, mas não desempenha suas tarefas de forma satisfatória e completa. Na maioria das vezes, quando está nesta situação, o funcionário apresenta forte desmotivação, deixando de produzir o esperado e comprometendo o bom andamento das atividades normais da empresa. Pode ser consequência de problemas emocionais, familiares, entre outros. Contudo, permanece no posto de trabalho, mesmo não estando pleno de saúde física e/ou psicológica. Esse comportamento pode influenciar outros trabalhadores, causando mal-estar na empresa. É mais difícil de ser detectado, visto que o trabalhador não está ausente do seu posto de trabalho (Cunha, 2012, p.36).

- VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Na mesma época, o conceito de promoção de saúde no ambiente de trabalho começou a ser introduzido no Brasil pelo setor privado, por meio de médicos que trabalhavam com saúde ocupacional, e cujos programas iniciais, denominados de programas de medicina preventiva e qualidade de vida, focavam em fatores de risco e suas relações com a saúde dos trabalhadores. Seus objetivos principais eram diminuir os custos relacionados ao tratamento das doenças (CPH Health, 2015). No início dos anos 1990, foi fundada a Associação Brasileira de Qualidade de Vida – ABQV que, desde 1997 promove o Prêmio Nacional de Qualidade de Vida (PNQV), cujo objetivo é “destacar as organizações que estimulam o estilo de vida saudável e a melhoria da qualidade de vida de sua força de trabalho” (ABQV, 2015). O PNQV é concedido nas categorias grande, média e pequena microempresa e um dos pré-requisitos para todas as categorias é que os programas tenham sido implantados e mantidos ao longo dos últimos dois anos, pelo menos (Fundação Nacional da Qualidade, 2008).

Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, por meio da Portaria no 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde (Renast on line). Ela compreende

[...] uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador. Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

A Renast é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que recebem recursos do Fundo Nacional de Saúde para realizar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Segundo o site do Renast on-line:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Existem dois tipos de Cerest: os estaduais e os regionais.

Cabe aos Cerest promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que se caracteriza por uma política transversal, estimulando ações intersetoriais, fortalecer a participação social, promover mudanças na cultura organizacional entre outros (Brasil, 2010). Segundo o documento

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (p. 10)

A PNPS priorizou as seguintes áreas de ações: 1. divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; 2. alimentação saudável; 3. prática corporal/atividade física; 4. prevenção e controle do tabagismo; 5. redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; 6. redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; 7. prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; 8. promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2010).

Como uma das estratégias para a implementação da PNSB, o Ministério da Saúde recomenda:

e) divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho (Ib., p.21)

E dentre as áreas de ações, três incorporam atividades voltadas aos trabalhadores:

Alimentação saudável (Ib., p.30)

e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas;

Prática corporal/atividade física (Ib., p.35)

e) articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho (p.35);

Prevenção de controle do tabagismo (Ib., p.36)

V – Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:

- a) realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores; e
- b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

Em agosto de 2012, por meio da Portaria nº 1.823, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (Brasil, 2012a):

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

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I – universalidade;
- II – integralidade;
- III – participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV – descentralização;
- V – hierarquização;

VI – equidade; e

VI – precaução.

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, deverá-se considerar a articulação entre:

- I – as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;
- II – as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e
- III – o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Em seu anexo I – ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, item 8, é descrito

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida **como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho**. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. **A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais** e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais (Brasil, 2012a, grifo nosso).

Apesar de representar um grande avanço para a saúde de todos os trabalhadores, há pela frente um grande desafio para sua real implementação.

Sobre isso, Gómez (2013) conclui que

Temos para frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construímos. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista. (Ib., p.24)

Além do governo Federal, o Serviço Nacional da Indústria (SESI) também tem tido um importante papel na divulgação de documentos que informam sobre a importância de atividades promotoras de saúde nas empresas/organizações, tal como o documento *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*, tradução de uma importante publicação da OMS sobre o tema (OMS,2010).

Em setembro de 2014, o SESI lançou a *Rede de Promoção da Saúde do Trabalhador*, cujo objetivo é, por meio de consultores, ajudar as indústrias a identificar investimentos em qualidade de vida dos trabalhadores que têm maior potencial de retorno (Rodrigues, 2014)

Segundo Rodrigues (2014) no portal do SESI

O objetivo da rede é permitir a troca de experiências e disseminação de boas práticas do SESI na promoção da saúde e prevenção de doenças entre os trabalhadores. Além disso, a rede pretende criar novos produtos e serviços que contribuam para a redução dos custos da indústria com faltas ao trabalho e presenteísmo de trabalhadores (quando se está no trabalho, mas não tem produtividade).

Assim, como já vem sendo feito pela Instituição, haverá maior monitoramento da saúde e dos hábitos de vida dos profissionais da indústria que visará auxiliar a gestão da qualidade de vida nas empresas e o atendimento às exigências legais (Rodrigues, 2014).

Segundo Pellegrini Filho et al. (2014), no caso do Brasil, existe a garantia da saúde como direito constitucional, que obriga o Estado e a sociedade a preservar a saúde de seus cidadãos, inclusive os trabalhadores, e assim, tanto o Estado como as empresas apresentam a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores.

Ainda, segundo os autores, no caso do nosso país

Necessariamente, as iniciativas locais de empresas promotoras de saúde (ou ambientes de trabalho saudáveis) devem estar perfeitamente conectadas com as autoridades sanitárias locais correspondentes (secretarias de saúde e trabalho, entre outras) e integradas ao sistema local de saúde e às equipes de Saúde da Família. (Ib., p.318)

O fomento às iniciativas de ambientes de trabalho saudáveis é de fundamental importância para a saúde pública e a economia do nosso país, pois, segundo estimativas da OMS/Fórum Econômico internacional, o impacto de doenças relacionadas ao estilo de vida no Brasil para 2015 será da ordem de 9,3 bilhões de dólares (WHO, 2015b).

Muitos dos programas de promoção da saúde, no ambiente de trabalho desenvolvidos no Brasil, apresentam muitas similaridades com os programas de *wellness* norte-americanos ou são baseados nos programas de saúde ocupacional tradicionais. Corroboramos do pensamento de Grazziano e Bianco (2013) a este respeito quando afirma que

No passado, o termo “saúde ocupacional” se referia a um ambiente de trabalho saudável, e programas de segurança do trabalhador eram voltados quase exclusivamente à prevenção de doenças e acidentes ocupacionais. Com a mudança do cenário social e a implantação de políticas de promoção da saúde, programas que visem à promoção da saúde do trabalhador devem ser concebidos com novo enfoque, englobando a proteção de sua saúde contra os riscos ocupacionais e a promoção da saúde de modo a neutralizar as causas não ocupacionais que levem ao adoecimento dos trabalhadores. (Ib., p.587)

Como se observa, a filosofia da promoção da saúde no ambiente de trabalho no nosso país ainda é um fato recente necessitando-se de maior amadurecimento teórico-conceitual e prático por parte daqueles que executam intervenções nos ambientes de trabalho sob a chancela de ‘promotoras da saúde’. A tendência é que este campo expanda nos próximos anos, mas que já é verificada pelo crescente número de publicações nacionais sobre o tema. Nesse sentido, é de se destacar as publicações “*Programas de promoção de saúde que funcionam nas empresas*” (Ogata, 2015) e “*Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho*” (O’Donnell, 2015), ambas veiculadas pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

Em 28/10/2014, o ministro Arthur Chioro lançou a nova Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa deter o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil (Brasil, 2014)

De acordo com o a versão preliminar do documento

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde (Ib.,p.3).

O documento ainda descreve os temas transversais, que servem de referências para a formulação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNaPS, com um item (V) destacando a importância da vida no trabalho (Brasil, 2014):

I. Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade.

Significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares.

II. Desenvolvimento sustentável

Refere-se a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras. (Grifo nosso)

III. Redes de produção social da saúde e do cuidado

Representa incorporar o tema na lógica de redes que favoreça práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber (populares, tradicionais e científicos), construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. Significa também vincular o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por objetivos comuns, podem atuar na promoção da saúde.

IV. Ambientes e territórios saudáveis

Significa relacionar o tema priorizado **com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades**, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica.

V. Vida no trabalho

Compreende interrelacionar o tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os distintos setores da economia (primário, secundário e terciário), considerando os espaços urbano e rural, identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde das ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica. (Grifo nosso)

VI. Cultura da paz e direitos humanos

Consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz (Ib. pp. 13-14, grifo nosso)

Além disso, o documento descreve os eixos operacionais, caracterizados como *estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando os valores, princípios, objetivos e diretrizes da PNaPS*, sendo eles

I. Territorialização

Execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções e que ampliem o sentimento de pertencimento territorial;

II. Articulação e cooperação intra e intersetorial

Compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e, entre diferentes áreas do mesmo setor.

III. Participação e controle social

Ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos.

IV. Gestão

Priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação.

V. Educação e formação

Incentivo a atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.

VI. Vigilância, monitoramento e avaliação

Utilização de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de saúde e qualidade de vida.

VII. Produção e disseminação de conhecimentos e saberes

Estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade.

VIII. Comunicação social e mídia

Uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações (Ib., pp.15-16).

A saúde do trabalhador brasileiro

O SESI realizou, entre 2006 e 2008, uma pesquisa pioneira sobre o perfil de estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria, em âmbito nacional, abrangendo 2.775 empresas e 47.886 trabalhadores, intitulada *Estilo de Vida e Hábitos de Lazer dos Trabalhadores das Indústrias Brasileiras* (Confederação Nacional da Indústria, 2009). Dentre os principais resultados, observou-se que:

- 16,2% dos trabalhadores referiram uma percepção de saúde negativa (regular e ruim), com maior prevalência observada nas regiões Nordeste e Norte e entre as mulheres;
- o grau de percepção positiva de bem-estar mais baixo ocorreu no lazer (66,3%), o que significa que 33,7% dos trabalhadores demonstram não estar satisfeitos com suas vidas neste contexto;
- a prevalência de fumantes entre os trabalhadores da indústria foi de 13,1%, sendo significativamente maior entre os homens, os trabalhadores com 40 anos ou mais, os trabalhadores casados, com menor escolaridade, aqueles com menor renda familiar mensal e os trabalhadores de empresas de médio porte;
- a proporção de trabalhadores que relataram não realizar qualquer forma de atividade física no lazer (exercícios físicos, esportes, dança ou artes marciais) foi de 45,4%. A proporção de trabalhadores classificados como inativos no lazer foi maior entre as mulheres, os trabalhadores com 40 anos ou mais, os trabalhadores casados, os trabalhadores com menor escolaridade, os trabalhadores com menor renda familiar mensal e os trabalhadores das empresas de pequeno porte;
- sobre ginástica na empresa, 65,9% dos trabalhadores referiram que a empresa onde trabalham não oferece programas de ginástica e 85,6% dos trabalhadores das empresas de pequeno porte referiram que não são oferecidos programas de ginástica na empresa;

- constatou-se que a prevalência de trabalhadores com excesso de peso foi de 40,5% (incluindo 7,9% com obesidade), sendo que a maior proporção foi observada entre os homens e trabalhadores com idade igual ou acima dos 40 anos e com menor escolaridade;
- entre os trabalhadores da indústria, 59,2% referiram não consumir frutas ou sucos naturais em cinco ou mais dias na semana;
- sobre relação à frequência de consumo demasiado de doces – balas, tortas, sonhos, sorvetes (5 ou mais dias na semana), observou-se que 14,8% dos trabalhadores possuem esse hábito;
- o percentual de trabalhadores que referiram consumo demasiado de refrigerantes (5 ou mais dias na semana) foi de 21,4%.

