

Saúde nas Empresas: um modelo gráfico para identificar oportunidades de gestão

Health in Enterprises: a graphical model to identify management opportunities

Ernst Ludwig Schneider*

222

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37(2):222-229
Ensaio • Essay

Resumo

A gestão de saúde nas empresas encontra fatores de resistência às propostas de melhoria e se caracteriza como um problema com vícios. Novas formas de abordar estes vícios podem ser úteis como ferramentas de reflexão estratégica. O presente trabalho parte do pressuposto dedutivo em que “a causa precede a consequência” e desenvolve estrutura gráfica simples em que desenha o fluxo de formação / concentração e dissolução / desconcentração de doentes em uma empresa. Essa abordagem gráfica permite novos olhares sobre essa dinâmica e facilita a identificação de alguns dos vícios existentes. A estrutura gráfica identifica 7 pontos de inflexão, que são apresentados como oportunidades de intervenção para reverter os vícios identificados na análise estratégica.

Palavras-chave: Desenvolvimento Institucional. Saúde do Trabalhador. Qualidade de Vida. Medicina do Trabalho.

Abstract:

Health management in companies is facing resistance factors to proposed improvements and is characterized as a problem, as something having defects. New ways of approaching these defects may be useful as tools for strategic thinking. This paper is based on the deductive assumption that “cause precedes consequence” developing a simple graphical structure that draws the flow of formation / concentration and dissolution / deconcentration of sick people in a company. This graphical approach allows new perspectives on this dynamic and facilitates the identification of some existing defects. The graphical structure identifies seven turning points, which are presented as opportunities for intervention to reverse the defects identified in the strategic analysis.

Keywords: Institutional Development. Occupational Health. Quality of Life. Occupational Medicine.

* Médico do Trabalho. Especialista em Gestão de Programas de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida nas Organizações. E-mail: ernstsch@gmail.com

O autor declara não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

A gestão da saúde (ou da “falta de saúde”) nas empresas é tema complexo. Atributos para solução dos problemas de saúde nas empresas geralmente são incompletos e contraditórios. Os requerimentos para mudança da condição de saúde / doença nas empresas são frequentemente conflitantes com os objetivos do negócio, estão em contínua transformação e são requerimentos difíceis de reconhecer. Por mais que a saúde dos trabalhadores seja considerada um valor social a ser permanentemente perseguido, é frequente a ocorrência de resistência às ações de melhoria propostas. Essa resistência se manifesta contra as ações de promoção / prevenção de saúde nas empresas que ameaçam o modo habitual de produção ou de execução dos serviços. O mesmo ocorre nas intervenções dedicadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas nas organizações. Também podem ocorrer retrocessos das conquistas em gestão da saúde ocupacional, em especial nos momentos em que a geração de renda da empresa está ameaçada por condições de mercado adversas.

Nesse cenário organizacional permeado por conflitos de interesse, é possível abordar as questões de saúde como sendo um conjunto especial de problemas. Uma das características

desse conjunto de problemas é que ele é insolúvel; ou seja, nunca vai ocorrer a solução definitiva, ótima e perfeita de saúde ocupacional. Dessa forma, torna-se útil considerar que a gestão de saúde nas empresas é um “problema vicioso” ou “problema com vícios” (*wicked problem*^a) e que, portanto, precisa de abordagens especiais para entendimento e intervenção¹. Nessa definição, o termo “vicioso” é usado não no sentido de mau ou perverso, mas devido à sua resistência para ser solucionado. Nesse cenário adverso para o gestor de saúde nas empresas, as possibilidades de insucesso são a regra, e as intervenções precisam ser cuidadosamente pensadas de forma estratégica e estruturadas para o longo prazo em contínuos ciclos de resolução das demandas de saúde organizacionais.

Trata-se de problema mundial. Para exemplificar essa complexidade, pode-se visualizar no Quadro 1, adaptado a partir de estudo no Reino Unido², que um tratamento cirúrgico idêntico pode ter desfechos totalmente divergentes para os trabalhadores “A” e “B”. Observa-se que protagonistas internos e externos à organização modificam o prognóstico do tratamento médico de forma diametralmente oposta.

