



## CULTURA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE RECURSOS HUMANOS DE UMA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA BRASILEIRA

Marcos José Campello Baptista<sup>1</sup>  
Natacha Bertoia<sup>2</sup>

### Resumo

Este estudo teve como objetivo descrever a percepção da cultura de saúde dos profissionais de recursos humanos de uma instituição financeira brasileira. Realizou-se um estudo quantitativo, com a adaptação de um questionário internacional, em dois grupos de profissionais da área de recursos humanos. Os resultados mostraram uma percepção positiva quanto à preocupação da empresa com a saúde dos empregados em ambos os grupos e, que o tempo de empresa e que a formação acadêmica podem influenciar a percepção da cultura de saúde.

**Palavras chave:** Cultura de saúde, cultura organizacional, saúde e produtividade.

### Abstract

This study aimed to describe the position of people's health as an organizational value in a national financial services company. We conducted a quantitative study with the international adapted questionnaire, developed for this purpose, in two groups of human resources professionals. The results showed a positive perception about the company's concern for the health of employees in both groups. Statistical analysis showed that the tenure and academic degree may influence the perception of the culture of health.

**Keywords:** Culture of health, organizational culture, health and productivity.

### 1-Introdução

O custo total do adoecimento da força de trabalho é habitualmente subestimado pelas organizações e a gestão da saúde é uma oportunidade de criação de vantagem competitiva pouco explorada pelas empresas (Hemp, 2004; Goetzel e col., 2004 e Loeppke e col., 2007). A Organização Mundial da Saúde (2010) dimensiona saúde, bem-estar e segurança no trabalho como aspecto fundamental para a produtividade, a competitividade e a sustentabilidade das empresas.

A assistência à saúde é o segundo maior custo das grandes organizações brasileiras, depois da folha de pagamento (Revista Você RH, 2009). De acordo com a Towers Perrin (2007), o custo com assistência médica representa, em média, 9,8% da folha de pagamento e com tendência de crescimento.

As modificações na legislação previdenciária introduzidas pelo Decreto 6.042 (2007) e as ações regressivas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS podem criar aumento de custos operacionais e passivos trabalhistas significativos para as empresas nacionais, referentes à ocorrência de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho, tornando ainda mais elevados

Artigo recebido em 23/04/2012

Aprovado em 30/07/2012

<sup>1</sup> Médico do trabalho e gestor em saúde, tem longa experiência em gestão de saúde e medicina ocupacional em empresas de diferentes ramos de atividade econômica (bancos, hospital, indústria e construção civil) e professor da FIA.

<sup>2</sup> Graduada, Mestre e Doutora em Administração pela FEA/USP. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie, Fundação Instituto de Administração e Escola Superior de Administração e Gestão. Apresenta interesse sobre os seguintes temas de pesquisa: cultura, aprendizagem e gestão do conhecimento.

os impactos financeiros do adoecimento relacionado com o trabalho.

Diversos estudos mostram a influência do universo sócio-cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de saúde (Uchôa & Vidal, 1994 e Helman, 2007).

A cultura organizacional tem sido definida como um conjunto de valores e pressupostos básicos que constroem a identidade da empresa (Schein, 2009). O conjunto de crenças que compõem a cultura organizacional de uma empresa é predisponente do comportamento e influem nas decisões tomadas e na forma de gerenciar a organização (Hofstede & Hofstede, 2005 e Oliveira, 1988 como citado em Melo, 2001).

Uma cultura organizacional que tenha a saúde das pessoas como um valor relevante pode motivar alterações de comportamento que permitem a obtenção de um melhor estado de saúde (Crimmins & Halberg, 2009) e direcionar investimentos da empresa na saúde das pessoas (Golaszewski, Allen e Edington, 2008).

Diversas empresas de atuação mundial têm desenvolvido uma cultura que visa promover a saúde e o bem estar da força de trabalho. Contudo, poucas realizam diagnósticos organizacionais específicos sobre o tema. Trata-se de um assunto recente, observado nas práticas das empresas na primeira década do século XXI e para o qual há poucas ferramentas de diagnóstico disponíveis, além de existirem poucos estudos acadêmicos na literatura mundial e não foram encontrados estudos nacionais publicados.

Essa realidade foi o motivo central da realização deste estudo, que teve como objetivo descrever a percepção da cultura de saúde dos profissionais de recursos humanos de uma instituição financeira brasileira, buscando identificar se existem diferenças em relação às variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, tempo de empresa e formação acadêmica).

## **2-Fundamentação Teórica**

Esta seção está dividida em quatro itens. O primeiro item contextualiza o tema saúde e apresenta os diversos impactos da saúde das pessoas para as empresas, dimensionando a relevância do tema para as organizações. Na seqüência, os conceitos de cultura organizacional e cultura ocupacional são explicitados, destacando-se e aprofundando-se o tema de valores organizacionais, visto que a presente pesquisa procurou identificar o posicionamento da saúde das pessoas como valor na organização estudada. A quarta apresenta conceitos e práticas de cultura de saúde nas empresas.

### **2.1-A saúde das pessoas e as empresas**

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1946) define saúde como o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença. A OMS (2008) evidencia uma relação entre a saúde e o contexto de desenvolvimento econômico de cada país, visto que assim como o crescimento econômico e sua distribuição são de vital importância para a saúde, o investimento em saúde é uma estratégia importante para impulsionar o desenvolvimento econômico porque pode melhorar a produtividade de uma nação.

A relação entre as dimensões da saúde e a capacidade laborativa pode ser explicada por um modelo teórico (Ilmarein, 1999) que parte do princípio que a produtividade começa com a saúde. As aptidões física, mental e social interagem com os conhecimentos - produto da educação formal e da experiência profissional - de cada indivíduo e com suas habilidades, que podem ser definidas como padrões de comportamento que permitem a aplicação dos conhecimentos na prática, ou seja, as competências profissionais de cada pessoa. A capacidade para o trabalho de cada pessoa é o exercício destas competências em um local de trabalho.

