

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SAÚDE NAS EMPRESAS:

A PROMOÇÃO
DE UMA IDEIA
SUSTENTÁVEL

SAÚDE NAS EMPRESAS: A PROMOÇÃO DE UMA IDEIA SUSTENTÁVEL

COORDENAÇÃO DE PROJETO: José Cechin

ORGANIZAÇÃO: Alberto Ogata

POSFÁCIO: Luiz Celso Dias Lopes

AUTORES: Alberto Ogata, Ana Cláudia Pinto, Ana Oliveira, Cesar Izique, Daniel Rogério Petreça, Daniella Moura Arnaldi Bassi, Deborah Rezende, Douglas Roque Andrade, Emerson Nakao, Fernando Akio Mariya, Glauco Callia, José Cechin, Júlio Barboza Chiquetto, Luiz Celso Dias Lopes, Marcia Agosti, Marcia Valeria Azevedo de Andrade, Marcos Gonçalves Maciel, Marina Tavares Ribeiro, Natália Silveira, Neuza Euri, Patrícia Homem de Mello, Patrícia Martinelli, Paulo Sardinha, Paulo Zaia, Petrina Frauches, Regina Juhas, Ricardo De Marchi, Rosicler Dennanni Rodriguez, Samanta Coelho, Sâmia Aguiar Brandão Simurro, Simone Tartaglia, Valquiria de Lima e Wolf Kirsten

CONSELHO CONSULTIVO: Adriana Gonçalves da Silva; Flávio Bitter; Cristiana Vidigal Lopes; Andre Naus; Monica Nigri; Regina Juhas; Luiz Celso Dias Lopes; Fabrizio Tancredo; Daniela Maria T.C. Wanderley Leite; Claudia Heck; Manuela Cardoso; Lino José Rodrigues Alves; Luiz Alberto Alves Ossiana; Fernanda Dantas; André Chidichimo França e Nathália Cristina Gomes Gazzineo

SUPERVISÃO EDITORIAL: LetraCerta Inteligência em Comunicação

COORDENAÇÃO EDITORIAL: Patrícia Queiroz e Jander Ramon

REVISÃO: Virgínia Ayres

CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: Carlos Tartaglioni e Camila Gatti

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou por quaisquer meios eletrônico, mecânico, fotocopiado, gravado ou outro, sem autorização prévia por escrito dos autores.

2022 © Todos direitos reservados aos autores e ao IESS

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

 **LetraCerta**
Inteligência em Comunicação

Catálogo elaborado pela Bibliotecária Roseli Inacio Alves – CRB 9/1590

S255

Saúde nas empresas: a promoção de uma ideia sustentável / Coordenação do Projeto José Cechin; Organização Alberto Ogata. – São Paulo: LetraCerta, 2022. 604p. : il. 14x21cm.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-00-56130-2

1. Saúde pública. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Saúde e trabalho. 4. Doenças crônicas. 5. Promoção da saúde. I. Cechin, José. II. Ogata, Alberto. III. Instituto de saúde Suplementar (IESS).

CDU 616-083

AVISO LEGAL

As informações, análises, citações e opiniões explicitadas nos textos a seguir são de responsabilidade exclusiva de seus autores, de forma independente, e não refletem, necessariamente, a opinião ou a concordância do IESS.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO <i>por Paulo Sardinha</i>	07
PREFÁCIO <i>por Wolf Kirsten</i>	11
INTRODUÇÃO <i>por Alberto Ogata</i>	25

ARTIGOS

TRANSFORMAÇÕES DESDE MEADOS DO SÉCULO XX E SUA RELAÇÃO COM O AUMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	31
<i>por José Cechin</i>	
REQUISITOS PARA A MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA SUSTENTADA	81
<i>por Sâmia Aguiar Brandão Simurro</i>	
A TECNOLOGIA COMO ALIADA DA SAÚDE POPULACIONAL	137
<i>por Ana Cláudia Pinto</i>	
O PAPEL DA MEDICINA DO TRABALHO NA COORDENAÇÃO DE CUIDADOS DOS TRABALHADORES	193
<i>por Marcia Agosti</i>	
GESTÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM EMPRESAS E SEUS PRINCIPAIS INDICADORES DE MENSURAÇÃO E MONITORAMENTO	233
<i>por Alberto Ogata</i>	