Em pesquisa realizada, em 2009, pela empresa CPH Health, do segmento de saúde corporativa, com o objetivo de investigar as tendências emergentes em programas de bem-estar e promoção de saúde, patrocinados por empregadores, verificou-se que 49% dos funcionários das companhias brasileiras apresentam um significativo nível de estresse. O levantamento, feito com 194.000 empregados de 200 organizações, mostrou também que 76% deles praticavam atividade física insuficiente, 68% trabalhavam sentados a maior parte do dia, 48% tinham elevado nível de ansiedade e 45% estavam acima do peso ou obesos (CPH Health, 2015).

Segundo recente pesquisa realizada, pela Metlife, em 2013, com empresas brasileiras, os principais produtos oferecidos pelos empregadores eram: seguro saúde (71%); seguro de vida (71%); seguro odontológico (59%), com estes dois últimos sendo oferecidos, além dos obrigatórios por lei. Outros benefícios oferecidos incluem seguro de acidentes pessoais (46%) e um plano de aposentadoria (15%). Em de 2013, dois dos três principais produtos de propriedade para todos os funcionários brasileiros se relacionaram com a saúde e bem-estar: o seguro-saúde (78%) e o seguro odontológico (63%).

O papel da Organização Mundial da Saúde no protagonismo dos ambientes de trabalho saudáveis

Após a OMS apoiar, em 1986, a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, onde a estratégia dos contextos (*settings approach*) para a promoção da saúde é descrita pela primeira vez, ela também ajudou a desenvolver, ao longo dos anos, uma rede de mais de 60 centros colaboradores em saúde ocupacional que, a cada dois anos, reuniam-se para elaborar planejamentos e ações coordenadas.

Na Segunda Reunião de Centros Colaboradores da OMS em Saúde Ocupacional, realizada em Pequim, em 1994, os participantes assinaram a *Declaração de Saúde Ocupacional para todos*. Na declaração consta uma afirmação clara de que o termo “saúde ocupacional” inclui a prevenção de acidentes (saúde e segurança), e fatores como o estresse psicossocial. A declaração instigou os Estados-Membros a aumentar suas atividades de saúde ocupacional (Burton, 2010).

A importância do ambiente de trabalho como um importante contexto para a promoção da saúde voltou a ser enfatizada na IV Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, ocorrida em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997. A Conferência enfatizou a importância da cooperação e parcerias multissetoriais para vencer os desafios de saúde pública, e destacou a abordagem de contextos (*settings approach*) como uma das principais estratégias para avançar a promoção da saúde. Assim, o ambiente de trabalho, juntamente com a escola, os hospitais, a cidade e mercados têm se consolidado como contextos prioritários para a promoção da saúde para o século 21.

Nela, os participantes do simpósio sobre locais de trabalho saudáveis destacaram a grande importância dos ambientes de trabalho para a promoção da saúde das populações de trabalhadores, suas famílias, ami-

gos, a comunidade e a sociedade em geral. As mudanças nos padrões de emprego e trabalho, tais como o aumento de empregos temporários, de meio período, autoempregos e teletrabalhos, ou trabalhos a distância, deve fazer com que os gestores e trabalhadores da saúde reflitam sobre o foco dos seus investimentos e esforços na população adulta que trabalha em empresas de grande porte, pois os contextos de trabalho informais, de pequena escala e microempresas estão se tornando cada vez mais importantes (WHO, 1997b).

Consta na Declaração de Jacarta, sobre ambientes de trabalho saudáveis (WHO, 1997b), que abordagens abrangentes no ambiente de trabalho são aquelas que levam em consideração fatores físicos, emocionais, psicológicos, organizacionais e econômicos, dos contextos de trabalho e aqueles que fazem a interface com eles, como as cidades saudáveis, hospitais, escolas promotoras de saúde, entre outras. O documento esclarece que esta abordagem é baseada em quatro princípios fundamentais (WHO, 1997b):

- promoção da saúde;
- saúde e segurança ocupacional;
- gestão de recursos humanos;
- desenvolvimento social e ambiental sustentável.

Juntos, esses princípios fundamentais tornam possível lidar com o impacto de uma ampla variedade de fatores sobre as pessoas que trabalham, a comunidade do entorno e a sociedade em geral.

No mesmo ano, a OMS, por meio da *Global Strategy on Occupational Health for All*, criou a Abordagem Global do Trabalho Saudável (WHO, 1997), definida como

Um processo contínuo para o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, saúde e bem-estar de todas as populações trabalhadoras, por meio de melhorias ambientais (físicas, psicossociais, organizacionais, econômicas), empoderamento pessoal e crescimento pessoal (Chu et al, 1997, p.9)

Como descrito na estratégia, seu objetivo é melhorar a qualidade de vida no trabalho e beneficiar a saúde e o bem-estar de todos os setores dos ambientes de trabalho, sejam eles setores formais ou informais, verificado especialmente em países em desenvolvimento.

Em 1998, a OMS lançou o documento intitulado “*The Health-Promotion Workplace: Making it Happen*” no qual descreve que os quatro princípios fundamentais do ambiente de trabalho saudável são (WHO, 1998a):

1. abrangência: incorpora uma gama de intervenções que cria um ambiente de trabalho seguro, saudável e suportivo, e promove mudanças individuais e organizacionais para melhorar a saúde;
2. participação e empoderamento: encoraja a participação dos empregados e gerentes nas decisões que afetam sua saúde, aumenta a confiança na sua habilidade para fazer mudanças em suas vidas, e promove o desenvolvimento de competências para a proteção e a promoção da saúde;
3. multissetorial: envolve partes chaves interessadas de diferentes setores, incluindo governo, indústria, o setor saúde, instituições acadêmicas, sindicatos, organizações não governamentais, a comunidade e outros.
4. multidisciplinar: integra o *expertise* de profissionais de várias disciplinas, incluindo a saúde e segurança ocupacional, medicina, educação em saúde, recursos humanos, desenvolvimento organizacional, profissionais que trabalham com estilos de vida (ex: profissionais de educação física, nutricionistas), leis, facilidades de planejamento e gestão (Ib., p.2)

Segundo ainda, o documento, o objetivo da iniciativa da OMS dos ambientes de trabalho saudáveis é aumentar o número de ambientes de trabalho que realmente possam ser denominados de ‘promotores da saúde’. Além disso, a OMS propõe-se a oferecer suporte técnico aos países no desenvolvimento de projetos relacionados à saúde no ambiente trabalho.

Em 2007, em sua sexagésima assembleia, a OMS endossou o Plano de Ação Global para a Saúde dos Trabalhadores, 2008-2017 (WHO, 2007) que propõe cinco objetivos para serem considerados e adaptados pelos países em suas prioridades nacionais e circunstâncias específicas, sendo eles: 1. elaborar e implementar instrumentos para políticas em saúde dos trabalhadores; 2. proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho; 3. melhorar o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacionais; 4. prover e comunicar evidências para ações práticas; 5. incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas.

Com base neste plano de ação global, a OMS lançou, em abril de 2010, a Estrutura Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis (*Global Framework for Healthy Workplaces*) e o documento *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners* (WHO, 2010). A partir de então, a OMS tem se esforçado para desenvolver uma série de ferramentas baseadas em evidências e boas práticas para ajudar na implementação da estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis em nível mundial.

Elaboração de programas de promoção da saúde em ambientes de trabalho*****

A literatura mundial apresenta vários modelos de planejamento em promoção da saúde e PSAT. Quanto maior o contexto, maior o número de partes interessadas que podem, em diferentes graus, serem atores e influenciarem tanto as condições de governança para a saúde como nos processos em direção a um ambiente saudável de trabalho e sustentável (Chapman, 2004; Dive, 2004; Chenoweth, 2011). Para o presente capítulo, apresentamos o modelo desenvolvido pela OMS e que se encontra em consonância com os conceitos e valores da carta de Ottawa, e que podem ser extrapolados para os contextos do setor saúde.

A OMS desenvolveu um modelo e uma estrutura para ambientes de trabalho saudáveis que inclui rotas de influência, processos e princípios fundamentais, e que parece ser universalmente suportado pela literatura e pela percepção de especialistas e profissionais no campo da saúde, segurança e saúde organizacional, para ser aplicado tanto em ambientes de trabalho formais e informais (Burton, 2010). Segundo o documento, estrutura e o modelo apresentado incluem conteúdos e processos que podem ser implementados por qualquer ambiente de trabalho de qualquer tamanho, em qualquer país.

Vias ou áreas de influência para implementação das intervenções

Segundo a OMS, qualquer empresa ou organização que deseja criar um ambiente de trabalho que proteja, promova a saúde física, mental e social dos trabalhadores deve considerar atingir quatro vias ou áreas de influência onde ações possam melhor ocorrer, baseadas nas necessidades identificadas. Essas vias são quatro formas pelas quais o empregador, trabalhando em colaboração com seus trabalhadores, pode influenciar o estado de saúde não só dos trabalhadores, mas da organização ou empresa como um todo, em termos de eficiência, produtividade e competitividade (Burton, 2010).

Estas quatro vias são:

1. o ambiente físico do trabalho;
2. o ambiente psicossocial do trabalho;
3. os recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho;
4. o envolvimento da empresa/organização na comunidade.

***** Extraído e traduzido do documento WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. WHO: Geneva; 2010. Com autorização da OMS.

Elas não são consideradas entidades separadas, pois, na prática, cada uma cruza e sobrepõe-se a outra. A OMS sugere um modelo gráfico com quatro círculos sobrepostos para representar as quatro vias ou áreas de influência onde ações promotoras de saúde de saúde podem ocorrer em empresas ou organizações, como apresentado na Figura 3.

Envolvimento comunitário da empresa **Ambiente psicossocial do trabalho**



Figura 3: As quatro vias de influência para o ambiente saudável de trabalho da OMS. Fonte: WHO, 2010. Com a autorização da WHO.

Uma organização ou empresa pode não apresentar a necessidade de alcançar cada uma destas quatro vias o tempo todo, pois o planejamento deve se basear nas necessidades e preferências identificadas por meio da avaliação do processo, que envolve a consulta com os trabalhadores e seus representantes.

1. O ambiente de trabalho físico

O ambiente de trabalho físico de trabalho refere-se ao espaço e os equipamentos que podem ser detectados pelos sentidos humanos ou eletrônicos, incluindo a estrutura física, o ar, maquinários, móveis, produtos químicos, materiais e processos de produção presentes no ambiente de trabalho, e que pode afetar a segurança física, mental e bem-estar dos trabalhadores. Também fazem parte do ambiente físico do trabalho o trabalhador que realiza suas tarefas ao ar livre ou em um veículo (ex: construção civil, ambulâncias, empilhadeiras). Muitos perigos podem ser advindos do ambiente físico, como produtos químicos (solventes, ar, sílica etc.), físicos (ruído, vibração, altas temperaturas etc.). Diversos autores verificaram associações entre exposição prolongada ao ruído industrial e hipertensão arterial, bruxismo e atrição dentária em trabalhadores (Tomei et al. 2000; Kovacevic e Belojevic, 2006; Yousefi Rizi e Hasanzadeh, 2013). Além disso, riscos biológicos (microrganismos, falta de água limpa e instalações sanitárias), ergonômicos (ex: força excessiva, movimentos repetitivos), mecânicos (ex: danos causados por máquinas), elétricos e relacionados a dirigir (ex: a condução em veículos mal conservados ou pouco conhecidos pelo operador) podem causar problemas na saúde do trabalhador.