Quadro 1. As circunstâncias mudam o prognóstico da reabilitação

Trabalhador “A”	Trabalhador “B”
Histórico profissional medíocre	Histórico profissional medíocre
Dor lombar, hérnia discal	Dor lombar, hérnia discal
Tratamento: cirurgia	Tratamento: cirurgia
Supervisor nunca incentivou; apenas coloca substituto no lugar	Supervisor mantém proximidade: “Nós precisamos de você”
Supervisor fraco	Bom supervisor
Discriminação e competição com os colegas de trabalho	Apoio dos colegas de trabalho
Médico especialista: “fique em casa até você estar em condições de fazer o seu trabalho”	Médico orientado para a função: “mantenha-se o mais ativo possível”
Resultado “A”: restrição e afastamento permanente	Resultado “B”: retorno ao trabalho em 6 semanas

Fonte: Adaptado a partir do estudo *Working for a healthier tomorrow: Dame Carol Black’s Review of the health of Britain’s working age population*².

a. *Wicked Problem* (“Problema vicioso”): são problemas incompletos, contraditórios e com requisitos mutáveis. As soluções para eles são frequentemente difíceis de reconhecer por conta de sua interdependência¹.

Verifica-se, nesse exemplo, o forte impacto de fatores da gestão (supervisor está orientado para tarefas ou para pessoas?), da cultura interna (é inclusiva ou excludente para o trabalhador que apresenta restrições?), do desenho dos incentivos (entre times de trabalho há competitividade ou colaboração?) e do médico especialista existente no território (está ou não comprometido com a recuperação funcional do trabalhador?). Esses são apenas alguns dos fatores que mudam de forma dramática o prognóstico de uma lesão limitante, de uma incapacidade, mesmo que parcial. Esses fatores mudam para melhor ou para pior o futuro desses trabalhadores e também impactam com consequências sociais divergentes ao afetarem os familiares e a comunidade do entorno.

A divergência dos desfechos significa que, na situação que constrói a invalidez permanente, muito além da doença diagnosticada e tratada, há uma “patologia do sistema” de atendimento e de suporte aos doentes. O modelo dominante de atenção às doenças atua com altas taxas de ineficiência e ineficácia ao gerar exames, intervenções e despesas desnecessárias³. Dessa forma, não consegue impactar positivamente em melhorias da saúde para a população coberta. Essa “patologia do sistema”, ao caracterizar e rotular trabalhadores potencialmente produtivos como sendo incapazes, pode trazer reflexos negativos para o indivíduo, para a empresa e para o território em que o empregado sobrevive. Há custos, pagamentos, há até mesmo lucro para os envolvidos na cadeia de serviços (médicos, exames diagnósticos, advogados, previdência, medicamentos, seguradoras, etc.), porém esse sistema de serviços atua com baixa criação de valor, tanto para o indivíduo quanto para a comunidade onde se insere³.

Ao se considerar o interesse divergente dos muitos protagonistas envolvidos, fica evidente o argumento de abertura, sendo inevitável que haverá resistência ao gerenciamento das mudanças direcionadas a melhorar as condições de saúde nas empresas. Superar essas resistências estruturais é o desafio do gestor responsável pela saúde

ocupacional. Não apenas o gestor, mas todas as pessoas comprometidas com a saúde nas empresas precisam se envolver com essa questão. Poder visualizar os problemas e transmitir claramente os pontos de ação passa a ser importante forma de aglutinar e alinhar os esforços⁴. Sob essa nova visão do problema, o time pode se comprometer a buscar formas de ação transformadoras dessas estruturas conceituais que bloqueiam a progressão da saúde nas empresas.

Uma possibilidade a ser avaliada para tentar reverter esse cenário de dificuldades estratégicas e táticas é “desenhar o problema”, e assim ter uma nova ferramenta para visualizar e entender seus pontos de inflexão e intervenção.

Para isso, é necessário observar a dinâmica de formação e dissolução do grupo de empregados considerados “doentes”^b na empresa. Esse desenho deve facilitar o entendimento dos pontos omissos de gestão em saúde e assim identificar as “causas das causas” que facilitam a concentração desses “doentes” com incapacidade na empresa.

Com essa perspectiva, foi desenvolvido ensaio teórico⁵ no qual as questões de formação e dissolução dos casos de incapacidade nas empresas ganharam uma base gráfica com 7 pontos de intervenção. O eixo saúde-doença foi propositalmente deixado de lado e dedicou-se mais atenção para o binômio incapacidade-capacidade do trabalhador, em sintonia com as circunstâncias rapidamente apresentadas no Quadro 1.