DEGRADAÇÃO AMBIENTAL, DETERMINANTES SOCIAIS E SEUS IMPACTOS DIRETOS E INDIRETOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO	257
<i>por Júlio Barboza Chiquetto e Patricia Martinelli</i>	
LIDERANÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE CORPORATIVA	297
<i>por Ricardo De Marchi</i>	
DA GESTÃO DO SINISTRO À GESTÃO DA SAÚDE	329
<i>por Deborah Rezende e Samanta Coelho</i>	
PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL E MONITORAMENTO DAS EQUIPES	349
<i>por Glauco Callia, Marina Tavares Ribeiro e Petrina Frauches</i>	
COMO PODEMOS CONTRIBUIR COM O MODO DE VIDA ATIVO DOS TRABALHADORES?	387
<i>por Douglas Roque Andrade, Daniel Rogério Petreça, Valquiria de Lima e Marcos Gonçalves Maciel</i>	
CUIDADOS ALIMENTARES E O TRABALHO	433
<i>por Rosicler Dennanni Rodriguez</i>	
SAÚDE BUCAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	489
<i>por Regina Juhas, Emerson Nakao e Simone Tartaglia</i>	
BENEFÍCIOS DOS PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO DOS COLABORADORES NAS EMPRESAS	531
<i>por Patrícia Homem de Mello e Paulo Zaia</i>	
CASES	
ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NA EMPRESA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	545
<i>por Fernando Akio Mariya</i>	
UM OLHAR INTEGRAL PARA O COLABORADOR	569
<i>por Cesar Izique, Ana Oliveira, Neuza Euri e Natália Silveira</i>	
VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NA COPEL	581
<i>por Marcia Valeria Azevedo de Andrade e Daniella Moura Arnaldi Bassi</i>	
POSFÁCIO <i>por Luiz Celso Dias Lopes</i>	593

APRESENTAÇÃO

PAULO SARDINHA

*Presidente da Associação Brasileira de Recursos Humanos.
Membro do Conselho Empresarial de Política Trabalhista e Social da
FIRJAN (Federação das Indústrias) e Conselheiro da Confederação dos
Profissionais de RH da Língua Portuguesa, sediada em Lisboa.*

No início de 2019, portanto antes da crise sanitária derivada da Covid, seis pilares foram definidos para nortear a atuação da ABRH Brasil. Foram eles: Educação, Saúde, Trabalho, Liderança, Produtividade e Competitividade. Tais pilares, assim ordenados, permitem uma visão/sugestão abrangente e estruturada dos objetos de atenção dos profissionais de Recursos Humanos, já que a atuação contemporânea destes profissionais teve sua agenda expandida e o alcance de sua atuação extrapola os perímetros internos das organizações.

Explicando de maneira bem resumida, a Educação foi então (didaticamente) definida como primeiro pilar, por ser a base de uma socie-

“PROMOVER A SAÚDE NAS ORGANIZAÇÕES E NOS ECOSISTEMAS AFETADOS POR ELA, TORNOU-SE UMA PRIORIDADE”

dade e fator essencial para a formação do cidadão. E como segundo pilar, mas de maneira concomitante com a mesma importância, a Saúde.

Juntas, Educação e Saúde formam as bases indispensáveis para a trajetória inicial de qualquer pessoa e seu ingresso como indivíduo no mundo do Trabalho, terceiro pilar desta arquitetura.

Preservando Educação, Saúde e Trabalho, pavimentamos o caminho natural para formação e transformação de profissionais especialistas em Lideranças que bem preparadas, asseguram fortemente a Produtividade das organizações. Por sua vez, o conjunto de organizações produtivas deflagra a Competitividade da nação ou, se preferirem, da sociedade.

Para cada um destes pilares, foram criados projetos específicos com destaque para o pilar Saúde. Afinal, se as condições do ambiente organizacional podem ter reflexos diretos na saúde dos trabalhadores, as organizações também são obrigadas a lidar com os passivos impostos anteriormente no trato da saúde.

Promover a saúde nas organizações e nos ecossistemas afetados por ela, tornou-se uma prioridade ainda maior para os profissionais de Recursos Humanos. O binômio prevenção / tratamento da doença, adquiriu uma complexidade expandida e a saúde mental escalou a lista de preocupações.

A visão de saúde nas organizações, pautada por uma gestão de custo, foi totalmente ineficiente para o enfrentamento e, principalmente, para continuar a lidar com os desdobramentos da crise, que deverão repercutir por um longo tempo.

De maneira quase inédita, a saúde tornou-se fator determinante para a capacidade produtiva das organizações e em alguns casos, para sua sobrevivência. Isto é muito diferente de associar a saúde a questões tradicionais de indicadores de absenteísmo. E, não obstante o tamanho, as empresas se tornaram agentes indispensáveis na promoção e sucesso pela busca da saúde, dentro e muito além de seus muros. Isto implica em rever e modernizar os paradigmas com que atuam.

Se reunirmos cinco ou dez grandes organizações reconhecidas como exemplos nas práticas voltadas para a saúde, iremos verificar que estas empresas possuem ações, muitas vezes distintas. Isto pode ocorrer para atender peculiaridades. Mas, pensando que saúde é um bem universal, tal distanciamento entre suas práticas (ainda que sejam todas boas) pode representar uma falta de indicadores universais que demonstrem de maneira coerente, e quem sabe confiável, o que podemos entender claramente como uma organização voltada para promover a saúde de seus empregados.

Por outro lado, empresas menores, carecendo ou não de capacidade financeira, esbarram na falta de orientação e na elaboração de um caminho que as dignifique como positivamente responsáveis e atuantes na construção de uma empresa saudável.

Uma coalização nacional que envolve diversas instituições, entre elas ABRH e IESS, vem trabalhando na oferta de conhecimentos es-

truturados, que possam impactar positivamente na transformação da saúde corporativa e, conseqüentemente, na vida das pessoas.

A elaboração destes princípios e indicadores, que possam balizar a melhoria contínua da saúde nas organizações, independentemente de seu porte, representa um passo importante no avanço do tema.