O controle das influências no ambiente físico é tradicionalmente realizado pela área de saúde e segurança ocupacional tradicional. Para prevenir a exposição à perigos laborais, evitando-se doenças e lesões, os perigos no ambiente de trabalho devem ser reconhecidos, avaliados e controlados por meio de uma hierarquia de processos de controles que incluem a eliminação ou substituição, controles de engenharia, controles administrativos e equipamento de proteção pessoal, de preferência nesta ordem.

Exemplos de maneiras para influenciar o ambiente físico de trabalho:

- Eliminação ou substituição: eliminar o uso de benzeno em algum tipo de processo industrial e o substituir pelo tolueno ou outro produto químico menos tóxico; eliminar a necessidade de condução dos trabalhadores por meio de reuniões de teleconferência; eliminar as fontes de mofo no local de trabalho.
- Controles de engenharia: instale dispositivos de segurança e proteção nas máquinas e adesivos de 'perigo de morte' em algumas máquinas; instalar sistemas de exaustão local para remover gases tóxicos antes que eles atinjam o trabalhador; instalar redutores de ruído em equipamentos ruidosos; fornecer sistemas para descarte seguro de agulhas e dispositivos para elevação de pacientes em hospitais.
- Controles administrativos: assegurar uma boa limpeza, treinar os trabalhadores sobre os procedimentos operacionais de segurança, realizar manutenção preventiva em máquinas e equipamentos, utilizar rotação de trabalho para evitar o excesso de exposição a um produto químico perigoso, implementar uma política de segurança da frota; impor uma política livre de fumo no local de trabalho.
 - Equipamento de proteção individual: fornecer respiradores (máscaras) para os empregados que trabalham em condições com poeira; fornecer capacetes e botas de segurança para os trabalhadores da construção civil, luvas para os profissionais da saúde, oferecer protetores auriculares e oculares aos trabalhadores.

Retorno ao trabalho

Quando um trabalhador retornar ao trabalho depois de uma lesão ou doença, quer relacionadas com o trabalho ou não, algumas modificações podem ter que ser realizadas no ambiente físico de trabalho para evitar o risco de uma nova lesão. Exemplos disso podem ser aumentar a área de trabalho para o deslocamento do trabalhador ou proporcionar uma melhor proteção auricular. Este tipo de intervenção é considerado como prevenção secundária.

2. O ambiente psicossocial de trabalho

Algumas vezes denominados O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Os denominados 'estressores' do ambiente de trabalho podem causar estresse emocional ou mental aos trabalhadores.

Exemplos de perigos psicossociais incluem, mas não estão limitados a:

- organização do trabalho deficiente (ex: problemas com as demandas de trabalho, a pressão para o cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensas e reconhecimento, altas cargas de trabalho, o apoio dos supervisores, clareza do trabalho realizado, concepção do trabalho, formação profissional, comunicação deficiente);
- cultura organizacional (ex: a falta de políticas e práticas relacionadas com dignidade e respeito para todos os trabalhadores; assédio e intimidação; discriminação com base na condição de HIV; discriminação de gênero, etnia, orientação sexual, religião; falta de apoio para o início e manutenção de estilos de vida saudáveis);

- estilo de gestão de comando e controle (ex: ausência de: consulta, negociação, comunicação bilateral, *feedback* construtivos, gestão de desempenho realizada de forma respeitosa);
- aplicação e proteção inconsistente dos direitos básicos do trabalhador (aplicação da legislação e normas de emprego para os contratos; direito à licença maternidade; práticas de contratação não discriminatórias; horas de trabalho satisfatórias; direito à afastamento, tempo de férias e questões ligadas à saúde e segurança no trabalho, etc.);
- questões de trabalho por turnos;
- falta de apoio para o equilíbrio entre vida e trabalho;
- falta de consciência e competência para lidar com questões de saúde e saúde mental
- medo da perda do emprego relacionados à fusões, aquisições, reorganizações, ou o mercado de trabalho / economia.

Exemplos de formas para influenciar o ambiente psicossocial do trabalho:

Os riscos não físicos devem ser abordados da mesma forma como os riscos físicos, embora eles serão avaliados com diferentes ferramentas (por exemplo, por meio de inquéritos ou entrevistas, em vez de inspeções). Eles devem ser reconhecidos, avaliados e controlados por meio de uma hierarquia de controles que visam eliminar o risco, se possível, ou modificá-lo na fonte; diminuir o impacto sobre o trabalhador; ou ajudar o trabalhador a proteger-se de seus efeitos. Alguns exemplos são:

- eliminar ou modificar o risco na fonte: realocação do trabalho para reduzir a carga de trabalho, substituir ou treinar gerentes / supervisores em habilidades de comunicação e liderança; impor tolerância zero para assédio, intimidação ou discriminação no local de trabalho; aplicar todas as normas e leis legais relativas às condições de trabalho ou crie políticas internas para suplementar as leis já existentes (por exemplo, compensação suplementar à licença de maternidade, disponibilidade de espaços para mães que amamentam; local de trabalho livre de fumo).
- diminuir o impacto sobre o trabalhador: permitir flexibilidade para lidar com situações de conflito no trabalho e na vida pessoal; fornecer suporte dos supervisores e colega de trabalho (recursos e apoio emocional); permitir que os trabalhadores escolham seus horários de turno tanto quanto possível; permitir flexibilidade quanto ao local e os horários de trabalho; forneça informações abertas e honestas sobre futuras mudanças organizacionais, em tempo hábil.
- proteger o trabalhador: treine os trabalhadores em técnicas de gerenciamento de estresse, incluindo abordagens cognitivas. Sensibilização e formação dos trabalhadores, por exemplo, na prevenção de situações de conflito ou de assédio.

Retorno ao trabalho

Tal como acontece com o ambiente físico de trabalho, quando alguém está para regressar ao trabalho depois de uma lesão ou doença, pode haver necessidade de haver ajustamentos no ambiente de trabalho psicossocial, a fim de evitar uma nova lesão, ou outra recidiva de uma doença. Por exemplo, o trabalho poderia ser reorganizado, a carga de trabalho poderia ser reduzida, o horário de trabalho mudado, ou haver mais flexibilidade em termos da forma como o trabalho é feito. Se a doença era resultado de assédios ou outros comportamentos no trabalho, eliminar o comportamento antes do retorno ao trabalho.

3. Os recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho

Os recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho referem-se ao ambiente de apoio, aos serviços de saúde, às informações, aos recursos, às flexibilidades e às oportunidades que a empresa pro-

vê ao trabalhador para apoiar ou motivar seus esforços de iniciar, manter ou melhorar estilos de vida saudáveis, tão bem quanto monitorar e dar apoio para a saúde sua saúde física e mental. As condições do ambiente de trabalho ou a falta de informação e conhecimento podem tornar difícil para os trabalhadores adotarem estilos de vida saudáveis ou permanecerem saudáveis.

Por exemplo:

- a falta de atividade física pode ser resultante de longas horas de trabalho, do custo das academias ou equipamentos de ginástica, da falta de flexibilidade em relação a quando e por quanto tempo os intervalos podem ser realizados.
- a má alimentação pode ser resultado de falta de acesso a lanches ou refeições saudáveis no ambiente de trabalho, a falta de tempo para fazer pausas para as refeições, a ausência de refrigeradores para guardar alimentos saudáveis, a falta de conhecimento sobre alimentação saudável.
- fumar pode ser permitido ou adequado ao ambiente de trabalho.
- o uso ou abuso do álcool pode ser encorajado, tolerado ou disponibilizado pelas práticas no ambiente de trabalho.
- a má qualidade ou quantidade do sono pode resultar do estresse no ambiente de trabalho, cargas de trabalho ou trabalhos por turnos.
- Doenças podem permanecer não diagnosticadas ou não tratadas devido à falta de cuidados de saúde primários acessíveis e / ou gratuitos.
- a falta de conhecimentos ou recursos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) pode resultar em altos níveis de infecção pelo vírus do HIV ou outras DSTs.

Exemplos de formas de fornecer recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho

A empresa/organização pode fornecer um ambiente de apoio e de recursos sob a forma de serviços médico-odontológicos, informação, formação, apoio financeiro, instalações, apoio político, flexibilidade ou programas promocionais para capacitar e incentivar os trabalhadores a desenvolverem e continuarem práticas de estilos de vida saudáveis.

Alguns exemplos são:

- proporcione instalações para ginástica para os trabalhadores, ou oferecer um subsídio financeiro para aulas de ginástica ou aquisição de equipamentos;
 - incentive o transporte ativo (caminhadas, uso de bicicleta) ao invés do transporte passivo em atividades relacionadas ao trabalho, sempre que possível, por meio de adaptações na carga e nos processos de trabalho;
 - proporcione e subsidiar escolhas alimentares saudáveis nas cantinas e nas máquinas de venda automática;
 - permita a flexibilidade no tempo e na duração das pausas do trabalho para permitir a prática de exercícios;
 - implemente políticas de proibição do fumo no ambiente de trabalho e monitore-as;
 - implemente campanhas promocionais ou competições para incentivar a atividade física, alimentação saudável, ou outras atividades divertidas no ambiente de trabalho;
 - provenha informações sobre álcool e drogas, bem como serviços assistenciais de aconselhamento aos empregados.
 - proporcione programas de cessação do tabagismo (informações, medicamentos, incentivos) para ajudar os fumantes a pararem de fumar;
- implemente políticas de turnos de trabalho saudáveis, permitindo que o trabalhador escolha, tanto quanto possível, o turno, e forneça orientações para um sono reparador e eficaz;

- preste serviços médicos confidenciais, tais como avaliações em saúde, exames médicos, acompanhamento médico (por exemplo, avaliação da perda auditiva, dos níveis de chumbo no sangue, testes de HIV) e tratamento médico se não estiver acessível na comunidade (por exemplo, o tratamento antirretroviral para o HIV);
- forneça informações confidenciais e recursos (por exemplo, preservativos) para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo a OMS, esta avenida ou área de influência é talvez a mais difícil de aplicar aos trabalhadores do setor informal, uma vez que, em geral todos os programas e as políticas de benefícios existentes não se aplicam a eles. No entanto, um empregador motivado pode optar por estender extraoficialmente os benefícios, serviços e flexibilidade na programação para os trabalhadores informais, e fornecer informações sobre educação em saúde para eles.

4. Envolvimento da empresa/organização na comunidade

As empresas ou organizações, geralmente, estão localizadas dentro de uma determinada comunidade na qual impacta e é impactada por ela. Visto que os trabalhadores vivem em suas comunidades, sua saúde é afetada pelos aspectos físicos, ambientais e sociais da comunidade.