Baptista, Lima, Murayama e Giannini (2010) desenvolveram a questão do paralelo entre o adoecimento e os impactos na produtividade em quatro níveis: (1) ausência de sintomas, que



corresponde aos fatores de risco à saúde (atividade física, obesidade, tabagismo e outros), dos quais alguns possuem relação comprovada com o presenteísmo, (2) doença sem incapacidade, também relacionada diretamente com o presenteísmo, (3) afastamento até 15 dias, que no Brasil é habitualmente denominado como absenteísmo de curto prazo e (4) benefício por incapacidade, que no Brasil ocorre em afastamentos por doença superiores a 15 dias.

Segundo Loeppke (2008), a saúde está intrinsecamente ligada à produtividade e, conseqüentemente, à viabilidade econômica de indivíduos, populações e nações. O autor analisa do ponto de vista científico e econômico a questão do investimento na melhoria da saúde da força de trabalho e conclui que diversos estudos demonstram que a melhoria da saúde da população pode reduzir os riscos de saúde, reduzir o impacto do adoecimento e melhorar a produtividade.

Na perspectiva da importância da saúde para a produtividade, Porter e Teisberg (2007) criticam a forma como as empresas americanas administram a saúde da força de trabalho pelo fato de não considerarem as perdas de produtividade relacionadas ao adoecimento e não investirem em prevenção.

Segundo pesquisa divulgada pela revista Exame (2005), um dos itens mais frequentes nos pacotes de benefícios oferecidos pelas companhias, a assistência médica subsidiada para funcionários e dependentes, colocou o mundo empresarial numa encruzilhada. O benefício é muito valorizado pelos funcionários e representa o mínimo que eles esperam de uma empresa com uma política de recursos humanos. O que preocupa as empresas é que a assistência médica está se tornando um benefício financeiramente insustentável.

Com a publicação do Decreto 6.042/07, que modificou a forma do financiamento dos benefícios previdenciários por doenças e acidentes do trabalho, houve: (1) revisão do enquadramento de todas as empresas nas alíquotas do SAT, o qual incide na folha de pagamentos, correspondendo a 1, 2 ou 3%, de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE; (2) criação do Nexo Técnico Epidemiológico – NTEP, ou seja, doenças com alta incidência em determinado ramo de atividade passam a ser consideradas pelos médicos peritos do INSS como relacionadas ao trabalho naquele ramo de atividade e (3) criação do FAP - Fator Acidentário de Prevenção, que consiste em um multiplicador contínuo de 0,5 a 2,0 sobre o valor da alíquota do SAT. De acordo com as taxas de frequência, gravidade e custo de cada empresa, determinadas e divulgadas anualmente pela Previdência Social, o valor da alíquota pode ser reduzido em até 50% ou aumentar em até 100%.

## 2.2-Cultura Organizacional e Cultura Ocupacional

Hofstede, G. e Hofstede, G. J. (2005) consideram que cada pessoa transporta consigo padrões de pensamento, sentimentos e de ação potencial que resultam de uma aprendizagem contínua adquirida na infância, período da vida onde as pessoas são mais susceptíveis à aprendizagem e à assimilação. Esta programação mental é designada pelo termo cultura e indica as reações mais prováveis e compreensíveis em função do passado de cada um.

Um dos principais conceitos de cultura organizacional é o apresentado por Schein:

[...] um padrão de suposições básicas compartilhadas, que foi aprendido por um grupo à medida que solucionava seus problemas de integração interna e externa. Esse padrão tem funcionado bem o suficiente para ser considerado válido e, por conseguinte, para ser ensinado aos novos membros como o modo correto de perceber, pensar e sentir-se em relação a esses problemas (Schein, 2009, p.16).

Para Oliveira (1988 como citado em MELO, 2001), a cultura organizacional pode ser percebida como uma espécie de “graxa”, que lubrifica (ou não) as engrenagens da organização. Este conjunto de crenças e valores, que são predisponentes de comportamento, influi verdadeiramente nas decisões tomadas e na forma de gerenciar a empresa.

Schein (2009) apresenta culturas associadas a profissões, em virtude de atitudes, normas e valores compartilhados no período de aprendizagem. As crenças e valores aprendidos durante esse tempo permanecem estáveis como pressupostos, e o reforço desses pressupostos ocorrem ao longo da vida profissional, em reuniões profissionais e em programas de educação continuada.

### 2.3-Valores organizacionais

Para Hofstede e Hofstede (2005) os valores, mais do que as práticas, são o elemento estabilizador de uma cultura, sendo importante distinguir o desejável do desejado. O desejável se refere às pessoas em geral e se expressa em termos de certo e errado do ponto de vista ético. O desejado se refere ao que cada um deseja para si próprio, incluindo desejos menos virtuosos, e se expressam nas escolhas feitas pela maioria das pessoas.

Deal e Kennedy (1997) consideram que os valores são o fundamento da cultura de uma organização e dão as diretrizes para o comportamento das pessoas. Segundo os autores, os valores representam o caráter fundamental de uma empresa e afetam todos os aspectos referentes a ela, desde o que produzir até como os empregados são tratados. Em termos gerais, os valores funcionam como um sistema de controle informal que diz às pessoas o que se espera delas. Na visão dos autores, é importante pesquisar a ligação entre valores pessoais e valores organizacionais, uma vez que os sistemas de valores vigentes em uma organização refletem uma concepção racionalizada do que é considerado desejável pelos membros da organização e afetam as normas que regulam o comportamento social.