O presente trabalho tem por objetivo refinar a modelagem previamente desenvolvida a partir do reposicionamento dos 7 pontos de intervenção em 2 blocos de gestão distintos: a gestão do Risco e a gestão do Dano. A expectativa é que a visualização dos “doentes” e das incapacidades em um grupo único permita o desenvolvimento de novas intervenções integradas ao conceito de gestão do dano.

Sendo uma ferramenta conceitual, o presente trabalho não pretende detalhar as ações de microgerenciamento nem discutir as intervenções possíveis em cada ponto de inflexão identificado, até porque as intervenções possíveis são infinitas.

b. “Doentes”. As aspas se justificam, uma vez que não estamos tratando de questões médicas, mas administrativas. Empregados “sadios” podem apresentar hábitos de risco e doenças ainda não manifestas. Empregados “doentes” podem valorizar uma falsa incapacidade com o objetivo de conseguir ganhos ou benefícios adicionais (por exemplo: garantir estabilidade no emprego).

O cenário de uma empresa é muito particular, às vezes radicalmente diferente de outra do mesmo segmento de negócios, e o efeito de uma intervenção depende de muitos fatores que não cumpre aqui discutir. De qualquer forma, as intervenções (ou protótipos, como serão nomeados doravante) são oportunidades de aprendizado organizacional. Protótipos podem até mesmo ser pontuais, mas o estudo do Reino Unido² defende a criação de programas estruturados de intervenção. Por exemplo, se o subconjunto de afastados de uma determinada empresa for elevado, podem ser estruturados programas ou serviços liderados pela equipe de saúde com mandato e condições para “manter no trabalho”, para “preparar para o trabalho” e para “retornar para o trabalho” o empregado que apresentar restrições ou incapacidade para sua tarefa habitual^c. Por outro lado, caso a empresa não tenha seus riscos administrados, a lógica de intervenção poderá ser totalmente diferente, com prioridade para a gestão do risco ocupacional⁶. Em todos esses cenários, o gestor de saúde precisa perseguir um projeto holístico de intervenção na tentativa de organizar a complexidade do sistema de pessoas, de produtos, de serviços e de espaços organizacionais com suas diferentes interfaces⁴.

O propósito de construir valor a partir da gestão das incapacidades está presente no estudo *working for a healthier tomorrow*², em que se apresenta a dimensão social dos afastamentos previdenciários como evento crítico para as nações em uma economia globalizada. Esse propósito de criar valor a partir da gestão das incapacidades permite um “ganha-ganha” sequencial, ou seja, ao reinserir o trabalhador que apresenta restrições no mercado de trabalho, todos são beneficiados: o indivíduo, a empresa e a sociedade na qual ele vive.

Para se atingir esse propósito, a visão panorâmica dos eventos é essencial, pois facilita o diagnóstico estratégico e abre caminho para planejamento de intervenções contra o Risco e contra o Dano que levam em conta a formação e dissolução do grupo de doentes na organização. Coerência, estabilidade

de longo prazo e alinhamento dos esforços de gestão estão entre os predicados esperados do processo de intervenção realizado sobre o constructo definido nas figuras apresentadas a seguir.

DISCUSSÃO

A modelagem inicial foi desenvolvida em 2010⁵, a partir do pressuposto dedutivo em que “a causa precede a consequência”⁷. O modelo foi desenvolvido com a finalidade específica de entender quais são as razões de acúmulo de afastados previdenciários, que ocorre em muitas empresas. Dessa forma, foi possível desenvolver a estrutura gráfica inicial, que é apresentada (com pequenas modificações) na Figura 1, dividida em 7 pontos de inflexão descritos a seguir.

I – Gestão das Admissões com alinhamento de valores (principalmente para a saúde e para a qualidade de vida) entre a empresa, as pessoas e a sociedade do entorno; II – Gestão dos Riscos (dos indivíduos, do modo de produção e da sociedade do entorno) para preservar saúde dos Empregados (“sadios”); III – Gestão dos Afastamentos de longo prazo: para incentivar os eletivos e evitar os desnecessários. Inclui a gestão dos presenteístas e dos ausentistas (afastamentos de curto e médio prazo, ou seja, com menos de 15 dias); IV – Gestão do período em benefício previdenciário: para evitar o abandono do empregado afastado com a consequente erosão de competências profissionais; V – Gestão do retorno para a empresa a partir da Previdência com suporte para a reinclusão profissional e social. Contempla os processos de estágio para reabilitação profissional, liderados pelo INSS e os processos de reinclusão conduzidos por iniciativa da empresa; VI – Gestão do Dano e/ou Incapacidade dos empregados “doentes” com sequelas, para otimizar as condições de saúde e capacitá-los para superação das restrições; VII – Gestão das Demissões para preservar o alinhamento de valores pactuados na admissão e manter a geração de valor social após o período empregatício.