O envolvimento da empresa ou organização na comunidade compreende atividades, *expertise*, e outros recursos que a empresa disponibiliza ou oferece à comunidade física ou social e que afetam a saúde física e mental, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e suas famílias.

Exemplos de questões que afetam a comunidade local de trabalho

Alguns problemas globais e locais da comunidade que podem afetar os trabalhadores são:

- má qualidade do ar na comunidade;
- fontes de água poluídas na comunidade;
- falta de *expertise* ou conhecimentos sobre saúde ou segurança pela comunidade;
- falta de acesso a cuidados primários de saúde pelos trabalhadores e suas famílias;
- falta de leis nacionais ou regionais para proteger os direitos das mulheres ou outros grupos vulneráveis;
- falta de alfabetização entre os trabalhadores e os suas famílias;
- desastres da comunidade, tais como inundações, terremotos;
- falta de fundos para iniciativas ou causas locais sem fins lucrativos;
- altos níveis de infecção pelo HIV na comunidade, e pouco acesso a recursos de prevenção ou tratamento a preços acessíveis;
- falta de infraestrutura ou de segurança na comunidade para incentivar o transporte ativo para ir e voltar do trabalho, bem como durante as horas de lazer.

Exemplos de maneiras empresas podem se envolver na comunidade:

A empresa/organização pode optar por fornecer apoio e recursos, por exemplo:

- Prestar cuidados de saúde primária gratuita ou a preços acessíveis para os trabalhadores, incluindo o acesso dos membros da família, trabalhadores das pequenas e médias empresas e os trabalhadores informais.
- Instituir políticas de igualdade de gênero no local de trabalho para proteger e apoiar as mulheres ou políticas de proteção para outros grupos vulneráveis mesmo quando não sejam legalmente obrigatórias

- Proporcionar alfabetização suplementar gratuita ou a preços acessíveis para os trabalhadores e suas famílias.
- Proporcionar liderança e *expertise* relacionadas à saúde e segurança no trabalho para as pequenas e médias empresas sem estes recursos na comunidade.
- Implementar o controle voluntário sobre os poluentes liberados no ar ou na água pela empresa.
- Implementar políticas e práticas de contratação de trabalhadores com deficiência física ou mental, influenciando, assim, o desemprego e questões culturais na comunidade.
- Incentivar e permitir que os trabalhadores se voluntariem para trabalhar em organizações sem fins lucrativos durante o horário de trabalho.
- Fornecer apoio financeiro à causas na comunidade que valem a pena sem uma expectativa concomitante de publicidade da empresa ou exigências de compra de produtos da empresa pela comunidade.
- Ir além das normas legislativas para minimizar as emissões de gases do efeito estufa e encontrar outras formas de minimizar as emissões de carbono da empresa.
- Fornecer medicamentos antirretrovirais não só para os trabalhadores, mas para os membros da família também.
- Trabalhar em parceria com os administradores da comunidade para construir e assegurar praticidade e segurança de ciclovias, calçadas, sistema de transporte público e melhorias na segurança.

Claramente, os tipos de problemas enfrentados por empresas e organizações de um país desenvolvido serão muito diferentes daqueles de um país em desenvolvimento, devido às amplas diferenças legais e os ambientes políticos nos países. Assim, portanto, os tipos de iniciativas e soluções que são adequadas para as empresas serão diferentes. Em um país altamente desenvolvido, com um excelente sistema nacional de saúde e uma legislação forte e bem aplicada relacionada à saúde, segurança, direitos humanos, etc., as coisas que uma empresa e/ou organização pode fazer para se envolver com a comunidade podem ser mais discretas a apresentar menor impacto imediato e óbvio na comunidade. Em uma nação em desenvolvimento, na ausência de cuidados de saúde acessíveis ou no cumprimento das leis trabalhistas, as atividades da empresa/organização na comunidade pode fazer uma grande diferença para a qualidade de vida dos empregados e suas famílias.

O processo de implementação e manutenção de um ambiente de trabalho saudável

O processo de implementação e manutenção de um ambiente de trabalho saudável que seja sustentável e efetivo ao alcance das necessidades dos trabalhadores e empregadores requer mais do que conhecer quais tipos de questões a considerar, como descrito nas quatro vias ou áreas de influências. Para criar com sucesso um ambiente de trabalho saudável, uma empresa ou organização deve seguir um processo que envolve a melhoria contínua, a abordagem de gestão de sistemas, e que incorpore a transferência de conhecimentos e componentes de pesquisa-ação (WHO, 2010). O processo adotado pela WHO é baseado na adaptação do escritório regional da OMS do Pacífico Ocidental.

Ele é um processo cíclico ou iterativo que continuamente planeja, age, revisa e melhora as atividades do programa. Ele está representado graficamente na figura 4.



Figura 4: Modelo da OMS de processo de melhorias contínuas dos ambientes de trabalho saudáveis.
Fonte: WHO, 2010. Com a autorização da WHO.

Como observado, dois dos princípios fundamentais para o sucesso das intervenções são o compromisso da liderança, baseada em valores fundamentais e ética, e a participação dos trabalhadores.

O compromisso da liderança com base em valores fundamentais depende de três fatores. O primeiro refere-se a mobilizar e conquistar o compromisso das principais partes interessadas, pois um programa para um ambiente de trabalho saudável deve estar integrado aos objetivos, metas e valores da empresa. Outro aspecto obrigatório é receber as permissões, recursos e apoio necessários dos proprietários, da alta direção, lideranças sindicais ou líderes informais. É fundamental obter este compromisso e incorporá-lo antes de dar prosseguimento ao processo. O terceiro fator é a manifestação concreta desse compromisso, demonstrado por meio do desenvolvimento e adoção de uma política integral firmada pela autoridade máxima da empresa e comunicada a todos os trabalhadores. Isso indica, de forma clara, que as iniciativas voltadas a um ambiente de trabalho saudável são parte da estratégia de negócios da empresa.

Em relação à participação dos trabalhadores, um dos achados mais consistentes das pesquisas sobre efetividade desta iniciativa é, para que estes programas tenham sucesso, os trabalhadores afetados por eles e seus representantes devem ser envolvidos de forma significativa em cada passo do processo, do planejamento à implementação. Os trabalhadores e seus representantes não devem ser simplesmente “consultados” ou “informados” sobre o que está acontecendo, mas devem ser envolvidos ativamente, sendo solicitados a dar ideias e opiniões, e tê-las ouvidas e implementadas.

Em muitas situações, o alcance de uma participação satisfatória dos trabalhadores requererá que eles tenham uma voz coletiva, por meio de um sindicato ou de outro sistema de representação. Schnall et al. (2009), ao revisarem as intervenções no ambiente de trabalho que tiveram sucesso, concluíram que

[...] uma voz coletiva forte é singularmente o elemento mais importante encontrado entre todas as várias intervenções descritas. Até o momento, poucas iniciativas de mudança da organização do trabalho foram bem sucedidas na ausência de voz coletiva forte (p.169).

Ainda, sobre a importância da participação, a *European Agency for Safety and Health at Work* descreve que

A participação dos trabalhadores é uma parte importante da gestão da saúde e segurança. Os gestores não têm as soluções para todos os problemas de saúde e segurança, enquanto os trabalhadores e os seus represen-

tantes têm o conhecimento detalhado e experiência de como o trabalho é feito e como isso afeta-los. Portanto os trabalhadores e os gestores precisam trabalhar juntos para encontrar soluções conjuntas para problemas comuns (EASHW, 2014).

Aliado a isso, os trabalhadores devem ativamente influenciar as tomadas de decisões dos gerentes, pois:

- a participação dos trabalhadores ajuda no desenvolvimento de formas realísticas e efetivas de protegê-los;
- ao tornarem-se envolvidos em um problema no estágio de planejamento, os trabalhadores tornam-se mais propensos de identificar problemas e suas causas, de encontrar soluções práticas e concordar com o resultado final;
- se é dada aos trabalhadores a oportunidade de participarem na estruturação dos sistemas de segurança do trabalho, eles então poderão aconselhar, sugerir e requerer melhorias – ajudando a desenvolver medidas para prevenir os acidentes ocupacionais à tempo e de uma forma custo-efetiva;
- nos locais onde os trabalhadores estão envolvidos desde os estágios iniciais do planejamento, eles se sentirão comprometidos com a solução;
- a comunicação e a motivação em geral serão melhoradas.

É importante reconhecer que nem todas as pessoas, inclusive os profissionais da área de saúde e segurança do trabalhador, possuem o conhecimento e as ferramentas necessárias para abordar determinadas questões prioritárias. Nesse caso, é importante recorrer a outros especialistas, por exemplo, pesquisadores de universidades locais ou especialistas de instituições de saúde e segurança no município, por exemplo. Representantes sindicais que receberam treinamento especial em saúde e segurança no trabalho e especialistas na área que trabalham em empresas locais de maior porte também podem ser recrutados. Estes especialistas podem orientar e auxiliar as empresas menores. Visitar outras empresas para observar as boas práticas locais utilizadas também é outra excelente maneira de aprender com os outros. Além disso, o mundo virtual contém uma grande quantidade de recursos e informações (WHO, 2010)

O processo cíclico de planejamento

1. Mobilizar

É fundamental mobilizar e ganhar o compromisso dos principais tomadores de decisão e líderes de opinião-chave na empresa e na comunidade antes de iniciar o processo. Se a permissão, recursos ou apoio são requeridos do proprietário, gerente sênior, líder sindical, ou líder informal, é importante obter esse compromisso e adesão antes de dar prosseguimento ao processo de planejamento. Este é um primeiro passo essencial e deve ser reconhecido que, por vezes, para mobilizar os tomadores de decisões chaves para investir em mudanças, é necessário fazer alguma coleta de informações iniciais. As pessoas apresentam diferentes valores, operam em diferentes enquadramentos éticos, e são motivadas e mobilizadas por diferentes coisas, tais como dados apresentados, ciência, lógica, histórias humanas, consciência ou crenças religiosas. Conhecendo-se quem são os líderes e tomadores de decisões na empresa ou organização, e o que os mobiliza, poderá ajudar o protagonista da promoção da saúde no ambiente de trabalho na obtenção do compromisso com a saúde por parte das pessoas-chave para o início e sustentabilidade do processo (WHO, 2010).

O termo mobilizar representa alcançar mais do que um simples 'ok' do proprietário ou gerente, pois seu real comprometimento com a causa ajudará no desenvolvimento e adoção de uma política abrangente, que será assinada pela mais alta cúpula da empresa e comunicada a todos os funcionários e seus representantes. O envolvimento dos principais líderes na mobilização de recursos para a mudança faci-

lita a provisão de pessoas, tempo e outros requisitos necessários para se obter melhorias sustentáveis no ambiente de trabalho (WHO, 2010).

Apesar do compromisso da gestão ser parte importante da etapa inicial de mobilização do processo, o compromisso das lideranças e tomadores de decisões deve continuar a cada passo do processo, daí sua localização-chave no cerne do processo circular visualizado na figura 4.