Tamayo (2007) descreveu os valores organizacionais na perspectiva das pessoas. Cada trabalhador constitui um ponto fundamental para que os valores sejam efetivos, pois a aceitação e ratificação desses valores são necessárias para estes funcionem como princípios que influenciam e dinamizam a vida organizacional. Se não houver subordinação entre os valores pessoais e os coletivos da empresa, estes ficarão apenas no nível de uma declaração de intenções. O autor também apresenta uma classificação dos valores das organizações de acordo com resultados estatísticos (média e desvio padrão) observados em pesquisas específicas sobre valores organizacionais, conforme demonstrado no quadro 1:

Valores	Resultados estatísticos		Significado
	Média	Desvio padrão	
<b>Centrais</b>	Alta	Baixo	Fortes componentes da cultura organizacional. São elementos integradores e exercem a função de guia do comportamento, das políticas e das práticas.
<b>Setoriais</b>	Alta	Alto	Característicos de setores, divisão ou departamentos da empresa ou de grupos organizacionais sem fronteiras definidas.
<b>Desejados</b>	Baixa	Baixo	Não são característicos da organização, mas apresentam elevado consenso. Podem expressar a vontade coletiva que ocupem um lugar mais destacado.
<b>Confusos</b>	Baixa	Alto	São julgados como sendo pouco característicos da organização e há pouco consenso em tornos deles. Têm pouco impacto na vida organizacional.

Quadro 1: Classificação dos valores organizacionais de Tamayo



## 2.4 - Cultura de saúde nas empresas

Limongi-França e Rodrigues (2009) descrevem a importância de características essenciais das empresas e da cultura organizacional na forma como as questões de saúde são abordadas pelas organizações. As empresas organizam-se de maneira a responder eficientemente às demandas dos clientes no contexto de mercado, do produto, do perfil dos líderes e dos fornecedores e concorrentes, e essa forma de organização reflete-se nos escritórios, nas linhas de produção, nas crenças, nos valores, nos mecanismos de sanção e nas práticas relacionadas a saúde e doença. Neste contexto, a construção dos valores sobre saúde e doença ocorre sob o foco da produtividade, dos princípios de responsabilidade social, do valor dado à preservação das pessoas, do histórico de acidentes de trabalho e da própria cultura organizacional. Assim sendo, “quanto menor for o comprometimento com a saúde das pessoas, maior a possibilidade dessas questões de saúde-doença serem ignoradas.” (Limongi-França & Rodrigues, 2009, p. 127).

O Fórum Econômico Mundial (2008) ressalta que para dar suporte às iniciativas preventivas, muitas organizações desenvolvem uma cultura que estimule a saúde e o bem estar tanto no trabalho quanto fora dele e recomenda que os objetivos de bem-estar da força de trabalho estejam alinhados à estratégia do negócio.

De acordo com o Center for Value-Based Health Management - CVBHM (2009), apesar de não haver uma definição padrão, uma cultura de saúde pode ser definida como:

Em uma cultura de saúde, o bem estar dos empregados e o sucesso organizacional são indissociáveis. Ela alinha liderança, benefícios, políticas, incentivos, programas e apoios ambientais para reduzir os obstáculos à participação ativa e à sustentabilidade das práticas de gestão em saúde baseada em valor em todo o espectro dos cuidados à saúde (CVBHM, 2009, p. 2).

Allen (2008) sugere que as empresas desenvolvam uma abordagem integrada para a criação de uma cultura de saúde baseada em: apoio da alta liderança e dos gestores imediatos, ambientes de trabalho como testemunhos tangíveis do comprometimento com a saúde e o bem estar dos empregados e políticas que estimulem as práticas de saúde e segurança no trabalho (incluindo desde o cumprimento de legislação e normas internas quanto a tolerância zero ao assédio moral).

Allen e Leutzinger (1999) ressaltam que muitos programas abrangentes de promoção da saúde nas empresas não obtiveram sucesso porque não atuaram em aspectos da cultura organizacional. Nestes casos, ao serem lançados, os programas geraram muitas expectativas e muitas pessoas desejaram modificar seu estilo de vida, mas ao encontrarem uma cultura organizacional resistente, esse ânimo diminuiu e os objetivos do programa não foram atingidos.

Owen (2006) afirma que uma cultura da saúde tem se tornado cada vez mais frequente nas principais empresas norte-americanas, descrita pelas organizações envolvidas como uma mudança de paradigma. Ao invés de reduzir os benefícios de cuidados com a saúde, esses empregadores estão adicionando programas e serviços destinados a promover a saúde e o bem estar dos empregados. Através de estratégias abrangentes de longo prazo, estão educando e capacitando sua força de trabalho para cuidar de sua própria saúde, gerenciar as doenças crônicas e adotar comportamentos mais saudáveis e acreditam que obterão um retorno positivo sobre o investimento a curto e longo prazo.

Crimmins e Halberg (2009) desenvolveram uma ferramenta para a mensuração quantitativa do valor e o grau de apoio percebido pelos empregados em relação às iniciativas de melhorias da saúde em uma grande indústria de alimentos (General Mills®) que tinha mais de 20 anos de história de implantação de programas de estímulo a hábitos saudáveis. A ferramenta

é um questionário, composto de três questões demográficas, dezessete perguntas fundamentais divididas em três categorias: ambiente de apoio (sete questões), atitudes para um estilo de vida saudável (quatro questões) e conhecimento/comportamento (seis questões) e um espaço para sugestões e comentários dos participantes. A taxa de resposta foi de 71%, sendo que 91% dos respondentes disseram que a promoção de estilos de vida saudáveis é uma prioridade para a empresa e 97% afirmaram que sabem os passos necessários para se manterem saudáveis. Os resultados mostraram que os empregados percebiam um maior suporte para a saúde por parte da empresa do que por parte dos gestores. O objetivo era compreender se valores culturais referentes à saúde das pessoas poderiam ser mensurados e os autores concluíram que foram capazes de desenvolver uma ferramenta simples que pode ser usada por outros empregadores para medir a sua cultura organizacional de saúde.

### 3 - Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, que segundo Botelho e Zouain (2006) é a opção mais apropriada quando o pesquisador se defronta com problemas complexos da realidade das organizações, além de oferecerem informações resumidas sobre várias características. Hair, Babin, Money e Samouel (2003) destacam que são úteis no mapeamento de tendências e, por meio de técnicas de análise, permitem realizar cruzamento entre variáveis e identificar relação entre elas. Em relação ao horizonte temporal, trata-se de um estudo transversal, pois foi realizada a coleta de informações de uma amostra populacional somente uma vez (Malhotra, 2004). A escolha da organização para o estudo deveu-se à representatividade dela no cenário empresarial brasileiro e à facilidade de acesso aos profissionais de alguns departamentos da área de gestão de pessoas, tornando possível a realização da pesquisa.