c. Essas intervenções estruturadas estão citadas no estudo do Reino Unido² como *stay at work service*, *fit for work service* e *return to work service*.

Figura 1. Os 7 pontos de intervenção com destaque para a gestão dos afastamentos previdenciários



A partir desse modelo tornou-se mais simples promover alinhamentos estratégicos entre as necessidades da área da saúde e os interesses das áreas de negócio da empresa. Esse caminho foi escolhido para criar condições de estruturar a gestão da mudança organizacional⁸ em direção a melhores patamares de saúde nas empresas.

É adequado, nesse ponto, nos apoiarmos em um referencial teórico que permita redesenhar novos fluxos para o processo identificado acima. Com esse objetivo recorreremos ao *design thinking*⁴, que é uma abordagem desenvolvida para propor soluções em temas complexos, com “vícios”, como esse nosso desafio inicial. O essencial dessa técnica é que ela é centrada nas pessoas e se sustenta no tripé Empatia, Colaboração e Experimentação. Se o gestor responsável pela saúde ocupacional não tiver empatia pelos problemas identificados nos empregados, as chances de sucesso ficam prejudicadas. A colaboração deve vir inclusive desses empregados considerados doentes tanto na pesquisa das causas quanto na busca de soluções compartilhadas. Trata-se de promover espaços criativos para desenvolver e testar novas abordagens. Essa experimentação se caracteriza pela “prototipagem”, em que várias intervenções são experimentadas e mensuradas quanto a sua eficácia. Os protótipos podem ser mudados rapidamente. Já a abordagem estratégica precisa ser mantida coerente e estável por longos períodos para superar os “vícios” identificados.

Além dessa abordagem de longo prazo, é importante destacar que as intervenções isoladas dificilmente transformam o cenário inicial. O desenho da Figura 1 enfatiza essa perspectiva de começo-meio-fim do percurso profissional de um empregado em uma dada organização.

A partir do modelo apresentado na Figura 1, passou a ser estruturado o conceito que esse grupo de “doentes” deveria ser reagrupado como um subconjunto coeso, para que sua dinâmica pudesse ser mais bem observada. O ideal seria aglutiná-lo em um dos lados do desenho, como exemplificado na Figura 2.

Figura 2. Onde se aglutinam as oportunidades decorrentes da gestão dos “doentes” à direita do desenho, e à esquerda as oportunidades de gestão para os considerados “sadios”



De acordo com a metodologia, foi observado que o grupo afastado não pode ser desconectado das ações de gestão de dano. O gestor de saúde também não deve segregar os trabalhadores que estão dentro da empresa dos trabalhadores que estão fora (afastados) como se fossem populações separadas. Para fins práticos, dada a intensa dinâmica entre esses subgrupos, é importante que sejam vistos de forma contínua e integrada. A nova modelagem reúne o grupo de Dano em um único subconjunto e traz o devido destaque para gestão do Risco, que passa a ocupar o centro dos eventos.

Figura 3. Onde se destacam os subconjuntos de “sadios” e dos “doentes”, como áreas distintas, porém integradas, sem valorizar a cisão decorrente do afastamento previdenciário



Para consolidar esse aprendizado, temos como exemplo a situação demonstrada no Quadro 1, em que trabalhador A e B apresentam narrativas de vida divergentes. É fácil entender que a empresa do trabalhador A vai acumular muitos trabalhadores disfuncionais no ponto IV – Benefício Previdenciário. Essa “inflação de consumo previdenciário indevido” vai ser ainda mais rápida se o sistema de gestão em saúde for administrado de forma leniente e falhar nos processos de promoção e prevenção de saúde. Esse acúmulo também será agravado se a empresa falhar nos processos de inclusão do trabalhador “incapaz”, como foi demonstrado no Quadro 1.