2. Reunir

Uma vez que os principais interessados foram mobilizados e firmaram o seu compromisso com a causa, eles serão capazes de demonstrar esse compromisso pelo fornecimento de recursos. Este é o momento para reunir ou montar uma equipe que irá trabalhar na implementação das mudanças no ambiente de trabalho. Se já existe um comitê de saúde e segurança, o grupo pré-existente pode ser capaz de assumir esse papel adicional. Um cuidado que deve ser tomado em países com comitês ou equipes de saúde e segurança legalmente obrigatórios, é que muitas vezes há inúmeras exigências legais que esta equipe deve desenvolver e estas tarefas provavelmente terão precedência sobre outras atividades mais amplas relacionadas ao ambiente de trabalho saudável. No caso de grandes empresas, é melhor criar uma comissão independente, mas desde que sejam tomadas medidas para garantir que haja uma integração entre as comissões de saúde e segurança no trabalho e a do ambiente de trabalho saudável. No caso da comissão do ambiente de trabalho saudável, a equipe pode ser composta de representantes dos vários níveis e setores da empresa/organização, e pode incluir os profissionais de saúde ocupacional, o pessoal dos recursos humanos, engenheiros, e profissionais da saúde que fornecem serviços à empresa. É importante que haja representantes do sindicato, se for o caso, e em qualquer caso, que, pelo menos, metade dos membros seja composta por trabalhadores não pertencentes à administração da empresa. Além disso, é importante haver um equilíbrio do número de mulheres na equipe, pois elas também podem estar expostas a sérios riscos relacionados a saúde, segurança e bem-estar no ambiente de trabalho, e suas vozes devem ser ouvidas a cada estágio da criação de um ambiente de trabalho saudável (WHO, 2010).

Nos ambientes de trabalho pequenos, é útil envolver especialistas ou pessoal de apoio de fora do ambiente, se possível. Por exemplo, profissionais de saúde ocupacional de grandes empresas da vizinhança, de clínicas de saúde ocupacional, de unidades de saúde ou de uma agência de segurança ambiental podem ser de grande valor (WHO, 2010).

Além de montar a equipe, este é um bom momento para garantir que haja espaço e tempo necessários para reunir as pessoas durante o horário de trabalho, um orçamento para o projeto e recursos mínimos para o comitê fazer o trabalho, tais como uma sala, computadores, impressoras, papel, etc. (WHO, 2010).

3. Diagnosticar

O primeiro conjunto de tarefas que a equipe que trabalhará com a proposta do ambiente de trabalho saudável deve realizar refere-se a duas grandes categorias de diagnósticos: 1. diagnóstico da situação atual da empresa e dos trabalhadores; 2. as condições e resultados futuros desejados tanto para a empresa como os trabalhadores (WHO, 2010).

A situação presente da empresa pode ser diagnosticada por meio de várias ferramentas, dependendo do tamanho e da complexidade da organização. Em corporações maiores, a avaliação inicial deve coletar dados sobre as características demográficas dos trabalhadores, doenças e injúrias pessoais e aquelas causadas pelo trabalho, rotatividade dos funcionários, queixas do sindicato, e preocupações que emergiram de inspeções ou processos de avaliação de riscos e perigos no ambiente trabalho. Dados de produtividade podem ser pesquisados na avaliação inicial (*baseline*), caso disponível. Se uma ampla

identificação e avaliação de riscos e perigos ainda não foram feitas, devem então ser realizadas neste momento. As políticas ou práticas atuais relativas a qualquer uma das quatro vias ou áreas de influência devem ser revistas e tabuladas. Além disso, é necessário avaliar a saúde atual dos trabalhadores. No caso de empresas maiores, isso irá requerer inquéritos confidenciais ou avaliações de risco à saúde. No caso de inquéritos, é importante que sejam elaboradas e investigadas questões relativas às quatro vias de influência, ou seja, sobre a cultura organizacional, as lideranças, o estresse no trabalho, as fontes de estresse não relacionadas ao trabalho, e às práticas de saúde pessoal, bem como as preocupações dos trabalhadores sobre os perigos a que estão expostos no seu ambiente de trabalho físico ou na sua comunidade. Em organizações menores, esta avaliação pode ser feita de maneira mais fácil e simples, utilizando até mesmo da metodologia de grupos de discussão com trabalhadores e seus representantes para levantarem-se estas informações (WHO, 2010).

O futuro desejado para a empresa ou organização também deve ser avaliado. Para uma grande empresa, isso pode envolver alguns exercícios de *benchmarking* para determinar como empresas similares estão fazendo em relação aos dados descritos. Pode ser importante fazer uma revisão da literatura para levantarem-se estudos de caso de boas práticas ou recomendações de boas práticas. Para os trabalhadores individuais, é necessário perguntar suas opiniões sobre o que gostariam de fazer para melhorar o seu ambiente de trabalho e sua saúde, e o que eles pensam que o empregador poderia fazer para ajudá-los.

Para uma empresa pequena, investigar práticas locais existentes em outras organizações é uma boa maneira de encontrar ideias do que deve ser feito. Isso pode ser realizado por meio de conversas com os especialistas locais ou visitas a empresas locais que apresentam situações similares (WHO, 2010).

Dados importantes para este momento do processo podem ser recuperados de documentos e relatórios de inspeção, estatísticas de acidentes e de lesões, auditorias de segurança, dados de absenteísmo etc.; inspeção a pé no ambiente para identificar perigos e riscos potenciais para a saúde no ambiente físico; monitoramento ambiental e vigilância à saúde: com a ajuda de especialistas em higiene e medicina do trabalho, saúde ocupacional e ou engenharia ambiental é possível obter dados sobre agentes físicos e químicos no ambiente de trabalho e da quantidade de exposição do trabalhador. Também, por meio de um inquérito confidencial e anônimo, tanto em papel como na forma eletrônica, pode-se investigar sobre os temas supracitados. Outra forma de se coletar dados é por meio de discussões fomentadas por um grupo focal, no qual encontros em pequenos grupos são facilitados por um líder, e que apresentam objetivos específicos levantados a partir de questões estruturadas. Ele é considerado um método particularmente útil para a utilização em pequenas empresas/organizações ou para grupos de trabalhadores com baixo nível de escolaridade e também pode ser utilizado para validar as informações coletadas por meio de questionários. No caso de entrevistas, podem ser feitas investigações mais profundas realizadas face a face com as partes interessadas. Há também caixa de sugestões, que é uma forma de solicitar sugestões de forma anônima, que por vezes podem ser mais sinceras do que aquelas coletadas por meio de grupos focais ou entrevistas (WHO, 2010).

Independentemente do método utilizado para coletar as informações supracitadas, é importante certificar-se de que as mulheres tenham a mesma oportunidade de participar que os homens. Instrumentos de pesquisa devem ser confidenciais e anônimos, mas devem coletar informações sobre o sexo dos participantes, de modo que as informações obtidas possam ser analisadas separadamente, para trazer à tona questões que são mais importantes para indivíduos de um determinado sexo em relação a outro. Se as informações foram coletadas a partir de grupos focais, é essencial fornecer um ambiente seguro para as mulheres expressarem livremente as suas opiniões, e não se sentirem intimidadas por trabalhadores do sexo masculino. Além disso, é prudente saber que os homens podem, por vezes, se sentirem relutantes em expressar seus medos e preocupações em um grupo com pessoas de ambos os sexos (WHO, 2010).

4. Priorizar



Figura 5: Pirâmide das necessidades humanas Gde Maslow.

Antes de tentar estabelecer prioridades, no entanto, é sábio discutir e acordar sobre os critérios a serem utilizados nas tomadas de decisões sobre as prioridades. Como uma decisão será tomada a respeito do que é mais importante – fornecer respiradores para os trabalhadores que fazem jateamento de areia, ou eliminar o assédio racial no ambiente de trabalho? Ao fazer essas decisões, há duas coisas importantes a ter em consideração: 1. as opiniões e as preferências das partes no ambiente de trabalho, incluindo gestores, trabalhadores e seus representantes; 2. a posição na hierarquia de necessidades de Maslow (WHO, 2010).

O primeiro ponto é de suma importância, mas potencialmente perigoso se os trabalhadores e os seus representantes não tiverem o conhecimento suficiente sobre os riscos de não tomar decisões informadas. O segundo ponto refere-se ao sistema de classificação de necessidades humanas, proposto por Abraham Maslow, o qual é frequentemente caracterizado na figura 5.

É necessário, inicialmente, lidar com questões mais próximas da base da pirâmide (necessidades fisiológicas: alimentação, vestimenta, água, sono, excreção etc.; necessidades de segurança: segurança do corpo, estabilidade no emprego e no lar, recursos, abrigo, etc.) antes de se preocupar com os níveis superiores (necessidades de autorrealização: desenvolvimento pessoal, conquista, moralidade, criatividade, etc.). Na maioria dos casos, os problemas relacionados com a segurança física e saúde são mais básicos e imediatamente ameaçadores do que aqueles relacionados à saúde mental e ao bem-estar, e é por esse fato que os países geralmente desenvolvem legislações nesta área em primeiro lugar. A inalação de sílica no ambiente de trabalho vai matar um trabalhador muito mais rapidamente do que aquele que experimenta assédio racial, apesar de ambos serem insalubres (WHO, 2010).

Outros critérios que podem ser considerados

- quanto fácil é implementar uma solução para o problema (considerar ‘vitórias rápidas’ que podem motivar e incentivar o progresso contínuo);
- o risco para os trabalhadores (esta é uma combinação da gravidade da exposição ao perigo e à probabilidade dele ocorrer);
- a possibilidade de fazer a diferença (incluindo a existência de soluções efetivas para o problema, a prontidão do empregador de fazer mudanças, ou a probabilidade de sucesso);
- o custo relativo do problema se ele for ignorado;
- considerações ‘políticas’ (que pode incluir questões reais relacionadas com a situação política de um país ou comunidade, ou as denominadas ‘políticas internas’, questões relacionados ao poder empresarial/organizacional e sua influência).

Uma vez alcançado um acordo sobre os critérios, existem várias maneiras de selecionar prioridades. Uma forma é simplesmente listar todos os problemas e deixar que todos escolham os três superiores. Em seguida, somam-se os números para cada item e depois se observam o ranqueamento das prioridades. Outro método é categorizar cada um dos problemas, como (a) importante e urgente; ou (b) urgente, mas não importante; ou (c) importante, mas não urgente. Colocar os itens A no topo da lista e enfrentá-los em primeiro lugar, em consulta com o proprietário/gerente e/ou o conselho gestor da empresa/organização. Em seguida, elabore um plano com a equipe para os outros itens após a prioridade A ter sido alcançada. Se existem quaisquer itens na lista que não são considerados importantes e urgentes, eles podem ser retirados da lista (WHO, 2010).

5. Planejar

O próximo grande passo é desenvolver um plano em saúde. Em uma grande empresa e/ou organização, isso pode ser um grande plano para os próximos três a cinco anos que definirá as atividades gerais para resolver os problemas prioritários, com prazos amplos. Se permissões adicionais forem necessárias por parte dos gerentes do alto escalão para seguir em frente com o que foi planejado, então a lógica e os dados necessários para cada recomendação deve ser incluída no plano, a fim de garantir seu apoio por parte da diretoria. No plano global, a equipe que trabalha com a estratégia do ambiente saudável de trabalho pode ainda não ter os detalhes das ações a serem tomadas, e podem incluir no plano itens como “desenvolver e implementar um programa para aumentar a atividade física do trabalhador”, sem ainda saber muito os detalhes. O plano global deve ter algumas metas e objetivos de longo prazo definidos, de forma que no futuro seja possível determinar se houve sucesso (WHO, 2010).