A empresa é uma das maiores instituições bancárias nacionais com atuação em todos os ramos de atividades de intermediação financeira (banco de varejo, mercado de capitais, private banking, crédito imobiliário, seguros, previdência privada e outros). Possui mais de 90.000 funcionários, mais de 4.000 estabelecimentos no país e, há vários anos, oferece diversos programas de saúde para os funcionários.

Para a coleta de dados, utilizou-se a tradução de um questionário desenvolvido e testado no âmbito internacional por Crimmins e Halberg (2009) constituído por um conjunto de perguntas destinado a gerar dados necessários para atingir o objeto da pesquisa (Botelho & Zouain, 2006). Para Malhotra (2004), o questionário permite: (1) traduzir a informação desejada para responder ao problema da pesquisa em um conjunto de perguntas específicas que os entrevistados consigam responder; (2) incentivar o entrevistado a responder todas as respostas e (3) minimizar o erro das respostas provenientes de respostas imprecisas e de erros de registro e análise.

O instrumento de coleta de dados utilizado possuía 14 questões, sendo que as seis primeiras eram de natureza sócio-demográfica: sexo, data de nascimento, data de admissão, escolaridade e formação acadêmica. Do questionário original, foram utilizadas as sete questões que visam mensurar o posicionamento da saúde das pessoas como valor na empresa e uma questão acerca da auto-percepção da saúde. Em virtude do impacto da incapacidade laboral para empresas nacionais, foi incluída uma pergunta acerca da prioridade dada pela empresa sobre manter as pessoas saudáveis e produtivas.

As perguntas eram fechadas (ou estruturadas), ou seja, pré-especificam um conjunto de alternativas para as respostas (Botelho & Zouain, 2006).

Foram realizados pré-testes com uma versão impressa do questionário. Após os ajustes necessários, o questionário foi disponibilizado em um site na Internet para ser respondido on line e o anonimato foi respeitado. A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2010.

A população-alvo do estudo compreende dois grupos de colaboradores da área responsável



pela gestão de pessoas na empresa, totalizando 225 colaboradores, dos quais 146 responderam ao questionário (Tabela 1). O primeiro representado por profissionais diretamente envolvidos na gestão da saúde e do bem estar dos funcionários, incluindo gestão da saúde e segurança no trabalho, gestão de um plano de saúde na modalidade autogestão e outros benefícios. O segundo grupo, por profissionais envolvidos em atividades de operações de recursos humanos.

Áreas	População	Respostas	Taxa de resposta (%)
Gestão Saúde e Bem Estar	105	77	73%
Operações de RH	120	69	58%
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>146</b>	<b>65%</b>

**Tabela 1** - Porcentagem de participação dos grupos

Observa-se que houve uma maior taxa de resposta no grupo de Gestão de Saúde e Bem-Estar (73%) em relação ao grupo Operações de RH (58%), o que pode traduzir um maior interesse desses profissionais no tema cultura de saúde, resultando em uma participação total dos dois grupos de 65%. Este valor é inferior à taxa de resposta de 71% do estudo conduzido por Crimmins e Halberg (2009), realizado com todos os empregados da empresa alvo do estudo, que possui um histórico de mais de 20 anos de implantação de programas de promoção da saúde. A instituição financeira objeto do presente estudo tem um histórico menor de implantação desse tipo de programas, nos últimos sete anos. Assim sendo, a taxa de resposta obtida pode ser considerada satisfatória.

Em relação ao perfil dos respondentes, 59% são do sexo feminino, idade média de 38 anos, com 12 anos de atuação na empresa. Observa-se que ambos os grupos apresentam um elevado nível de escolaridade, sendo administração a graduação mais comum em ambos os grupos. Ressalta-se que no grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar, são mais frequentes as formações acadêmicas na área da saúde e segurança no trabalho.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa SPSS. A estatística descritiva foi utilizada para caracterização sócio-demográfica da população de respondentes e para apresentação das respostas de cada questão. As respostas de cada uma das questões foram analisadas pela estatística descritiva de duas formas: (1) agrupando as respostas como favorável, neutro e desfavorável, conforme o trabalho original de Crimmins e Halberg (2009) e (2) calculando média e desvio padrão.

Para avaliar as hipóteses de que as características sócio-demográficas dos respondentes possuem influência sobre a percepção da cultura de saúde existente na empresa, foram realizadas análises estatísticas:

- Sexo e escolaridade: teste qui-quadrado, sendo considerado um nível de significância de 0,05 ou 5% (Stevenson, 2001; Malhotra, 2004 e Doria Filho, 1999).
- Idade e tempo de empresa: análise de correlação, com nível de significância (sig) dado pelo teste de comparação ao erro de 0,05 ou 5% (Stevenson, 2001; Malhotra, 2004 e Doria Filho, 1999). O coeficiente de correlação de Pearson avalia o grau de relacionamento entre duas variáveis contínuas e varia entre  $-1,00$  e  $+1,00$ . A análise da relação entre as variáveis foi considerada com base nos critérios propostos por Stevenson (2001), descrita:
  - $r = +1,00$ : relacionamento positivo perfeito
  - $r = +0,70$ : relacionamento positivo moderado
  - $r = 0,00$ : ausência de relacionamento
  - $r = -0,70$ : relacionamento negativo moderado
  - $r = -1,00$ : relacionamento negativo perfeito

Nas variáveis idade e tempo de empresa; e nas questões em que o resultado do teste de correlação superou o erro padrão de 5% e o coeficiente de correlação de Pearson mostrou um relacionamento positivo significativo, a correlação foi submetida a uma regressão (Stevenson, 2001) para pesquisar e modelar o relacionamento existente entre as variáveis.

No grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar foi utilizado o método do qui-quadrado para verificar em quais questões a variável formação acadêmica na área da saúde influenciava a percepção da cultura de saúde. O nível de significância considerado foi de 0,05 (Stevenson, 2001; Malhotra, 2004 e Doria Filho, 1999). Para as questões que obtiveram resultados inferiores ao nível de significância, verificou-se se os profissionais com formação acadêmica na área da saúde apresentavam percepção mais favorável ou menos favorável comparando o expected count (valor esperado caso não houvesse diferenças significativas de percepção) e count (valor obtido nas respostas).

#### 4 - Apresentação e Análise dos Resultados

Os resultados que mostram a percepção a cultura de saúde da empresa são demonstrados agrupando as respostas como favorável, neutro e desfavorável, conforme o trabalho original de Crimmins e Halberg (2009) e calculando média e desvio padrão. As análises estatísticas mostram a influência das variáveis sócio-demográficas sobre as respostas. Os resultados são analisados na perspectiva da literatura sobre cultura organizacional e sobre cultura de saúde, descritas na fundamentação teórica.

##### 4.1 - Percepção dos profissionais de recursos humanos

A tabela 2 apresenta os percentuais de respostas (favorável, neutro e desfavorável) para cada questão, enquanto que a tabela 3 mostra a média e o desvio padrão das respostas, destacando-se em ambas as diferenças entre os dois grupos de respondentes.

Questões	Gestão de Saúde e Bem-Estar			Operações de RH		
	% Fav	% Neut	% Desf	% Fav	% Neut	% Desf
Avaliação da preocupação da empresa com a saúde	84	13	3	88	10	1
Recursos e condições para um ambiente saudável	78	13	9	88	9	3
Pessoas saudáveis e produtivas: prioridade da empresa	64	18	17	65	26	9
Hábito de vida saudável: prioridade para a empresa	71	21	8	71	25	4
Hábito de vida saudável: prioridade para o gestor	71	22	5	62	23	13
Hábito de vida saudável: prioridade para os colegas	58	30	10	59	22	16
Estilo de vida saudável: valor importante para mim	99	0	1	96	4	0
Programas de saúde úteis para meus objetivos em saúde	78	19	3	77	19	4
Me considero em boa saúde	81	10	9	88	10	1

**Tabela 2** – Respostas agrupadas como favorável, neutro e desfavorável

Em ambos os grupos há uma percepção positiva acerca da preocupação da empresa com a saúde dos funcionários. No grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar, a percepção é um pouco menos favorável. Esses profissionais são os responsáveis pelo desenvolvimento e pela implantação das ações em saúde da empresa e o resultado menos favorável pode estar relacionado a uma tendência destes serem mais críticos em relação a sua própria área de atuação e ao desejo de melhorar as atividades que realizam. O desvio padrão baixo, observado em ambos os grupos, permite extrapolar os dados observados na perspectiva da classificação dos valores organiza-





cionais de Tamayo (2007) como um valor central (média alta e desvio padrão baixo), ou seja, um forte componente da cultura organizacional.

Questões	Gestão de Saúde e Bem-Estar		Operações de RH	
	Média	Desv. padrão	Média	Desv. Padrão
Avaliação da preocupação da empresa com a saúde	4,08	± 0,70	4,16	± 0,66
Recursos e condições para um ambiente saudável	3,81	± 0,76	4,01	± 0,61
Pessoas saudáveis e produtivas: prioridade para a empresa	3,55	± 0,87	3,65	± 0,76
Hábito de vida saudável: prioridade para a empresa	3,73	± 0,74	3,78	± 0,70
Hábito de vida saudável: prioridade para o gestor	3,78	± 0,70	3,60	± 0,85
Hábito de vida saudável: prioridade para os colegas	3,57	± 0,79	3,52	± 0,86
Estilo de vida saudável: valor importante para mim	4,53	± 0,64	4,49	± 0,58
Programas de saúde úteis para meus objetivos em saúde	3,90	± 0,72	3,81	± 0,65
Me considero em boa saúde	3,88	± 0,84	3,93	± 0,75

**Tabela 3** – Média e desvio padrão das respostas

Os resultados favoráveis obtidos podem ser atribuídos à implantação de diversos programas de saúde na empresa objeto de estudo nos anos anteriores à realização da pesquisa. De acordo com o modelo do Ambiente Organizacional da Saúde proposto por Golaszewski, Allen e Edington (2008) a implantação desses programas mostram aos colaboradores a preocupação da alta direção com a saúde da força de trabalho.

A percepção acerca de a empresa oferecer recursos e condições para um ambiente saudável foi favorável em ambos os grupos. Contudo, no grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar, essa percepção é menos favorável (78% contra 88%). Neste grupo há diversos profissionais da área de saúde e segurança no trabalho que por possuírem conhecimentos técnicos, podem ser mais críticos em relação às condições e ao ambiente de trabalho.

A prioridade da empresa em manter as pessoas saudáveis e produtivas foi menos favorável (64% e 65%) que nas questões anteriores em ambos os grupos e o desvio padrão foi alto. Portanto, o valor dado a esse tema específico não é característico da organização, mas apresenta elevado consenso e pode expressar a vontade coletiva de que, apesar de não praticado, ocupe um lugar mais destacado na cultura organizacional. O adoecimento reduz a produtividade pelo presenteísmo, pelo absenteísmo e pelos afastamentos pelo INSS e as empresas podem implantar programas para minimizar esses impactos (Baptista e col., 2010; Hemp, 2004 e Loeppke e col., 2007).

A prioridade da empresa em incentivar um hábito de vida saudável teve um resultado semelhante e pouco favorável em ambos os grupos. O desvio padrão baixo, observado em ambos os grupos, também permite extrapolar os dados observados na perspectiva da classificação dos valores organizacionais de Tamayo (2007) como um valor desejado. Estes resultados são inferiores à percepção sobre a preocupação da empresa com a saúde dos funcionários e representam uma oportunidade para ampliar as ações visando estimular hábitos saudáveis e minimizar os fatores de risco à saúde. Os resultados observados são inferiores aos 90% de favorável do estudo de Crimmins e Halberg (2009) e representam uma oportunidade para a empresa desenvolver programas preventivos.