Para o profissional de Recursos Humanos e todas as lideranças, se dedicar à leitura deste livro será uma oportunidade valiosa para obter novos conhecimentos sobre conceitos e temas que passam a fazer parte da gestão de pessoas.

PREFÁCIO

WOLF KIRSTEN

Fundador e presidente da International Health Consulting e Co-director da Global Centre for Healthy Workplaces.

A publicação deste livro chega em um momento oportuno, pois o campo da promoção da saúde no local de trabalho está recebendo atenção crescente ao passo que saímos da pandemia global de Covid-19, ganhando novo significado entre os líderes empresariais. Saúde e produtividade continuam sendo uma prioridade fundamental para a gestão, não apenas protegendo os trabalhadores das doenças transmissíveis, mas também os mantendo mentalmente saudáveis.

TENDÊNCIAS GLOBAIS EM SAÚDE E BEM-ESTAR NO LOCAL DE TRABALHO

A recente crise pandêmica global deixou um impacto assombroso:

- 6,5 milhões de mortes no mundo causadas pela Covid-19;
- Mais de 611 milhões de infectados, incluindo o surgimento da Covid longa;
- Um aumento significativo de transtornos mentais;
- A negligência de cuidados médicos para outros problemas de saúde, incluindo vacinas; e
- Um enorme impacto econômico negativo.

O impacto total na saúde mental ainda não foi documentado, mas alguns estudos iniciais já demonstram um aumento de casos de ansiedade e depressão (OMS, 2022). Uma pesquisa recente do *Mckinsey Health Institute* descobriu que a saúde mental era considerada mais importante do que a saúde física entre os 1.000 entrevistados (em 19 países). Com esses fatos recentes, não é surpresa que os líderes empresariais tenham feito da saúde e do bem-estar uma questão de discussão no conselho administrativo e uma característica fundamental para a continuidade dos negócios.

A pandemia global veio em um momento em que as doenças não transmissíveis (DNTs) causam quase três quartos das mortes no mundo

*“A PANDEMIA GLOBAL
VEIO EM UM MOMENTO
EM QUE AS DOENÇAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS (DNTS)
CAUSAM QUASE TRÊS
QUARTOS DAS MORTES
NO MUNDO”*

(OMS, 2022). As DNTs não se limitam a países de alta renda, longe disso. Os dados mais recentes mostram que a grande maioria (86%) dos 17 milhões de pessoas com menos de 70 anos que morrem de DNTs vivem em países de baixa e média renda. As pessoas com DNTs

foram especialmente atingidas pela pandemia de Covid, destacando a necessidade premente de abordar efetivamente essas doenças.

A maioria dessas mortes prematuras são evitáveis, eliminando, reduzindo ou controlando os fatores de risco como tabagismo, alimentação não saudável, uso nocivo de álcool, sedentarismo e poluição do ar. As doenças e lesões relacionadas ao trabalho foram responsáveis pela morte de 1,9 milhão de pessoas.

As doenças não transmissíveis foram responsáveis por 81% das mortes relacionadas ao trabalho, algumas delas são: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular cerebral e doença arterial coronariana (OMS, 2021). A exposição às longas jornadas de trabalho foi associada a aproximadamente 750.000 mortes e a exposição à poluição no local de trabalho a 450.000 mortes. Isso nos mostra que os fatores relacionados ao trabalho contribuem significativamente para o adoecimento dos trabalhadores e, portanto, precisam ser monitorados e abordados. Além disso, a falta de saúde dos trabalhadores tem um custo significativo para as empresas. Um

relatório da Deloitte estimou que a má saúde mental entre os funcionários custa às empresas indianas US\$ 14 bilhões por ano devido a absenteísmo, atrito e outros motivos (DELOITTE, 2022).

PRINCIPAIS IMPULSIONADORES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

Além das razões de saúde e humanitárias urgentes nas quais temos que nos concentrar, bem como investir na saúde e no bem-estar dos funcionários, existem vários outros fatores importantes a serem considerados. O mundo do trabalho está evoluindo rapidamente e os trabalhadores estão analisando de perto a qualidade do ambiente de trabalho e como ele atende as suas necessidades, incluindo o propósito de vida. Por exemplo, um número substancial de trabalhadores não deseja retornar ao local de trabalho, preferindo trabalhar em casa. A pandemia abriu os olhos para outras oportunidades profissionais melhores. Isso chamou a atenção dos empregadores e os levou a elaborar novas estratégias de recrutamento e retenção que incluem o bem-estar como um ponto-chave. Outro fator determinante para a promoção da saúde no local de trabalho são os casos práticos.

Uma infinidade de estudos nos últimos 30 anos demonstraram a ligação entre a má saúde dos funcionários e o aumento dos custos de saúde, maiores taxas de absenteísmo, menor produtividade, menor moral e menor engajamento (LOEPPKE *et al.*, 2009). Outros estudos mostraram que empresas de capital aberto, com programas de promoção de saúde premiados ou com altas pontuações no

índice de saúde e bem-estar, superam significativamente o índice do mercado de ações rastreado em um determinado período de tempo (FABIUS *et al.*, 2016). Além disso, o movimento de sustentabilidade está impulsionando questões de justiça social, como diversidade, equidade e inclusão (DEI).

