

***Considerações sobre os Aspectos  
Relacionados à Promoção à Saúde e  
Bem Estar no Local de Trabalho nos  
Últimos 20 anos***

**Telma Terezinha Ribeiro da Silva**

*Enfermeira do Trabalho -  
Programa Qualidade de Vida – MOTOVIVA - Motorola  
Mestre em Qualidade de Vida, Saúde Coletiva e  
Atividade Física, FEE, UNICAMP*

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos em 1920 e 1946 pelos autores Winslow e Sigerist, definindo quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell & Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresentava três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, ainda com um enfoque individual e pouco direcionado ao ambiente e estilos de vida (ANS, 2007).

As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primário não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

O movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, através da divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe Lalonde. A realização deste estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo médico-centrado no manejo das

doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (BUSS, 2003).

Através do Informe Lalonde, identificou-se que a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida estavam relacionados às principais causas de morbimortalidade no Canadá, no entanto, a maior parte dos gastos diretos com saúde concentrava-se na organização da assistência.

Foram propostas, portanto, cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Este informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003).

Como resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa em 1986 definiu a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Posteriormente, foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais reafirmaram os preceitos estabelecidos na primeira Conferência e agregaram novas questões e estratégias de ação voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis.

Desta forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Além disso, está relacionado à idéia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003). Vale ressaltar que termos como “empowerment” e autocuidado vêm sendo cada vez mais utilizados, uma vez que a promoção da saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde (ANS, 2007).

A preocupação com a promoção da saúde e bem estar no local de trabalho intensificou-se a partir dos anos 80 com inicia-

tivas voltadas à melhoria das condições de trabalho e ampliação de benefícios para assistência à saúde, ergonomia e prevenção de acidentes de trabalho. Algumas corporações americanas demonstraram, a partir de 1990, resultados financeiros relacionados ao retorno de investimento com ações voltadas à promoção da saúde. Algumas publicações americanas indicaram que os melhores programas obtiveram cifras de 3 dólares por dólar investido, reduzindo custos com assistência médica, porém os investimentos nesta área foram muito pequenos. Poucos estudos foram publicados a respeito dos resultados financeiros com os investimentos nesta área (Anderson, 2009).

A Promoção da saúde no local de trabalho se refere à combinação de educação em saúde e programas com intervenções destinadas a facilitar a mudança de comportamento e adaptação do ambiente a fim de melhorar ou proteger a saúde. Já as iniciativas de bem-estar e qualidade de vida têm uma abordagem mais holística voltadas ao bem estar físico, mental e social. O objetivo destas iniciativas é manter a saúde e não necessariamente tratar doenças ou enfermidades.

Iniciativas mais robustas no local de trabalho estão relacionadas aos serviços de medicina preventiva direcionadas aos funcionários e seus dependentes. O objetivo destas ações é fazer intervenções primárias e secundárias para dar suporte à melhoria da saúde. Combinam iniciativas de serviços preventivos (exames clínicos e preventivos), promoção à saúde e bem-estar.

Ao mesmo tempo em que as organizações incrementaram suas iniciativas e programas voltados à promoção da saúde, as mudanças no estilo de vida da população mundial nas últimas décadas fizeram com que houvesse um crescimento drástico das doenças crônicas causadas pelo estilo de vida “moderno”, em especial, sedentarismo e ingestão calórica acima das necessidades básicas diárias.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), no início do século 21 grandes avanços ocorreram na saúde pública, por um lado, redução nas taxas de mortalidade infantil, por outro lado a rápida urbanização e envelhecimento da população resultaram num exponencial crescimento das doenças crônicas resultando em crescimento da mortalidade e desabilidade da população menos favorecida. Ainda neste início de século as

nações dispendiam grandes somas de dinheiro em cuidados à doença, sendo que 98% dos orçamentos eram destinados aos cuidados com a doença e somente 1 a 2% destinados a prevenção e promoção à saúde (JENKINS, 2003).

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (JENKINS, 2003).

A Promoção da saúde no local de trabalho segue num processo evolutivo e de certa forma inter-relacionado com as iniciativas públicas e do setor de saúde suplementar.

Em se tratando de saúde suplementar, ao longo da última década no Brasil, com a criação da ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar, novas diretrizes e políticas foram criadas para a reorientação da atuação deste segmento, tendo em vista o perfil de morbimortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção sobre estes fatores.

A mudança do Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas cuidadoras e integrais. Pensar a saúde de forma integral significa, também, articular as diretrizes da ANS com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as peculiaridades do setor suplementar, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população (ANS, 2007).

A primeira iniciativa da ANS no sentido de estimular que as operadoras de planos de assistência à saúde implantassem ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para seus beneficiários foi a publicação da Resolução Normativa RN nº 94 em 23 de março de 2005, uma ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos). Essa RN estabeleceu os critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 77, de 17 de julho de 2001,

pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que realizassem programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos de Doenças para seus beneficiários.

Porém, atualmente na Saúde Suplementar prevalece ainda o modelo de atenção hegemônico caracterizado pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente (ANS, 2007).

Soma-se a isso o fato de os planos de saúde poderem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos, comprometendo significativamente a integralidade da atenção. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários.

Há uma necessidade premente de que o setor suplementar ofereça soluções criativas robustas às empresas e organizações, aliando benefícios voltados à promoção da saúde.