A prioridade do gestor em incentivar um hábito de vida saudável teve um resultado pouco favorável em ambos os grupos, porém mais favorável no grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar (71% contra 62%). O desvio padrão baixo em ambos os grupos também permite extrapolar os

dados na perspectiva da classificação dos valores organizacionais de Tamayo (2007) como um valor desejado. Em uma cultura de saúde, é necessário o apoio da alta liderança da empresa e os gestores imediatos devem ser capacitados para compartilhar a visão de saúde da empresa, servir como exemplo e monitorar e celebrar sucessos (Allen, 2008). Para o sucesso na execução de programas de promoção da saúde deve haver uma boa congruência com os valores nos níveis hierárquicos mais elevados e nos níveis hierárquicos inferiores (Weiner, Lewis e Linnan, 2009). Assim sendo, os resultados obtidos nessa questão revelam uma oportunidade para a empresa implantar ações de educação para a saúde nos processos de formação gerencial visando a disseminação de uma cultura de saúde em toda a empresa.

A prioridade dos colegas em incentivar um hábito de vida saudável teve um resultado pouco favorável em ambos os grupos e foi a questão com os resultados menos favoráveis de todo o questionário e mostra que, apesar das pessoas perceberem uma prioridade da empresa na adoção de hábitos saudáveis, essa prioridade não se materializa no comportamento das pessoas de forma disseminada e representa a oportunidade da empresa em criar uma cultura de saúde que priorize hábitos saudáveis, para que esses comportamentos se disseminem na organização. O desvio padrão baixo em ambos os grupos permite extrapolar os dados observados na perspectiva da classificação dos valores organizacionais de Tamayo (2007) como um valor desejado. No estudo de Crimmins e Halberg (2009), essa questão também obteve resultados pouco favoráveis e traduz a dificuldade na mudança dos comportamentos prejudiciais à saúde pelas pessoas. A mudança de comportamentos das pessoas em direção a hábitos saudáveis é o objetivo final dos programas de promoção da saúde nas empresas e traz aumento da produtividade e redução dos custos com assistência médica (Burton, Conti, Chen, Schultz e Edington, 1999; Porter & Teisberg, 2007 e Edington, 2009).

Manter um estilo de vida saudável como um valor importante para o indivíduo atingiu os índices mais favoráveis em todo o questionário. Os resultados mostram a importância que todos conferem aos hábitos saudáveis, o que pode ser atribuído ao valor universal que todas as pessoas dão à saúde e que programas de promoção da saúde e de ações educativas direcionadas provavelmente terão boa aceitação por parte dos empregados.

A percepção da utilidade dos programas de saúde oferecidos pela empresa foi favorável em ambos os grupos e o desvio padrão foi baixo. Os resultados obtidos foram superiores aos 69% favorável do estudo de Crimmins e Halberg (2009), revelando uma percepção positiva dos programas implantados nos anos anteriores e mostrando que a escolha da empresa foram acertadas na perspectiva dos profissionais; o que ajuda a justificar a percepção positiva dos respondentes sobre a preocupação da empresa com a saúde dos funcionários.

Em todas as respostas do questionário, o desvio padrão foi baixo, o que permite extrapolar os dados observados na perspectiva da classificação dos valores organizacionais de Tamayo (2007) como valores centrais ou desejados, o que é compatível com o fato da saúde ser um valor humano universal.

Assim, é possível considerar que a saúde, por ser um valor humano universal, tende a ser um valor organizacional desejado e desejável para todas as pessoas na perspectiva de Hofstede e Hofstede (2005) e que as empresas que implantarem uma cultura com ênfase estratégica na saúde das pessoas obterão naturalmente uma subordinação desse valor coletivo da empresa com os valores pessoais de todos os indivíduos, tornando-se um elemento estrutura da empresa, conforme a definição de Tamayo (2007). Também é possível supor que nas empresas que desenvolverem uma cultura de saúde não ocorrerá uma descompensação axiológica descrita por Borges, Argolo e Baker (2006), ou seja, não haverá diferença entre o nível real (como os trabalhadores percebem os valores reforçados pela organização) e o nível ideal (valores que os funcionários crêem que a organização deva seguir) no tocante à saúde e o bem-estar das pessoas.



#### 4.2 - Análise da influência das variáveis sócio-demográficas

Para as variáveis sexo e nível de escolaridade foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Em ambos os grupos, as análises de todas as questões obtiveram  $p > 0,05$  descartando a existência de influência dessas variáveis na percepção da cultura de saúde.

A variável idade foi analisada pelo teste de correlação e pelo coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), ou seja, buscou-se verificar a influência da idade. No grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar, os resultados das análises de todas as questões rejeitaram a hipótese nula de que há influência da idade.

No grupo Operações de RH, nas questões sobre prioridade da empresa em manter as pessoas saudáveis e produtivas, prioridade da empresa em incentivar hábitos saudáveis, prioridade do gestor em incentivar hábitos saudáveis e utilidade dos programas de saúde, o teste de correlação obteve resultado inferior ao erro de 0,05 e o teste de correlação de Pearson obteve valores positivos que situam a correlação como fracamente positiva. Por esse motivo, as duas variáveis (resposta e idade do respondente) foram submetidas a uma regressão que mostrou que a variável independente idade foi capaz de explicar a variação na variável dependente percepção do respondente, pois se a idade do respondente aumentar em 1 ano a percepção sobre a:

- Prioridade da empresa em manter as pessoas saudáveis e produtivas aumentará em 0,019.
- Prioridade da empresa em incentivar um hábito de vida saudável aumentará em 0,015.
- Prioridade do gestor em incentivar um hábito de vida saudável aumentará em 0,018.
- Utilidade dos programas de saúde oferecidos pela empresa aumentará em 0,016.