Há um apetite crescente na comunidade financeira para o uso de critérios relacionados à saúde na análise de investimentos em relação à ESG e as principais estruturas e normas internacionais estão adaptando seus padrões, como a *Global Reporting Initiative*. Os empregadores globais estão reagindo a isso, destacando o bem-estar em seus relatórios anuais de sustentabilidade ou vinculando seus programas de saúde aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, mais frequentemente ao objetivo nº 3 (“Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”) e nº 8 (“Promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos”).

RUMO A UM CONCEITO DE BEM-ESTAR HOLÍSTICO E PROGRAMAS ABRANGENTES

Dado o maior foco na saúde e bem-estar no local de trabalho, um número crescente de empregadores está implementando iniciativas na área. A Aon’s 2021 *Global Wellbeing Survey* (Pesquisa Global sobre Bem-estar feita pela Aon) nos diz que 87% das empresas pesquisadas (1.648 empresas em 41 países) têm uma iniciativa de bem-estar em vigor, enquanto 55% contam com uma estratégia de

bem-estar em vigor. A pesquisa também aponta uma série de desafios para a implementação dos programas: recursos financeiros e investimentos, mensuração do retorno das ações implementadas e engajamento dos colaboradores. As seguintes dimensões foram incorporadas à estratégia de bem-estar das empresas:

- Física (70% das empresas)
- Emocional (67%)
- Social (65%)
- Financeira (54%)
- Vida no trabalho (68%)

Esta descoberta sublinha a disseminação de uma compreensão mais holística e positiva da saúde e do bem-estar. A evolução do modelo biomédico para as dimensões social, psicológica e comportamental se manifesta na Carta de Genebra para o Bem-estar da OMS que defende uma visão positiva da saúde integrando o bem-estar físico, mental, espiritual e social (OMS, 2021). A Gallup publica anualmente o Relatório sobre o Estado da Força Global de Trabalho com descobertas pertinentes ao local de trabalho.

O relatório de 2022 revelou que 21% dos funcionários estão engajados no trabalho e outros 33% estão prosperando em seu bem-estar geral. Isso significa que 60% das pessoas estão emocionalmente desapegadas no trabalho e 19% são infelizes. A maior fonte de burnout é o tratamento injusto no trabalho e, de acordo com a Gallup, todas as principais fontes estavam relacionadas ao gestor.

“MELHORAR A VIDA NO
TRABALHO NÃO É TÃO
COMPLICADO, MAS
ESTAMOS MAIS PERTO
DE COLONIZAR MARTE
DO QUE CONSERTAR OS
LOCAIS DE TRABALHO
DEFEITUOSOS
DO MUNDO”

JON CLIFTON, CEO DA GALLUP

RELATÓRIO SOBRE O ESTADO DA
FORÇA GLOBAL DE TRABALHO 2022

Embora a prevalência de programas de bem-estar no local de trabalho pareça estar aumentando globalmente, permanece a questão de saber se esses programas são abrangentes e sustentáveis. A pesquisa *Workplace Health in America 2017* (Saúde no Local de Trabalho nos EUA) nos mostrou que, enquanto 46% dos locais de trabalho pesquisados nos EUA ofereciam algum tipo de programa de promoção da saúde,

apenas 12% ofereciam um programa abrangente (definido pelos cinco elementos de educação em saúde, ligações com serviços relacionados aos funcionários, ambiente físico e social que apoie a melhoria da saúde, integração da promoção da saúde na cultura organizacional e triagem de funcionários com tratamento e acompanhamento adequados).

Todos os anos, o programa *Global Healthy Workplace Awards* (Prêmio Global para o Local de Trabalho Saudável), organizado pelo *Global Center for Healthy Workplace* (Centro Global para o Local de Trabalho Saudável), atrai os melhores programas de promoção da saúde no

local de trabalho do mundo. Mesmo com esse grupo seletivo, as deficiências podem ser encontradas na falta de abrangência em relação ao Modelo de Ação Global do Local de Trabalho Saudável (veja abaixo) e na falta de resultados documentados. No entanto, a tendência global é positiva, pois a qualidade geral dos inscritos aumentou ao longo dos dez anos de existência do *Global Healthy Workplace Awards* e os empregadores geralmente se esforçam para expandir seus programas e documentar esse impacto.

O MODELO DE AÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO SAUDÁVEL

Isso nos leva à questão de como criar um ambiente de trabalho saudável e seguir uma estratégia sustentável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) nos forneceu um plano para criar locais de trabalho saudáveis com o Modelo Global de Ação (2010). A abordagem de Ambientes Saudáveis da OMS remonta à Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde de 1986. No entanto, somente em 2010 a OMS tornou isso uma política oficial com o lançamento do Modelo de Ambiente de Trabalho Saudável. Atuando no Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores 2008-2017, o Modelo de Ação avalia locais de trabalho saudáveis nos seguintes contextos:

- Riscos físicos e psicossociais relacionados ao trabalho;
- Promoção e apoio a comportamentos saudáveis;
- Determinantes sociais e ambientais mais amplos.