Do ponto de vista administrativo, esse acúmulo inercial passou a ser considerado desafio gerencial crítico, a ser abordado com energia e senso de urgência, por conta da aplicação de nova tributação previdenciária, cuja cobrança iniciou de fato em 2010 (Fator Acidentário de Prevenção – FAP^d)^{9,10}.

A modelagem apresentada na Figura 3 busca identificar fatores aceleradores da formação e fatores restritores da dissolução do inventário de doentes, exemplificados a seguir: a. Falhas nos processos admissionais (etapa I), seguidas de falha na gestão de riscos (etapa II), seguidas de práticas culturais excludentes (etapa III) são responsáveis pela velocidade de formação do grupo de afastados (etapa IV). São, portanto, etapas que determinam o ritmo de crescimento do inventário^e de “doentes”; b. Já o abandono desse grupo afastado (etapa IV), seguidas pela baixa receptividade dos retornos (etapa V), agravadas pela falha na inclusão do dano / incapacidade nos quadros de produção e na sociedade (etapa VI) com baixo suporte para a transição demissional (etapa VII), representam os fatores restritores para a dissolução do inventário de “doentes”, citado anteriormente.

O modelo desenvolvido, visualmente muito simples, permite entendimento e intervenção

nos pontos fracos da sequência apresentada nas figuras. O foco para definir as intervenções se estrutura na análise de dados provenientes das fontes disponíveis na empresa (como narrativas de vida dos trabalhadores, ou do estudo dos indicadores de afastamento de curto e longo prazo, etc.).

A partir das informações provenientes do estudo dos “doentes” da empresa, é possível estruturar melhorias nas etapas que precedem a formação da incapacidade. Para isso, é necessário conferir as práticas existentes e que funcionam como formadoras do inventário: a gestão das admissões (alinhamento de valores pessoa e empresa); a gestão dos riscos⁶ (da pessoa, do meio interno da empresa como cultura de produção e externo como riscos do território); além da gestão dos afastamentos (curto, médio e longo prazo)⁵.

Essas etapas que precedem a formação da incapacidade são campo privilegiado de aplicação dos conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças em sistemas de gestão integrados para aperfeiçoar resultados¹¹. Significa, também, o permanente controle sobre fatores de risco identificados⁶. As ações pretendem impedir qualquer manifestação ou progressão do adoecimento.

Por outro lado, após a formação da incapacidade (cada vez mais frequente em decorrência do progressivo envelhecimento populacional¹²), as melhorias dependem de excelência na gestão do dano. Além do atendimento médico especializado para essa condição são aplicáveis medidas preventivas (prevenção terciária e reabilitação); e reparadoras como capacitação profissional (nova qualificação, compatível com a incapacidade identificada); adequação de postos de trabalho e de processos de gestão (com total zelo pelo clima organizacional); além de suporte na transição para o mercado ou para o pós-carreira; e alinhamento coerente dos incentivos aos valores morais defendidos pela empresa.

d. O Fator Acidentário de Prevenção – FAP é um importante instrumento das políticas públicas relativas à saúde e segurança no trabalho e permite a flexibilização da tributação coletiva dos Riscos Ambientais do Trabalho (RAT) – redução ou majoração das alíquotas RAT de 1, 2 ou 3%, segundo o desempenho de cada empresa no interior da respectiva Subclasse da CNAE (Classificação Nacional das Atividades Econômicas).

e. Inventário: aqui utilizado no sentido de registro, relação, rol das pessoas consideradas “doentes” na empresa.

Esse é o espaço privilegiado das ações de qualidade de vida, uma vez que seus efeitos vão ter repercussão no equilíbrio entre vida pessoal e trabalho. Essas ações vão além do ambiente organizacional, com reflexos na sociedade de entorno. Para isso, é necessário zelar pela capacitação do trabalhador “doente” de modo que ele possa viver dignamente no seu território.

Deve ser permanentemente perseguido o alinhamento das intervenções de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças com as ações de Qualidade de Vida para atingir os objetivos assinalados¹¹. Na metodologia apresentada⁴, essas ações precisam ter três atributos: além de serem desejáveis para as pessoas, devem apresentar viabilidade técnica e ainda manter compatibilidade com o negócio da empresa. É evidente que a ação escolhida precisa comprovar sua eficácia ao longo do período de aplicação e deverá ser vigiada por indicadores específicos.