A variável tempo de empresa foi analisada pelo teste de correlação e pelo coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). No grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar, os resultados das análises de todas as questões rejeitaram a hipótese nula de que a influência do tempo de empresa na percepção da cultura de saúde. Porém, no grupo Operações de RH, nas questões sobre prioridade da empresa em manter as pessoas saudáveis e produtivas, prioridade da empresa em incentivar hábitos saudáveis, prioridade do gestor em incentivar hábitos saudáveis, prioridade dos colegas em incentivar hábitos saudáveis e utilidade dos programas de saúde, o teste de correlação obteve resultado inferior ao erro de 0,05 e o teste de correlação de Pearson obteve valores positivos que situam a correlação como fracamente positiva. Assim sendo, utilizou-se da técnica de regressão que mostrou que a variável independente idade foi capaz de explicar a variação na variável dependente percepção do respondente, pois se a idade do respondente aumentar em 1 ano a percepção sobre a:

- Prioridade da empresa em manter as pessoas saudáveis e produtivas aumentará em 0,027.
- Prioridade da empresa em incentivar um hábito de vida saudável aumentará em 0,019.
- Prioridade do gestor em incentivar um hábito de vida saudável aumentará em 0,027.
- Prioridade dos colegas em incentivar um hábito de vida saudável aumentará em 0,019.
- Utilidade dos programas de saúde oferecidos pela empresa aumentará em 0,019.

O grupo de Operações de RH, apesar de uma idade média menor e possuía um tempo médio de empresa maior, indicando que quanto mais tempo em uma empresa que oferece diversos programas de saúde, melhor a percepção nesses aspectos. A influência da idade e do tempo de empresa sobre a percepção da cultura de saúde observada no grupo Operações de RH sugere que a implantação dos diversos programas de saúde nos anos anteriores ajudaram a criar a cultura de saúde existente na empresa. Esse grupo também possui menos profissionais da área da saúde, o que pode reduzir o efeito da cultura ocupacional (Hofstede & Hofstede, 2005; Johnson,

Koh e Killough, 2009; Schein, 2009; Hernández, 2007) na percepção da cultura de saúde.

A cultura ocupacional é compreendida como uma subcultura organizacional relacionada à formação acadêmica e às experiências profissionais da organização (Johnson e col., 2009) e refere-se aos valores, aos papéis e às orientações éticas de grupos profissionais com as mesmas atividades (Hernández, 2007). Visando a influência da cultura ocupacional dos profissionais de saúde, no grupo Gestão de Saúde e Bem-Estar foi utilizado o método do qui-quadrado para verificar em quais questões a variável formação acadêmica na área da saúde (auxiliar de enfermagem, enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia) influenciava a percepção da cultura de saúde dos respondentes.

As percepções referentes à oferta de recursos e condições para um ambiente saudável, prioridade da empresa em incentivar hábitos saudáveis e quanto à utilidade dos programas de saúde as análises obtiveram  $p > 0,05$ , não rejeitando a hipótese nula de que não há influência da formação acadêmica na percepção dos respondentes. Em todas essas questões, os profissionais com formação acadêmica na área da saúde mostraram percepções menos favoráveis do que os outros profissionais, por apresentarem um expected count (valores esperados se não houvesse diferença de opinião) inferior ao count (valor obtido nas respostas desse grupo de profissionais).

Os resultados sugerem que esse grupo é mais crítico do que os outros profissionais nessas questões às culturas ocupacionais desses profissionais o que aumenta o nível de exigência em questões referentes à saúde na empresa.

## 5- Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo geral estudar a cultura de saúde entre profissionais de recursos humanos de uma instituição financeira nacional e consistiu na aplicação de uma ferramenta de avaliação da cultura de saúde entre profissionais de recursos humanos.

A criação de uma cultura de saúde envolve uma série de ações que se iniciam com um diagnóstico cultural e engloba a obtenção do suporte da alta direção da organização, a divulgação da cultura para todos os níveis da empresa, o alinhamento cultural dos pontos de contato e a implantação de programas de saúde. Assim sendo, é necessário que existam ferramentas para o diagnóstico inicial e para mensurar e acompanhar os resultados obtidos após a implantação das ações para a criação de uma cultura de saúde. Uma das principais contribuições desta pesquisa foi validar e disponibilizar para as organizações brasileiras um instrumento de fácil aplicação para o diagnóstico inicial e para mensuração do sucesso na criação e na consolidação de uma cultura de saúde.

Para a amostra estudada, os resultados indicaram que o tempo de empresa e a formação acadêmica podem influenciar a percepção da cultura de saúde e esse fato deve ser levado em consideração quando utilização da ferramenta no diagnóstico da cultura de saúde nas empresas, em especial quando pesquisas dessa natureza forem realizadas com profissionais de saúde. Os resultados mostraram que a empresa estudada possui uma cultura de saúde positiva e revelou as oportunidades de melhoria existentes. Contudo, os resultados não podem ser generalizados para todas as empresas.

Uma das limitações da pesquisa foi a abordagem da pesquisa, exclusivamente quantitativa, visto que não foram utilizadas outras técnicas para um diagnóstico em cultura organizacional, em especial a associação com pesquisas qualitativas e visitas aos locais de trabalho visando observar criticamente os artefatos visíveis referentes à saúde. Outra limitação foi o plano amostral, restrito a uma parcela do total de profissionais de recursos humanos da empresa, o que não permite considerar que os resultados observados traduzem a cultura de saúde de toda a organização, mas apenas parte dela; no entanto, satisfatória para a realização deste estudo.