Depois de desenvolver o plano de longo prazo, um plano anual deve ser desenvolvido para atender o maior número de itens de alta prioridade no primeiro ano. Um plano anual pode ser feito para cada um dos 3-5 anos do plano global, embora estes não precisem ser feitos desde o início (WHO, 2010).

Quando considerar soluções para os problemas prioritários, é importante lembrar-se novamente do princípio de ‘aprender com os outros’ e pesquisar maneiras de resolver os problemas. Neste momento, é extremamente importante lembrar as quatro vias de influências. Um erro comum cometido pelas empresas e organizações é pensar que as soluções para um problema no ambiente de trabalho físico devem ser soluções físicas, por exemplo. Recordando as informações sobre a forma como a saúde física e mental estão inter-relacionadas, é fundamental considerar as quatro vias ou áreas de influência na concepção de soluções para qualquer problema. Por exemplo, se houver um problema relacionado ao risco de amputação de trabalhadores de máquinas, não é suficiente apenas colocar proteções nas máquinas (uma solução física). Consideração também deve ser dada aos fatores psicossociais como sobrecarga de trabalho, ou uma cultura organizacional que coloca a produtividade antes de segurança. Se eles não forem considerados, os trabalhadores provavelmente removerão as proteções ou barreiras, a fim de trabalharem mais rápido (WHO, 2010).

Após a obtenção de qualquer aprovação adicional necessária para, a princípio, o plano de 3-5 anos, é hora de desenvolver programas específicos ou planos de ação política para o primeiro plano anual. Este é o lugar onde os detalhes são explicitados para cada programa ou política que será implementado. Para os programas de educação em saúde, é importante garantir que eles sejam conduzidos para além do simples aumento da consciência e que incluam o desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças de comportamentos. O orçamento necessário, as instalações e os recursos devem ser incluídos em um plano de ação, bem como o planejamento do lançamento, marketing e promoção do programa ou política e treinamento para qualquer nova política. Os planejadores, geralmente, esquecem-se de avaliar os planos executados para cada iniciativa pelo período do programa. Assim, assegurar que cada iniciativa tenha metas e objetivos claramente mensuráveis tornará a avaliação mais fácil no futuro (Burton, 2010). No quadro 1 são apresentadas outras ideias para isso.

Quadro 1. Aplicação do processo OMS para melhoria contínua em grandes e pequenas empresas, organizações e instituições.

Passo	Grandes Empresas/ organizações	Pequenas Empresas/organizações
Mobilizar	Obtenha apoio da equipe dos gerentes e superiores, líderes sindicais ou outros representantes dos trabalhadores. Garanta que seja colocada em vigor uma ampla política de saúde, segurança e bem-estar. Garanta que a saúde e o bem-estar do trabalhador sejam mencionados na missão ou visão da corporação. Garanta que os recursos e o orçamento anual sejam alocados para atividades relacionadas aos ambientes de trabalho saudáveis, incluindo as atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores.	Explique o conceito de ambiente de trabalho saudável e da promoção da saúde para o proprietário ou o empresário e obter permissão para prosseguir. Obtenha permissão para realizar reuniões de curta duração com os trabalhadores a fim de determinar as necessidades e ideias para soluções relacionadas a saúde. Obtenha um compromisso do gerente/empresário para terem tempo suficiente para planejar e implementarem os programas. Ajude o proprietário/empresário a desenvolver uma pequena política de saúde/segurança/bem-estar que possa ser assinada e afixada no ambiente de trabalho.
Reunir	Crie uma comissão de 10 a 15 pessoas que representem diferentes departamentos e locais de trabalho. Desenvolva termos de referência. Estabeleça subcomissões regionais se a empresa/organização é composta por muitos locais. Garanta a representação conjunta dos trabalhadores da saúde, incluindo as equipes de saúde e dos comitês de saúde e segurança ocupacional.	Procure por 2 ou 3 voluntários para ajudar com o trabalho (Grupo de Trabalho Local para Ambiente de Trabalho Saudável). Se houver diferentes tipos de postos de trabalho na empresa/organização (por exemplo, os motoristas e os trabalhadores) tente obter um representante de cada grupo para ajudar. Se você puder encontrar especialistas de grandes empresas ou organizações dispostos a ajudar, inclua-os. Procure um espaço que possa encontrar e reunir todos os materiais que você irá precisar.

Diagnosticar	Coletar dados demográficos sobre mão de obra, absentismo, incapacidade de curto e longo prazo e revezamentos por motivos de saúde. Realizar um levantamento abrangente confidencial de todo o pessoal perguntando sobre o estado de saúde geral e bucal, suas preocupações com a segurança e bem-estar, possibilidades de cuidar da saúde, as fontes de estresse no ambiente de trabalho ou no lar, sobre as lideranças, o envolvimento dos funcionários, etc. Na pesquisa, perguntar o que eles gostariam de fazer como indivíduos para melhorar sua saúde e pergunte também como eles acham que o empregador poderia ajudar. Faça uma auditoria abrangente para avaliar todos os perigos e riscos no ambiente de trabalho; ou revise os resultados dos relatórios regulares de inspeção do trabalho.	Se for possível (e necessário), encontre uma maneira para que o Grupo de Trabalho possa aprender sobre saúde, segurança e bem-estar relacionados à indústria na qual trabalham. Obtenha uma lista de verificação (checklist) da Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Agência Europeia para a segurança e saúde dos trabalhadores europeus, Ministério do Trabalho e Emprego, autores que publicaram artigos e livros sobre Odontologia do Trabalho ou faça você mesmo um, e faça um passeio pelo seu ambiente de trabalho à procura de perigos. Determine boas práticas locais e consulte especialistas externos, conforme apropriado. Realize uma reunião com todos os trabalhadores. Solicite ao proprietário/gerente para iniciar a reunião assegurando aos trabalhadores o seu compromisso com o conceito de ambiente de trabalho saudável e a saúde dos trabalhadores. Conduza uma discussão com os trabalhadores sobre preocupações com a sua saúde segurança e bem-estar. Inclua as preocupações com a família, a comunidade e aquelas que dizem respeito ao trabalho. Troque ideias sobre o que os empregados e os empregadores podem fazer para melhorar as coisas. Não se esqueça de perguntar sobre as preocupações relacionadas com o estresse, bem como preocupações físicas e a saúde. Fazer um encontro do Grupo de Trabalho com o proprietário /empresário separadamente para perguntar sobre suas ideias referentes aos temas supracitados.
----------------------------	--	---

Priorizar	Analisar os resultados da pesquisa e da auditoria/inspeção. Priorizar a partir de comparações entre áreas consideradas como de alta necessidade pelos gestores com aquelas consideradas como de alta 'necessidade' por parte dos empregados.	Faça isso ao mesmo tempo na primeira reunião, se possível, ou em uma reunião posterior. Liste os problemas e soluções e peça às pessoas para escolherem os seus principais problemas, entre eles, os relacionados à saúde (entre 3-5).
Planejar	Desenvolva um amplo plano anual de ações por 3-5 anos. Elaborar planos anuais com estratégias de ação detalhados para cada atividade específica, programa ou política nova. Fundamente os planos de ação na teoria dos estágios de mudança quando for o caso (mais informações sobre a teoria dos estágios de mudança encontram-se disponíveis no capítulo deste livro sobre teorias psicológicas) Inclua atividades que abordam a conscientização, conhecimento e desenvolvimento de habilidades, mudança de comportamento e ajustes ambientais/ organizacionais para criar ambientes suportivos à saúde dos trabalhadores. Em cada plano de ação específico, incluir os processos e as metas de resultados, bem como os planos de avaliação, prazos, orçamentos e planos de manutenção.	Planeje algumas atividades de curto prazo para lidar com projetos menores ou altas necessidades prioritárias imediatas. Mais uma vez, as boas práticas verificadas em outros ambientes da localidade podem servir como guia para o planejamento. Desenvolva um plano de longo prazo para realizar projetos maiores. Use as ideias do Grupo de Trabalho, bem como outros funcionários ou outras empresas/ organizações. Escreva o plano e faça uma lista do que você vai precisar para realizar cada atividade e apresentar ao proprietário / empresário, para aprovação ou negociação. Planeje para fazer uma coisa de cada vez.

Fazer	Divida responsabilidades entre os membros da comissão. Realize reuniões mensais ou bimestrais para avaliar o progresso em todos os projetos.	Realize os planos de ação com a assistência do proprietário / empresário e do Grupo de Trabalho.
Avaliar	Avalie o processo e o resultado de cada atividade confrontando com os planos de avaliação.	Em um tempo pré-determinado após o início de um projeto ou iniciativa, repita a caminhada de inspeção para avaliar se as deficiências anteriores melhoraram. Pergunte aos trabalhadores se eles acham que o projeto funcionou, por que sim ou por que não, e o que poderia ser melhorado.
Melhorar	Pelo menos uma vez por semestre reavalie o plano anual para atualizá-lo. Monitore as mudanças ao longo do tempo. Desenvolva planos anuais sobre as bases das avaliações em relação ao ano anterior.	Com base no que você viu e ouviu dos trabalhadores, mude o programa para melhorá-lo. Comece outro projeto, com base na sua lista de prioridades.

Fonte: Burton, 2010 (p. 96).

6. Fazer

Responsabilidades para cada plano de ação devem ser atribuído no plano, e, nesta fase, é apenas uma questão de implementar os planos de ação. É fundamental, novamente, envolver os trabalhadores e os seus representantes nesta fase, bem como nas outras etapas. Da mesma forma, buscar o apoio e compromisso dos gestores para os programas ou políticas específicas a fim de que sejam bem sucedidos. Algumas pesquisas descobriram que a integração do modelo de “estágios de mudança” de Prochaska na implementação é útil, uma vez que nem todos vão estar no mesmo estágio de prontidão para a mudança (WHO, 2010).

7. Avaliar

A avaliação é considerada um passo essencial no planejamento para ver o que está funcionando, o que não está, e quais são os impedimentos para o sucesso. Tanto o processo de implementação e os resultados devem ser avaliados, e deve haver avaliações dos resultados de curto prazo e longo prazo. Além disso, cada plano de ação ou iniciativa específica deve incluir um componente de avaliação, e é importante avaliar-se o sucesso global do programa de promoção de saúde no ambiente de trabalho após três

a cinco anos, ou após uma mudança significativa na empresa ou organização, por exemplo, a mudança dos gestores (WHO, 2010).

Embora seja improvável que as mudanças da saúde do trabalhador estejam causalmente relacionadas a mudanças na produtividade da empresa/organização ou a rentabilidade, é importante acompanhar esses números, e comparar com os concorrentes. Por exemplo, se os custos de seguro de saúde de uma empresa/organização continuarem a aumentar, mesmo após a implementação de estratégias para um ambiente de trabalho saudável, não significa necessariamente que elas tenham falhado. É importante olhar para os padrões de outras indústrias ou organizações de referência para comparações. Se os custos de seguros de saúde aumentaram em 20% em outras empresas/organizações semelhantes, mas apenas 5% no seu contexto, isso é um indicador de sucesso (WHO, 2010).

Como avaliar se o local de trabalho é saudável ou promotor da saúde?

O questionário abaixo foi extraído do documento *Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces* (WHO, 1999) e pode ser utilizada pelos profissionais e gestores como um rápido *checklist* para avaliarem em que medida o ambiente de trabalho que atuam é considerado promotor da saúde e as áreas que precisam ser melhoradas.