A prática clínica mostrou que a entrevista com pessoas disfuncionais é rica fonte de dados sobre a empresa¹³. Na entrevista, facilmente se apresentam os erros de gestão de riscos, ficam evidentes as falhas de alinhamento de benefícios com incentivos díspares, é possível reconhecer procedimentos velados de exclusão dos times de trabalho, além de interesses divergentes entre o indivíduo e a empresa. Facilmente se identificam abordagens conflitantes nas questões de saúde entre setores da empresa. Esse rico discurso das falhas organizacionais dificilmente se apresenta nas patologias agudas de curta duração. Dessa forma, uma das alternativas para entendimento das limitações e desalinhamentos do cenário organizacional nos 7 pontos identificados repousa sobre o discurso dos disfuncionais.

CONCLUSÃO

A construção de valor com base em incrementos na condição de saúde dos ambientes de

trabalho encontra resistências por divergência dos diferentes interesses envolvidos. Caracteriza, dessa forma, desafio especial a ser superado pelos gestores e profissionais que atuam na área da saúde. O presente trabalho apresenta modelo visual, centrado no fluxo de empregados que adoecem e que desenvolvem alguma incapacidade para o trabalho. Esse modelo facilita a percepção, pelo gestor em saúde, das dificuldades a superar e das oportunidades a implementar para reduzir as consequências dos danos e incapacidades identificados na empresa. Trata-se, portanto, de metodologia para estudo dessas oportunidades de intervenção.

Mais importante que isso, o modelo destaca que – para o gestor comprometido em transformar as condições de saúde nas empresas – as competências clássicas de intervenção no eixo saúde doença são insuficientes. Ao se aproximar das necessidades dos indivíduos classificados como “doentes” nas empresas, verificamos que gestão da cultura interna (mais ou menos inclusiva para o dano) e a capacitação dos indivíduos acometidos (apesar das limitações causadas pela doença) são alguns dos fatores críticos de sucesso.

Dessa forma, a nova modelagem das 7 oportunidades sofreu pequena mudança, para incorporar os conceitos discutidos acima. O novo formato dá destaque para a gestão do Risco (das pessoas, do ambiente interno da empresa, do território) como centro crítico de abordagem. O subconjunto dos considerados “doentes” também destaca sua característica coesa e estruturada a desafiar a gestão do Dano por meio da intervenção das pessoas comprometidas em modificar para melhor os ambientes de trabalho pela superação dos “vícios” identificados.

Esse modelo pode ser experimentado em situações reais de empresas, e novos trabalhos devem validar ou não o uso dessa ferramenta conceitual.

REFERÊNCIAS

1. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*. 1973 Jun;4(2):155-69. Available from: http://www.uctc.net/mwebber/Rittel+Webber+Dilemmas+General_Theory_of_Planning.pdf
2. Black CM. Working for a healthier tomorrow: Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population [Internet]. TSO (The Stationery Office); 2008 [cited 27 Feb 2013]. Available from: www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf
3. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bookmann; 2007. p. 45-76.
4. Pinheiro T, Alt L. Design Thinking Brasil, empatia colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
5. Schneider EL. Desafios da reintegração de funcionários em empresa privada após licenciamento do trabalho pela previdência social [monografia]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
6. Vendrame AC. Gestão do Risco Ocupacional: o que as empresas precisam saber sobre insalubridade periculosidade PPRA, PPP, LTCAT, entre outros documentos legais. São Paulo: IOB Tomson; 2005.
7. Loriggio A. De onde vêm os problemas: método para o diagnóstico eficaz. São Paulo: Negócio; 2002.
8. Mandelli P, Lucas R, Viveiros C, Loriggio A, Ayres L, Pierrotti F. A disciplina e a arte da gestão das mudanças: como integrar estratégias e pessoas nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
9. Brasil. Decreto n. 6.957, de 9 de setembro de 2009 [Internet] [cited 28 Feb 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm
10. Todeschini R, Codo W, organizadores. O novo seguro de acidente e o novo FAP. São Paulo: LTr; 2009.
11. Ogata A, Simurro S. Guia Prático de Qualidade de Vida: Como planejar e gerenciar o melhor programa para sua empresa. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
12. Ilmarinen JE. The ageing workforce – challenges for occupational health. *Finnish Inst Occup Health-Physiol*. 2006;56(6):362.
13. Barreto MMS. Violência Saúde e Trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC; 2003.