Levando em consideração os resultados obtidos nesta pesquisa, podem ser feitas algumas recomendações e sugestões para estudos futuros sobre o tema utilizando a mesma ferramenta, tais como: a realização da pesquisa com amostras mais amplas, associação com pesquisas qualitativas e a observação como técnica de coleta de dados e realização de pesquisas que comparem a percepção da cultura de saúde da empresa com fatores de risco e indicadores de saúde para avaliar como a percepção do valor da saúde na cultura organizacional pode modificar comportamentos das pessoas que influenciam a saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. (2008). **Achieving a Culture of Health. The business case.** Retirado em 10/03/2010 no World Wide Web de <http://www.healthyculture.com>
- Allen, J., & Leutzinger, J. (1999). **The Role of Culture Change in Health Promotion.** Retirado em 10/03/2010 no World Wide Web de <http://www.healthyculture.com>.
- Baptista, M. J. C., Lima, C. A. I., Murayama, B. A. R., & Giannini, F. P. (2010). **Estudo do programa de apoio para o retorno ao trabalho e reabilitação profissional de uma grande instituição financeira nacional.** Em Os mais relevantes projetos de conclusão de cursos MBAs. [coordenação editorial Maria Madalena Nascimento Fonseca] São Paulo, SP: Stro ng.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). **Os Valores Organizacionais e a Síndrome de Burnout: Dois Momentos em uma Maternidade Pública.** *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19(1), 34-43.
- Botelho, D. & Zouain, D. M. (2006). **Pesquisa Quantitativa em Administração.** (1ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen C., Schultz, A., & Edington, D. W. (1999). **The role of health risks and disease on worker productivity.** *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(10), 863-77.
- Center for Value-Based Health Management – CVBHM. (2009). **Creating a Culture of Health.** Retirado em 15/03/2010 no World Wide Web de <http://www.centervbhm.com>.
- Crimmins, T. J., & Halberg, J. (2009). **Measuring Success in Creating a “Culture of Health”.** *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), 351-355.
- Deal, T. E., & Kennedy, A. A. (1997). **Corporate Culture – The rites and rituals of Corporate life.** New York: Addison.
- Decreto Nº 6.042 de 12 de fevereiro de 2007. (2007). Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico. Brasília, DF.
- Doria Filho, U. (1999). **Introdução à bioestatística: para simples mortais.** (1ª ed.) São Paulo: Negócio.
- Edington, D. W. (2009). **Zero Trends. Health as a Serious Economic Strategy.** Detroit: Health Management Research Center/University of Michigan.
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). **Absence, Disability and Presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. Employers.** *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 398–412.
- Hair, J. F., Babin, R., Money, A. H., & Samouel, P. (2003). **Métodos de pesquisa em adminis-**

- tração.** (1ª ed.) São Paulo, SP: Bookman.
- Helman, C. G. (2007). **Cultura, Saúde e Doença.** (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hemp, P. (2004). **Presenteeism: At work but out of it.** Harvard Business Review, 82, 49-58.
- Hernández, J. G. V. (2007). **La culturocracia organizacional en México.** Obtenido en 18 de mayo, 2010 de <http://www.eumed.net/libros/2007b/301>.
- Hofstede, G.; Hofstede, G. J. (2005). **Cultures and Organizations: Software of the Mind.** (2nd Edition). New York: McGraw-Hill Books.
- Ilmarinen, J. (1999). **Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability, employability and employment.** Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Johnson S. D.; Koh H. C.; Killough L. N. **Organizational and Occupational Culture and the Perception of Managerial Accounting Terms: An Exploratory Study Using Perceptual Mapping Techniques.** Contemporary Management Research, 5(4): 317-342; 2009.
- Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2009). **Stress e Trabalho: Uma Abordagem Psicossomática.** (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Linnan L.; Weiner B.; Graham A.; Emmons K. **Manager beliefs regarding worksite health promotion: findings from the Working Healthy Project 2.** American Journal of Health Promotion, 21(6): 521-8; 2007.
- Loeppke, R. (2008). **The value of health and the power of prevention.** International Journal of Workplace Health Management, 1(2), 95-108.
- Loeppke, R., Taitel, M., Richling, D., Parry, T., Kessler, R. C., Hymel, P., & Konicki, D. (2007). **Health and Productivity as a Business Strategy.** Journal of Occupational and Environmental Medicine, 49(7), 712-72.
- Malhotra, N. K. (2004). **Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada.** (4ª ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Melo, M. B. F. V. (2001). **Influência da cultura organizacional no sistema de gestão de saúde e segurança do trabalho em empresas construtoras.** Dissertação de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Organização Mundial da Saúde. (1946). **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Retirado em 20/01/2011 no World Wide Web de <http://www.promocaodesaude.unifran.br>.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). **Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais.** Retirado no World Wide Web em 15/07/2010 de <http://www.who.int>.
- Owen, M. (2006). **A culture of health: top companies set the stage for success and savings promoting employee health and wellness to cut costs and improve productivity.** Retrieved Mar 10, 2010 from <http://www.riskandinsurance.com>.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). **Repensado a Saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** (1ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Revista Você RH. (2009). **Um iceberg no caminho das empresas: Custos com saúde podem ser bem maiores do que se estimam.** Retirado em 15/07/2010 no World Wide Web de <http://www.abqv.org.br>.
- Rosenburg C. (2005, 26 de Julho) Revista Exame. **O insustentável custo da saúde nas empresas.**
- Schein, E. H. (2009). **Cultura Organizacional e Liderança.** (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Stevenson, W. J. (2001). **Estatística aplicada à administração.** (1ª ed.) São Paulo, SP: Harbra.



PUC-SP



FEAUSP

ReCaPe – Revista de Carreiras e Pessoas

Tamayo, A. (2007). **Impacto dos valores da organização no estresse ocupacional**. Revista de Administração Contemporânea Eletrônica, 1(2), 20-33.

Towers Perrin. (2007). **Planos de Benefícios no Brasil – 26ª Pesquisa**. Retirado em 17/10/2010 no World Wide Web de <http://www.towersperrin.com>.

Uchôa, E. & Vidal, J. M. (1994). **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Cadernos de Saúde Pública, 10(4), 497-504.

World Economic Forum. (2008). **Working Towards Wellness: The Business Rationale**. Retrieved Feb 14, 2010 from <http://www.pwc.com>.