Na década de 1990 a incorporação dos conceitos de qualidade total nas empresas demandou a ampliação da observação do leque de fatores que interferiam nos índices de qualidade do produto. A busca pelo diferencial competitivo tornou-se o maior objetivo das corporações. Ainda nesta década torna-se importante manter uma força de trabalho saudável, motivada e preparada para a extrema competição, por outro lado surge a necessidade de responder às demandas dos funcionários em relação a uma melhor qualidade de vida (SILVA; De MARCHI, 1997). A partir desta necessidade intensificaram-se as ações integradas voltadas à promoção da saúde e bem-estar nas organizações.

Programas de Promoção à Saúde no local de trabalho atualmente integram um processo de gestão voltado à obtenção de melhores resultados financeiros, embora isto ainda seja um ideal demonstrado por poucas organizações. Avaliar o retorno de investimento com o desenvolvimento de progra-

mas e mudança de comportamento dos funcionários de uma determinada empresa ainda é um desafio nos dias atuais. A alta rotatividade dos funcionários em função dos contratos temporários de trabalho torna-se um fator comprometedor na demonstração destes resultados.

Segundo pesquisa mundial realizada por Buck Consultants e CPH Health em 2009 abrangendo 1100 empresas e 10 milhões de empregados, programas de bem-estar são mais prevalentes na América do Norte, onde são oferecidos por 77% dos empregadores participantes, mas a popularidade da promoção da saúde pelos empregadores está crescendo no restante do mundo todo, apesar das atuais condições econômicas.

Ainda, segundo a mesma pesquisa, “os objetivos estratégicos mais comuns das iniciativas de bem-estar em todo o mundo são a melhoria da produtividade e a redução da “presença de trabalhadores doentes” (quando os funcionários não estão plenamente produtivos devido a questões pessoais de saúde). Embora esse objetivo tenha tido uma classificação alta nas pesquisas passadas (segundo ou terceiro em prioridade na maioria das regiões), este ano os participantes em cinco de sete regiões do mundo o classificaram em primeiro lugar, o que reflete uma correlação percebida mais sólida entre trabalhadores mais saudáveis e o desempenho das empresas. Entre os empregadores nos Estados Unidos, o principal objetivo continua a ser a redução dos custos com a doença - uma anomalia em comparação às outras seis regiões, mas algo que não chega a ser uma surpresa. As preocupações a respeito da competitividade global têm colocado crescente pressão sobre os empregadores nos Estados Unidos para que reduzam o ônus financeiro de proporcionar benefícios de saúde. Os participantes na Ásia identificaram a melhoria no moral e no engajamento no local de trabalho como sua primeira prioridade. Podem-se resumir os três principais objetivos dos programas de bem-estar como sendo a redução das faltas de funcionários devido a doenças ou invalidez e a manutenção da capacidade para o trabalho (Buck Consultants, 2009).

A impressão que se tem no momento, após 20 anos de evolução nos programas de promoção à saúde no local de trabalho, é que há uma maior compreensão por parte dos empregadores sobre o impacto da saúde na performance e

produtividade, que os altos custos com a assistência médica impactam significativamente os custos com a mão de obra e que os investimentos em promoção à saúde podem contribuir para um melhor posicionamento da marca e do produto no mercado. Associado a este fato, há uma mobilização crescente por parte dos governos no desenvolvimento de políticas públicas com o objetivo de também melhorar os indicadores de saúde da população, em especial para a redução dos custos com a assistência à doença. E dentro do mesmo raciocínio, a saúde suplementar também impactada pelos altos custos com a doença está sendo mobilizada para incluir estratégias e produtos voltados à promoção da saúde.

Todos estes fatores devem acelerar os investimentos na área de promoção à saúde nos próximos anos, incluindo o local de trabalho.

### Referências Bibliográficas

- ANDERSON, R. D. *FINANCIAL IMPACT OF HEALTH PROMOTION: NEW EVIDENCE FROM THE WORKSITE*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.HEALTH-PROMOTIONJOURNAL.COM](http://www.health-promotionjournal.com). ACESSO EM: 20/01/2010.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: MANUAL TÉCNICO/AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – 2. ED. REV. E ATUAL.* – RIO DE JANEIRO: ANS, 2007. 168 p.
- BUCK CONSULTANTS E CPH HEALTH. *PESQUISA MUNDIAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E EM-ESTAR NO AMBIENTE CORPORATIVO*. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.CPH.COM.BR/IMAGES/CORPORATIVA\\_PUBLICACOES\\_SURVEY\\_TABELA01.JPG](http://www.cph.com.br/images/corporativa_publicacoes_survey_tabela01.jpg). ACESSO EM 20/01/2010.
- BUSS, P.M. UMA INTRODUÇÃO AO CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. P.15-38. IN: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (ORG). *PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEITOS, REFLEXÕES, TENDÊNCIAS*. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2003.
- JENKINS, C. D. *BUILDING BETTER HEALTH: A HANDBOOK FOR BEHAVIORAL CHANGE*. WASHINGTON, D.C.: PAHO, 2003.
- SILVA, MARCO A. D. DA; DE MARCHI, RICARDO. *SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO*. SÃO PAULO: BEST SELLER, 1997.