A Estrutura do Local de Trabalho Saudável fornece orientação para uma abordagem abrangente e sistemática com relevância global e está dividida nas seguintes seções inter-relacionadas:

- Ambiente Físico de Trabalho;
- Ambiente Psicossocial de Trabalho;
- Recursos Físicos de Saúde;
- Envolvimento da Comunidade Empresarial.



Locais de trabalho saudáveis: um modelo de ação

O modelo de Local de Trabalho Saudável segue um processo de melhoria contínua, por exemplo, destacando a necessidade de avaliação e colocando o envolvimento da liderança e dos trabalhadores como prioridades centrais.

Promover a saúde no local de trabalho é tanto a coisa certa (ética) quanto a coisa inteligente (agrega valor) a ser feita.

Locais de trabalho saudáveis: um modelo de ação. Página 9.

© Copyright Organização Mundial da Saúde (OMS), 2010.

Todos os direitos reservados.

A definição de Local de Trabalho Saudável é adaptável a diversos países, setores, locais de trabalho e culturas:

Um Local de Trabalho Saudável é aquele em que funcionários e gestores colaboram para usar um processo de melhoria contínua para proteger e promover a saúde, a segurança e o bem-estar de todos os trabalhadores e a sustentabilidade do local de trabalho.

Locais de trabalho saudáveis: um modelo de ação. Página 11.

© Copyright Organização Mundial da Saúde (OMS), 2010.

Todos os direitos reservados.

É importante salientar que os empregadores devem abordar antes os desafios e áreas que são mais prementes no ambiente de trabalho em questão, por exemplo: cumprimento das leis e regulamentos de saúde ocupacional. No entanto, todas as organizações, grandes e pequenas, de manufatura ou administrativas, precisam abordar todas as quatro áreas do modelo de Local de Trabalho Saudável para se tornarem um local de trabalho saudável. Essa abordagem não é uma questão de recursos, mas de pensamento, organização e prioridades, ou seja, programas de poucos recursos podem ser aplicados para microempresas em países de baixa renda.

O ADVENTO DA GESTÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL

Os riscos psicossociais, como longas jornadas de trabalho, intensidade do trabalho, discricção e autonomia das tarefas, apoio social, *bullying*, percepção de segurança no trabalho etc., são cada vez mais reconhecidos como grandes desafios à saúde, segurança e bem-estar no trabalho.

A pandemia nos mostrou como a incerteza vem impactando nosso bem-estar mental, como a interface entre casa e trabalho se tornou cada vez mais complexa, e como a segurança psicológica dos trabalhadores é importante. Um número crescente de países, estados e organizações internacionais está produzindo legislações, normas e códigos de práticas. A norma ISO 45003 da *International Standards Organization (ISO)* fornece orientação sobre a gestão de riscos psicossociais e promoção do bem-estar no trabalho como parte de um sistema de gestão de saúde e segurança ocupacional (SSO) baseado na ISO 45001 (ISO, 2021).

A orientação é aplicável em organizações de todos os tamanhos e em todos os setores, para o desenvolvimento, implementação, manutenção e melhoria contínua de locais de trabalho saudáveis e seguros. Essas normas provavelmente levarão mais empregadores a adotar a gestão de risco psicossocial, no entanto falta a aplicação da legislação e um grande número de empregadores ainda não adotou esse foco principal de criar locais de trabalho saudáveis. As empresas pragmáticas estão incorporando a gestão de risco psicossocial em processos e estruturas de negócios existentes, por exemplo: pesquisa anual de

engajamento, treinamento de liderança, serviços de apoio aos funcionários, a fim de maximizar a aceitação e a eficácia.

APROVEITANDO A OPORTUNIDADE GLOBAL

Os atuais desenvolvimentos globais e as projeções futuras impõem enormes desafios, mas, ao mesmo tempo, oportunidades únicas aos profissionais da área de saúde e bem-estar no local de trabalho. A pandemia de Covid e as mudanças no mundo do trabalho colocaram em destaque o papel dos profissionais de saúde no local de trabalho. Precisamos aproveitar a oportunidade e orientar os empregadores a implementar estratégias abrangentes e saudáveis no local de trabalho que envolvam várias unidades de negócios diferentes. Para isso, é necessário um conjunto mais amplo de habilidades, além do conhecimento especializado de profissionais confiáveis, como higienistas industriais ou médicos de saúde ocupacional. As habilidades nos negócios são necessárias para compreender inferências econômicas, usando um caso prático como exemplo, bem como para envolver as principais partes interessadas; também são necessárias habilidades de mídia para navegar nas redes sociais para mensagens eficazes e alfabetização proficiente em saúde.

Deixo aqui meu apoio a esta publicação bastante oportuna, pois ela nos ajudará a entender as muitas dimensões e complexidades da saúde e do bem-estar no local de trabalho e nos preparará para aproveitar essa oportunidade.

REFERÊNCIAS

AON GLOBAL WELLBEING SURVEY 2021. Disponível em: <https://www.aon.com/global-wellbeing-survey.aspx>. Acesso em: 6 set. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Workplace Health in America 2017*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, 2018.