Quão saudável é o seu ambiente de trabalho?

Instruções:

Na lista a seguir, selecione uma pontuação desde 1 (menos saudável) a 10 (mais saudável) que melhor descreve o seu ambiente de trabalho para cada categoria listada abaixo. Sinta-se à vontade para adicionar quaisquer observações para ilustrar ou esclarecer a sua pontuação.

	Escores (0 a 10)	Observações
Políticas do ambiente de trabalho (PAT)		
PAT1-Existência de políticas de ambiente de trabalho saudável		
PAT1 – Reforço ao ambiente de trabalho livre de álcool e drogas		
PAT1 – Alto nível de segurança nutricional e alimentar nas cantinas		
PAT2 – Comitê de saúde e segurança do trabalho estabelecido		
PAT3 – Indicadores de monitoramento de progresso estabelecidos		
PAT4 – Educação e treinamento sobre saúde e segurança no trabalho		
PAT5 – Políticas de gestão de recursos humanos		
O ambiente organizacional (AO)		
AO1 – Participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões		
AO1 – Prazos realistas estabelecidos		
AO1 – Oportunidades para fazer uma variedade de tarefas		
AO1 – Tempo de pausa suficiente		
AO1 – Boas relações entre os funcionários		

AO1 – Reconhecer e recompensar o alto desempenho		
AO2 – As mudanças de turno causam danos mínimos		
AO3 – Apoio aos funcionários que se aposentam		
AO4 – Proteção aos funcionários com necessidades especiais		
O ambiente físico (AF)		
AF1 – Provisão de um ambiente seguro e saudável		
AF2 – Minimizar a exposição aos perigos relacionados ao ambiente de trabalho		
AF3 – Uso de equipamentos de proteção individual		
AF4 – Gerente/supervisor responsável pela saúde e segurança dos trabalhadores		
AF5 – Água e condições sanitárias adequadas		
Estilos de vida e habilidades pessoais em saúde (EVHP)		
EVHP1 – Suporte para estilos de vida saudáveis		
EVHP2-Programas de nutrição		
EVHP2 – Programas de cessação do fumo		
EVHP2 – Programas de atividade física		
EVHP2 – Programas de gestão do estresse		
EVHP2 – Programas de saúde sexual e reprodutiva		
EVHP3 – Empresa/organização apresenta conexões com a família e a comunidade		
Serviços de Saúde (SS)		
SS1 – Serviços básicos de saúde disponíveis aos funcionários		
SS2 – Programas de reabilitação e de retorno ao trabalho		
SS3 – Participação dos serviços locais de saúde na empresa/organização		
Impacto no ambiente externo (IAE)		
IAE1 – Previne a poluição do ambiente externo		
IAE2 – Acesso a transporte seguro para ir e voltar do trabalho		
IAE3 – Desenvolve papéis positivos na vida da comunidade em que está inserido		

Fonte: WHO, 1999.

8. Melhorar

O último passo – ou o primeiro do novo ciclo – é fazer as mudanças necessárias com base nos resultados da avaliação para melhorar os programas que foram implementados, ou para adicioná-las nos próximos componentes. A avaliação pode diagnosticar novas necessidades emergentes que não foram contempladas no plano inicial, de modo que será necessária uma revisão do plano. Também pode ocorrer que algum método, técnica ou intervenção não funcionou como o previsto, e precisam ser revistos. Por outro lado, alguns sucessos podem ter sido alcançados. Assim, é importante reconhecer e divulgar o sucesso e ter certeza de que todas as partes envolvidas estão conscientes destas conquistas e continuam a prestar apoio ao programa (WHO, 2010).

A combinação dos componentes do um ambiente de trabalho saudável, é apresentada graficamente na figura 6, e representa o modelo da OMS para a criação de ambientes de trabalho saudáveis. Ele agrega a união das quatro vias ou áreas de influencia que definem o conteúdo de um programa de ambiente de trabalho promotor da saúde e os processos que devem ser usados para implementar um programa desse tipo e garantir que ele alcance e sustente seus objetivos. Este processo de melhorias contínuas ou sistema de gestão de saúde e segurança no trabalho pode ser visto como o motor que impulsiona o ambiente de trabalho saudável. O compromisso de gestão e a participação dos trabalhadores, com base em uma ética robusta de negócios e valores, são os princípios-chave em sua essência (Burton, 2010; WHO, 2010).

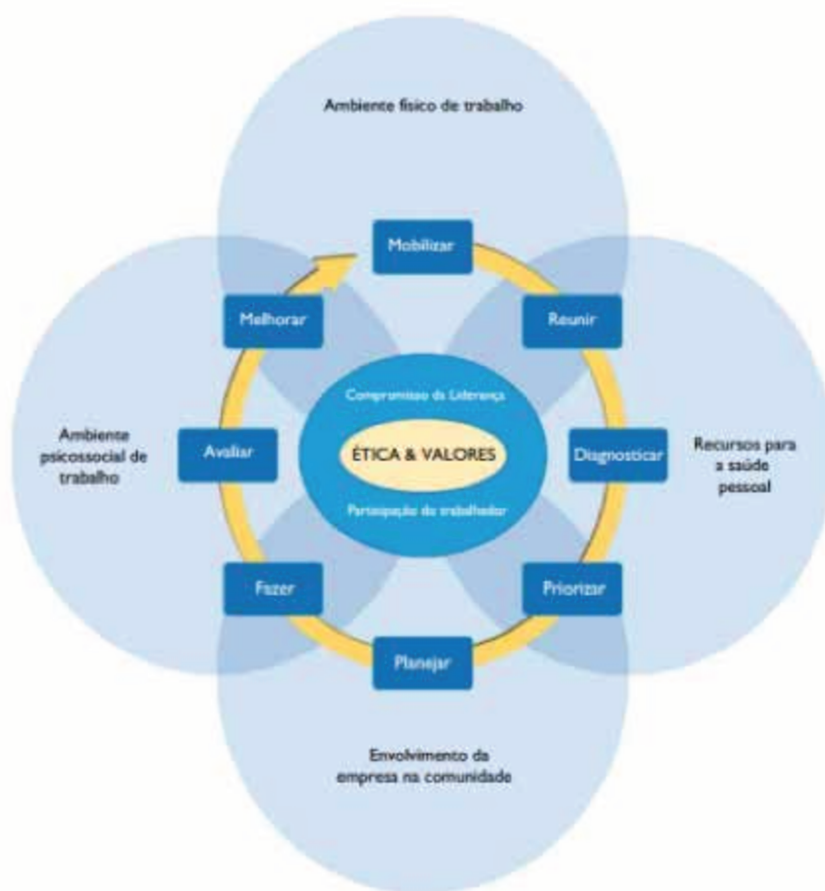


Figura 6: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processos e princípios essenciais. Fonte: Burton (2010, p.3).

Segundo a OMS, há muita coisa que precisa ser feita para melhorar a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores em termos mundiais. Parafraseando as prioridades do plano de ação global em saúde do trabalhador:

1. políticas devem ser desenvolvidas e implementadas no âmbito nacional e empresarial para apoiar a saúde do trabalhador;
2. a saúde deve ser protegida e promovida no ambiente de trabalho;
3. o acesso a SBSO deve ser melhorado;
4. as práticas baseadas em evidências eficazes para melhorar a saúde do trabalhador devem ser divulgadas;
5. a saúde do trabalhador deve ser considerada no contexto mais amplo da educação, comércio e desenvolvimento econômico.

Esta estrutura e modelo sugerem maneiras que os empregadores e os trabalhadores, bem como seus representantes em colaboração, podem fazer contribuições significativas para esses pontos. As empresas/organizações podem contribuir com os itens 1 e 2 ao desenvolver e implementar políticas que abordem os ambientes de trabalho físicos e psicossociais, promovem saúde e criam ambientes de trabalho promotores da saúde. As grandes empresas/organizações que se envolvem com a comunidade, fornecendo serviços de cuidados de saúde secundários e terciários, podem, assim, contribuir com o terceiro item. O grupo de trabalho que desenvolveu este quadro espera que este documento contribua para obtenção dos itens 4 e 5, e que possa auxiliar na motivação dos governantes interessados, empresas e sociedade civil para que trabalhem juntos visando criar um mundo em que a experiência dos trabalhadores aprimore a saúde física e o bem – estar resultante do seu trabalho.

Segundo Chu et al. (2000), os modelos e critérios de ações atualmente disponíveis apontam, de forma uniforme, os seguintes fatores como indicadores-chave de uma iniciativa de sucesso de ambientes de trabalho promotores da saúde:

- participação: todo o quadro de funcionários/trabalhadores deve ser envolvido em todas as fases do planejamento e implementação;
- gerenciamento de projetos: medidas e programas devem ser orientados para o ciclo de resolução de problemas: análise inicial, prioridades do contexto, planejamento, implementação, monitoramento contínuo e avaliação;
- integração: os programas devem ser integrados nas práticas de gestão regulares da empresa/organização e devem esforçar-se para formalizar as estratégias promotoras de saúde no ambiente de trabalho no plano corporativo da empresa/organização;
- abrangência: os programas devem incluir medidas direcionadas tanto aos indivíduos como ao ambiente, a partir de vários campos do conhecimento.

Como visto, a estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis da OMS propõe ações mais holísticas voltadas aos amplos aspectos organizacionais, sociais e ambientais da saúde dos trabalhadores em suas instituições, que superam a tendência predominante dos programas que se auto intitulam como ‘promotores de saúde’, mas que, na realidade, focam seus objetivos apenas em mudanças comportamentais ou estilos de vida dos trabalhadores, tais como cessação tabágica ou alcoólica, redução do estresse ou esquemas de saúde mental, exercícios físicos, controle de peso, entre outros, com grande tendência em culpabilizar a vítima e pequena ou nenhuma consideração às condições que modelam estes comportamentos (Polanyi et al., 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente de trabalho promotor da saúde é um conceito relativamente novo, mas que apresenta grande potencial de impactar positivamente na saúde biopsicossocial dos trabalhadores caso implementado segundo os valores e princípios da promoção da saúde e dos modelos propostos pela OMS.

Assim, é importante que o seu desenvolvimento seja realizado a partir de uma sólida base teórica e de evidências, a fim de que o planejamento e a implementação das intervenções não sejam focadas apenas em riscos e responsabilidades individuais pela saúde, que apresentam uma grande chance de apresentarem uma postura de ‘culpabilizadores da vítima’, e que ignoram os determinantes sociais e laborais mais amplos que impactam na saúde dos trabalhadores, eximindo a responsabilidade corporativa, dos serviços de saúde, governos e sociedade pela saúde do trabalhador. O modelo de ambiente saudável de trabalho aqui apresentado representa uma abordagem mais holística para promover a saúde dos trabalhadores e também é uma síntese dos melhores conhecimentos e experiências disponíveis em todo o mundo para seu planejamento e implementação.

Nesse sentido, é importante que evidências de efetividade de diferentes intervenções nesses locais, principalmente em ambientes de trabalho de pequeno e médio porte, sejam desenvolvidas e divulgadas, a fim de permitir a transferência de conhecimentos e experiências entre empresas e organizações. Além disso, participação dos trabalhadores no planejamento e implementação destes programas é de fundamental importância para a sustentabilidade e aceitação dos mesmos, maximizando seu potencial de sucesso em longo prazo.