FABIUS, LOEPPKE, R. HOHN, T. *et al.* *Tracking the Market Performance of Companies that Integrate a Culture of Health and Safety: An Assessment of Corporate Health Achievement Award Applicants*. J Occup Environ Med., [s. l.], v. 58, n. 1, p. 3-8, jan. 2016.

GALLUP. *State of the Global Workforce Report*. 2022.

GLOBAL CENTRE FOR HEALTHY WORKPLACES. *Global Healthy Workplace Awards*. Disponível em: <https://www.globalhealthyworkplace.org/awards>. Acesso em: 16 set. 2022.

HARVARD LAW SCHOOL FORUM ON CORPORATE GOVERNANCE. *Introduction to ESG*. Disponível em: <https://corp.gov.law.harvard.edu/2020/08/01/introduction-to-esg/>. 2020. Acesso em: 17 jan. 2022.

INTERNATIONAL STANDARDS ORGANISATION (ISO). *Occupational health and safety management – Psychological health and safety at work – Guidelines for managing psychosocial risks*. 2021. ISO 45003:2021(en). Disponível em: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:45003:ed-1:v1:en>. Acesso em: 15 set. 2022.

LOEPPKE, R.; TAITEL, M.; HAUFLE, V. *et al.* Health and Productivity as a Business Strategy: A Multi-Employer Study. *J of Occ Env Med*, v. 51, n. 4, p. 411-428, 2009.

MCKINSEY HEALTH INSTITUTE. *In sickness and in health: How health is perceived around the world*. 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/in-sickness-and-in-health-how-health-is-perceived-around-the-world>. Acesso em: 6 set. 2022.

REUTERS. *Mental health issues cost Indian firms \$14 bln a year*. Disponível em: https://www.reuters.com/world/india/mental-health-issues-cost-indian-firms-14-bln-year-deloitte-2022-09-08/?taid=631a1c170e77c60001665907&utm_campaign=trueAnthem:+Trending+Content&utm_medium=trueAnthem&utm_source=twitter. Acesso em: 8 set. 2022.

UNITED NATIONS. *Sustainable Development Goals*. Disponível em: <https://sdgs.un.org/goals>. Acesso em: 10 set. 2022.

WHO. *CORONAVIRUS (COVID-19)*. Dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.

WHO. MENTAL HEALTH AND COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: *Scientific brief, [s. l.]*, 2 mar. 2022.

WHO. *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. Geneva: World Health Organization, 2022.

WHO/ILO. *Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000-2016: Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Geneva Charter for Wellbeing*. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-\(unedited\)](https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited)) 21 December 2021. Acesso em: 9 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy Workplace Model for Action*. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Workers' health: global plan of action*. Geneva: World Health Organization, 2007.

INTRODUÇÃO

ALBERTO OGATA

Médico, doutor em Saúde Coletiva (USP), pesquisador associado ao Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da FGV EAESP.

O Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS) vem, através desta obra, trazer uma contribuição para que a nossa população tenha mais saúde e qualidade de vida. Em geral, o sistema de saúde dirige sua atenção para as doenças graves e que trazem elevada morbidade, mortalidade e custos assistenciais.

No entanto, há evidências científicas de que muitas destas condições podem ser retardadas, minimizadas ou mesmo prevenidas. Há mais de 20 anos, James Fries, da Universidade de Stanford, comprovou ser possível a compressão da morbidade, ou seja, retardar o aparecimento das condições mórbidas, e as suas consequências, até a idade mais próxima do fim da vida (FRIES, 1980).

Neste contexto, é importante a distinção entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o seu controle sobre sua saúde e seus determinantes e, conseqüentemente, melhorar o seu estado de saúde. Por outro lado, a prevenção de riscos e doenças seria toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida, visando afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste ou ocorra de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou na coletividade (MALIK, 2022).

O IESS convidou pesquisadores e professores universitários experientes e profissionais que atuam no dia a dia das organizações, para que a obra pudesse aliar as melhores evidências científicas com a prática da gestão na empresa.

Inicialmente, é importante conhecer como as mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais das últimas décadas influenciaram o estilo de vida da população. Este tema é discutido no capítulo Transformações desde meados do século XX e a sua relação com o aumento das condições crônicas.

Dentre as mudanças observadas, merece destaque analisar as mudanças climáticas e a poluição ambiental, particularmente nos ambientes urbanos, como é discutido em profundidade no capítulo Degradação do ambiente e os seus impactos na saúde populacional.

A globalização, a popularização da internet e das redes sociais, as novas modalidades de propaganda e marketing, dentre outros fatores, propiciaram o estabelecimento de hábitos e comportamentos

na sociedade, alguns dos quais se tornaram poderosos fatores de risco ou causadores de doenças crônicas. O seu enfrentamento exige o uso de conceitos e modelos bem estabelecidos na literatura científica, que são discutidos no capítulo Requisitos para mudança permanente de hábitos.

Atingir a população-alvo, após um processo de estratificação e garantir que este acesso seja feito em uma escala adequada, com engajamento permanente, é um desafio para os gestores de programa. Uma ferramenta importante é discutida no capítulo A tecnologia como aliada da saúde populacional.

Estes programas devem utilizar metodologia baseada em modelos lógicos, propostos por organismos nacionais e internacionais, para que atinjam os objetivos desejados e não sejam apenas um conjunto de ações isoladas, fragmentadas, sem o retorno desejado pelas organizações. Tópicos da gestão de tais programas são abordados no capítulo Indicadores de mensuração e monitoramento de programas de promoção de saúde na empresa.

O ambiente de trabalho é um espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Afinal, trata-se do espaço onde as pessoas passam a maior parte do seu tempo ativas, realizam atividades conjuntas, estabelecem conexões sociais e estão mais abertas aos incentivos para a mudança de estilo de vida. Estas condições são discutidas no capítulo Experiência com promoção de saúde na empresa. A área de saúde ocupacional, com destaque para o médico do trabalho, se constitui num elemento fundamental para que se estabeleça uma parceria para maximizar o resultado dos programas. Este tema é discutido no capítulo: O papel da medicina do trabalho na coordenação de programas de cuidados

*“OUTRO ALIADO
IMPORTANTE DOS
PROGRAMAS NA
ORGANIZAÇÃO SÃO AS
OPERADORAS DE SAÚDE.
ESTA EXPERIÊNCIA É
POSSÍVEL E NECESSÁRIA,
EXIGINDO CAPACITAÇÃO
DAS EQUIPES,
PLANEJAMENTO, ADOÇÃO
DE INDICADORES DE
MONITORAMENTO E
REAVLIAÇÃO CONSTANTE”*

e atenção à saúde. Particularmente, após a pandemia de Covid-19, os gestores estão cada vez mais sensibilizados com o aumento da prevalência de condições como depressão, ansiedade e stress. Este tema é discutido no capítulo Programas de saúde mental e monitoramento de equipes.

Outro aliado importante dos programas na organização são as operadoras de saúde. Esta experiência é possível e necessária, exigindo capacitação

das equipes, planejamento, adoção de indicadores de monitoramento e reavaliação constante. Ela foi apresentada no capítulo Programas de promoção de saúde em parceria da operadora com os contratantes.

A saúde bucal faz parte dos cuidados integrais e sempre deve ser considerada nos programas. Naturalmente, é importante que não seja restrito o acesso aos cuidados relacionados às correções das morbidades odontológicas e processos restaurativos, mas, princi-

palmente, a ações preventivas, que são discutidas no capítulo Saúde bucal e promoção da saúde.

As principais causas de mortalidade precoce e morbidade são as doenças cardiovasculares, os acidentes vasculares cerebrais, o diabetes, o câncer e as doenças pulmonares crônicas. Estas condições estão associadas a alguns fatores de risco, como sedentarismo, alimentação inadequada, uso abusivo de álcool e tabagismo. Em nosso País, a atividade física e a alimentação saudável são questões estratégicas, particularmente considerando-se as taxas crescentes de excesso de peso e obesidade. Estes temas são discutidos em profundidade nos capítulos Modelos de promoção de saúde com práticas ativas e Cuidados alimentares no trabalho.

Finalmente, o IESS trouxe, para concluir esta obra, três *cases* práticos, escritos pelos gestores dos programas, mostrando a metodologia utilizada, as dificuldades e barreiras e os resultados obtidos. Os *cases* das empresas *Procter & Gamble*, DASA e Fundação COPEL trazem diferentes enfoques, enriquecendo o arsenal de alternativas de abordagens e estratégias disponíveis para os gestores.

Boa leitura.

REFERÊNCIAS

FRIES, J. F. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of medicine*, [s. l.], v. 303, n. 3, p. 130-5, 1980. doi:10.1056/NEJM198007173030304.

MALIK, A. M. *Gestão para a competitividade na saúde*. São Paulo: Manole Editora, 2022.

TRANSFORMAÇÕES DESDE MEADOS DO SÉCULO XX E SUA RELAÇÃO COM O **AUMENTO** **DAS CONDIÇÕES** **CRÔNICAS**

JOSÉ CECHIN

*Superintendente Executivo do Instituto de Estudos de Saúde
Suplementar (IESS). Foi Ministro de Estado da Previdência e
Assistência Social do governo FHC.*

Prevalência de obesidade e doenças crônicas vem crescendo rapidamente em todo o mundo, constituindo uma verdadeira pandemia. O que explicaria esse crescimento? Pode-se excluir liminarmente que seja derivada de mutações genéticas – essas não aconteceriam com a velocidade necessária. A explicação deve ser buscada na interação dos genes com seus acionadores, e estes, nas grandes mudanças que aconteceram no mundo nos últimos cem anos, e mais especificamente a partir da segunda guerra mundial: populacionais, tecnológicas, ambientais, costumes e estilos de vida.

O capítulo pretende descrever essas mudanças e sumarizar publicações científicas que tratem dessa associação e adiantem hipóteses sobre possíveis mecanismos de atuação.

As pessoas fazem escolhas que afetam seus estados de saúde. Promover saúde, na dimensão individual, seria então promover as escolhas saudáveis e inibir as não saudáveis. Como exemplos, podem-se citar o padrão alimentar e não ser sedentário. Algumas escolhas não são possíveis individualmente, como respirar ar limpo em metrópoles poluídas. Aqui entra o Estado com sua função de produzir bens públicos que sejam saudáveis.