Resta agora o desafio de expandir a estratégia no contexto do nosso país e tornar os ambientes de trabalhos saudáveis também aos trabalhadores informais, aos que trabalham em pequenos comércios, e aos trabalhadores da área saúde em seus diversos ambientes, sejam eles os da atenção básica, secundária e/ou terciária.

REFERÊNCIAS

- Anderson J. Health skills: the power to choose. *Health Educ J*. 1986; 45(1): 19-24.
- Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Associação Brasileira de Qualidade de Vida promove XV Prêmio Nacional [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.abqv.com.br>.
- Bessegato FM. Qualidade de vida relacionado ao trabalho em serviços de saúde pública [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial da União*. 2012a ago 24. Seção 1, p. 46-51.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário estatístico da previdência social AEPS 2012. Brasília: DATAPREV; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTP. Minuta da Portaria de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, de outubro de 2014 [acesso 2015 set 10]. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde a partir da revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 [internet]. Disponível em: http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/10/minuta-de-Portaria-da-PNaPS-Final-visto-por-Kalini-14_10_2014-1.pdf
- Bray I. Healthy employees, healthy business: easy, affordable ways to promote workplace wellness. 2. ed. Berkeley: NOLO; 2012.
- British Medical Association. Social determinants of health – what doctors can do. London: BMA; 2011.
- Buck Consultants. Report of working well: a global survey of health promotion and workplace wellness strategies. San Francisco: Buck Consultants; 2009.
- Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. Geneva: WHO; 2010.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
- Centers for Disease Control and Prevention. The National Institute for Occupational Safety and Health. Stress... at work. Cincinnati: NIOSH; 2014 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>
- Chapela M. Glosario de terminos utilizados enel diplomado en promocion de la salud. México: Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco. Diplomado em Promocion de La Salud; 1994.
- Chapman LS. Guidelines for health promotion in worksite settings. Am J Health Promot. 2004; 18(4): 6-9.
- Chenoweth D. Worksite health promotion. 3. ed. Champaign: Human Kinetics; 2011.
- Chu C, Breucker G, Harris H, Stitzel A. Health-promoting workplaces – International settings development. Health Promot Int. 2000; 15(2): 155-95.
- Chu C, Driscoll T, Dwyer S. WHO's global healthy work approach. Geneva: WHO; 1997.
- Confederação Nacional da Indústria. Serviço Social da Indústria. Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: relatório geral. Brasília: SESI/DN; 2009.
- Conrad P. Wellness in the work place: potentials and pitfalls of work-site health promotion. Milbank Q. 1987; 65(2): 255-75.
- Conrad P. Worksite health promotion: the social context. Soc Sci Med. 1988; 26(5): 485-9.
- CPH Health. Pesquisa mundial em promoção de saúde e bem-estar no ambiente corporativo [acesso 2015 set 10]. Disponível em: http://www.cph.com.br/corporativa_publicacoes_survey.php.
- Dive B. The healthy organization: a revolutionary approach to people & management. 2. ed. London: Kogan Page; 2004.
- Duxbury L, Higgins C. Work-life conflict in Canada in the new millennium: a status report – final report 2003 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-186-2003E.pdf>.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. What we do. Publicado em 2014 nov 11 [acesso 2015 ago 10]. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/what-we-do>.
- European Network for Workplace Health Promotion. The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union. This declaration was adopted by all members of the European Network for Workplace Health Promotion at the network meeting held in Luxembourg on November 27-28, 1997 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

- European Network for Workplace Health Promotion. Cardiff Memorandum on workplace health promotion in small and medium sized enterprises. This memorandum was adopted by all members of the European Network for WHP at the network meeting held in Cardiff on April 24-25, 1998 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/cardiff_memorandum_english.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. The Lisbon Statement on workplace health in small and medium-size enterprises (SMEs). June 2001 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: <http://cses.unipg.it/pdf/Lisbon%20statement.pdf>.
- European Network for Workplace Health Promotion. Barcelona Declaration on developing good workplace health practice in Europe. The Barcelona Declaration is based on the results of the 3. European Conference on Workplace Health Promotion, which was held in Barcelona on June 17-18, 2002 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/declaration_english_a3_01.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. Edinburgh Declaration on the promotion of workplace mental health and wellbeing. October 2010 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Edinburgh_Declaration.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. Brussels Declaration on workplace health practices for employees with chronic illness. October 2013 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/user_upload/pdf/Brussels_Declaration.pdf.
- Fabichak C, Siva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2014; 12(2): 79-84.
- Farias SNP, Zeitoune RCG. Qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(3): 487-93.
- Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3): 434-42.
- Frey RS. The export of hazardous industries to the peripheral zones of the world-system. In: Nandi PK, Shahidullah SM, editores. *Globalization and the evolving world society*. Leiden: Brill; 1998. p.66-81.
- Fundação Nacional da Qualidade. *Cadernos de excelência: introdução ao modelo de excelência da gestão**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2008.
- Gómez CM. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013; 38(127): 21-5.
- Graça L. A promoção da saúde no trabalho: a nova saúde ocupacional? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho; 1999 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos72.html>.
- Grazziano ES, Bianco RPR. Promoção da saúde do trabalhador. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Viana DL. *Promoção da saúde*. São Paulo: Yendis; 2013.
- Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4. ed. New York: McGraw Hill; 2005.
- Hanson A. *Workplace health promotion. A salutogenic approach*. Bloomington: AuthorHouse; 2007.
- Hicks R. *Workplace wellness – the next generation: from hell to well*. North Charleston: CreateSpace; 2014.
- International Association for Worksite Health Promotion. Atlanta announcement on worksite health promotion March 2009 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.acsm-iawhp.org/files/AtlantaAnnouncement.pdf>.
- International Commission on Occupational Health. About ICOH [acesso 2015 set 20]. Disponível em: http://www.icohweb.org/site_new/ico_about.asp.
- International Labor Organization. *World Day for Safety and Health at Work 2005: a background paper*. Geneva: ILO; 2005.

- Jackson T, Mitchell S, Wright M. The community development continuum. *Community Health Stud.* 1989; 8(1): 66-73.
- Kirsten W. Introduction: setting the context for workplace health promotion. In: Kirsten W, Karch RC. *Global perspectives in workplace health promotion.* Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2012.
- Kovacevic M, Belojevic G. Tooth abrasion in workers exposed to noise in the Montenegrin textile industry. *Ind Health.* 2006; 44(3): 481-5.
- Laverack G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Dev J.* 2001; 36(2): 40-52.
- Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment.* London: Sage; 2004.
- Leavell S, Clark EG. *Medicina preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lowe GS. *Creating healthy organizations: how vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success.* Canada: University of Toronto Press; 2010.
- Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev. Assoc Med Bras.* 2010; 56(1): 81-91.
- Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health.* 2. ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Mattke S, Liu H, Caloyeras JP, Huang CY, Van Busum KR, Khodyakov D, et al. *Workplace wellness programs study: final report.* Santa Monica: HAND Corporation; 2013 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/workplacewellnessstudyfinal.pdf>
- MetLife. *Latin America employee benefits trends study.* New York: MetLife; 2013 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <https://www.metlife.com/assets/institutional/products/benefits-products/LATAM-Study.pdf>
- Mialhe FL. *Educação e promoção da saúde e saúde bucal.* Nova Odessa: Napoleão; 2016. Em publicação.
- Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Pinto T, Groisman S, Moysés SJ, organizadores. *PRO-ODONTO prevenção: programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva: ciclo 8.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2015. p.55-126.
- Milio N. *Promoting health through public policy.* Canadian Public Health Association. 1986.
- Mu L, Peng L, Liu X, Bai H, Song C, Wang Y, Li Z. Emission characteristics of heavy metals and their behavior during coking processes. *Environ Sci Technol.* 2012; 46(11): 6425-30.
- Naidoo J, Wills J. *Foundations for health promotion.* 3. ed. London: Bailliere Tindall; 2009.
- Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(6): 1019-26.
- O'Donnell MP. Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho. In: Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. *Promoção da Saúde nas Empresas* [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/promosaudeOgata&ODonnell.pdf>
- O'Donnell MP. *Health promotion in the workplace.* 3. ed. Albany: Delmar/Thomson Learning; 2002.
- Ogata AJN. Programas de promoção de saúde que funcionam nas empresas. In: Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. *Promoção da Saúde nas Empresas* [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/promosaudeOgata&ODonnell.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.* Brasília: SESI/DN; 2010.
- Organização Mundial da Saúde. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.* Rio de Janeiro: OMS; 2011.
- Pelicioni MCF, Mialhe FL. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática.* São Paulo: Santos; 2012.
- Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: Paim JS, Almeida-Filho NA. *Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

- Polanyi MFD, Frank JW, Shannon HS, Sullivan TJ, Lavis JN. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, editores. *Setting for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
- Public Health Agency of Canada. Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health. Date modified 2007 jun 21. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-eng.php>.
- Renast on line. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: <https://asaudedotrabalhador.wordpress.com/2014/10/16/rede-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-trabalhador-renast/> Acesso em 29/09/2015.
- Restrepo HE. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana; 2001.
- Rodrigues MJ. SESI lança rede de promoção da saúde do trabalhador. Publicado em 2014 set 09 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.portaldaindustria.com.br/cni/imprensa/2014/09/1,45595/sesi-lanca-rede-de-promocao-da-saude-do-trabalhador.html>.
- Santana VS, Feitosa AG, Guedes LBA, Brito Sales NB. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. *Rev Pesq Fisioter*. 2014; 4(1): 35-46.
- Schnall PL, Dobson M, Roskam E, editores. *Unhealthy work: causes, consequences, cures*. Amityville: Baywood Publishing; 2009. p.169.
- Tannahill A. What is health promotion? *Health Educ J*. 1985; 44(4): 167-8.
- Tomei F, Fantini S, Tomao E, Baccolo TP, Rosati MV. Hypertension and chronic exposure to noise. *Arch Environ Health*. 2000; 55(5): 319-25.
- Vaughan-Jones H, Barham L. *Healthy work – challenges and opportunities to 2030*. London: Bupa; 2009.
- Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion. *Am J Health Promot*. 1992; 6(3): 197-205.
- Whitehead D. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *J Nurs Manag*. 2006; 14(1): 59-68.
- WHO's Global healthy work approach. Geneva: OMS; 1997. 30p.
- World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concept and principles – summary report of the Working group on concept and principles of health promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO; 1984.
- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. Jakarta statement on healthy workplaces. July 1997a [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/statements/workplaces/en>.
- World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century – The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997b [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- World Health Organization. Health education and promotion unit. *The Health-promoting workplace: making it happen*. Geneva: WHO; 1998a.
- World Health Organization. *Health promotion glossary*. 2. ed. Geneva: WHO; 1998b.
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. Manila: WHO; 1999.
- World Health Organization. *Workers' health: global plan of action*. Sixtieth World Health Assembly. Washington: WHO; 2007.

- World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization. Occupational health. Workplace health promotion [acesso 2015a set 15]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html
- World Health Organization. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event [acesso 2015b set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/>
- Yousefi Rizi HA, Hassanzadeh A. Noise exposure as a risk factor of cardiovascular diseases in workers. J Educ Health Promot. 2013; 31(2): 14.