Sabemos, no entanto, que em parte a genética e em parte o meio ambiente delimitam as possibilidades de escolha por parte dos indivíduos. Algumas mudanças são relativamente simples e sem grandes custos financeiros, como reduzir o sedentarismo ou mudar o estilo de vida. Já mudança nos padrões alimentares depende de haver oferta de produtos saudáveis, a preços acessíveis, nos bairros residenciais. Eles podem impactar a saúde da população. Por que não estimular sua adoção?

INTRODUÇÃO

Notamos a importância que a saúde tem quando ela nos falta. Atualmente, parece que saúde nos falta mais do que no passado, a julgar pelo aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, DCNT. Os avanços das sociedades permitiram reduzir a prevalência e mortalidade por doenças infectocontagiosas, mas seu lugar vem sendo ocupado pelo insistente crescimento da prevalência das DCNT.

Isso parece conflitar com o fato de as expectativas de vida estarem aumentando em quase todo o mundo. Mas o conflito é apenas aparente, pois o ganho de tempo de vida pode ocorrer com aumento do número de anos vividos com morbidades, diferentemente de ganharem-se anos de vida saudável, nesse caso com a “compressão da morbidade” ou o encurtamento dos anos vividos com incapacidades. Os países se dividem entre esses dois grupos, conforme suas características socioeconômicas e culturais.

É, portanto, possível termos maior prevalência de DCNT em períodos de aumento da expectativa de vida. Ou seria a sensação de que saúde nos falta mais do que no passado apenas uma falsa impressão, traída por nossas deficientes lembranças? Boa parte do mundo envelhece com maior prevalência de morbidades – vivemos mais, mas alongando o período final da vida com morbidades e incapacidades, entre outros motivos, pelo aumento da obesidade.

Inúmeras evidências indicam uma forte associação entre obesidade e um grande conjunto de doenças crônicas. Embora seja possível que uma pessoa obesa tenha os indicadores clínicos normais,

manter obesidade por longo tempo poderá, com alta probabilidade, desencadear uma ou mais das doenças crônicas como hipertensão, diabetes, problemas circulatórios, respiratórios e musculoesqueléticos, vários tipos de câncer, entre dezenas de outras condições crônico-degenerativas.

O crescimento da obesidade vem sendo tão acelerado, que o Fórum Econômico Mundial de Davos de 2013 a categorizaria como epidemia se fosse uma doença¹. Obesidade e doenças associadas matavam 2,8 milhões de adultos por ano no mundo, mais do que a desnutrição. Segundo o Fórum, esse crescimento ameaça a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Doenças crônicas são a principal causa de mortes no mundo, sete em cada dez.

Não se pode atribuir o aumento da obesidade e das doenças crônicas dela derivadas à aceleração das mutações genéticas. Os seus promotores devem ser buscados no que há de diferente na época atual comparada com o fim da Segunda Guerra Mundial – há mais de sete décadas. Ter genes, ou uma combinação deles, que predisponham para doenças é condição necessária para desenvolvê-las, mas não suficiente. Para que se manifestem ou se expressem em doenças precisam ser acionados. Adoece-se mais na época contemporânea, pois as transformações desde meados do século XX multiplicaram a variedade e quantidade de acionadores.

Não é uma hipótese sem fundamento. O CDC americano², entre outras instituições, informa que mais de 50% do estado de saúde de um indi-

¹ De acordo com o Fórum Mundial de Davos, a duplicação da prevalência da obesidade nos trinta anos que antecederam o encontro de 2013, a qualificaria como pandêmica se fosse uma doença contagiosa.

² IFTF; Centers for Disease Control and Prevention. O estado de saúde depende de: 50% de fatores comportamentais; 20 do meio ambiente; 20% da genética; e 10% da tecnologia médica.

víduo depende de seu comportamento, de seus estilos de vida. Assim, o estado de saúde de uma população pode ser melhorado mediante a adoção de hábitos que produzam saúde. Segundo Crisp³, “saúde é produzida em casa” e temos que formar sociedades produtoras de saúde. A infraestrutura médica se destina a “reparos” sempre que a pessoa adoecer. As políticas públicas têm um papel fundamental para esse objetivo de formar sociedades produtoras de saúde.

O capítulo apresenta o crescimento da obesidade e da prevalência de DCNT, e ilustra com estatísticas o contraste entre as duas épocas. Conclui resumindo as principais alterações nas condições socioeconômicas entre as duas épocas.

O CRESCIMENTO DA OBESIDADE E DAS DCNT

[Obesidade] This is a multifaceted problem that no single intervention will fix. The problem starts early on in a person's life and is influenced by the dietary culture that exists in our country, the ways our foods are grown and processed, the lies that food manufacturers perpetuate about healthy eating through their misleading advertising, the way the FDA approves/allows the misleading statements and advertising to continue, the lack of access to and the cost of healthy food options for people who are socioeconomically disadvantaged, the ease of access to and the cheap cost of high-fat/high-salt foods, etc.

**Vice President at a nonprofit medical school in the Northeast
NEJM Catalyst, October 2021**

³ Edmund Nigel Crisp. “Health Is Made At Home. Hospitals Are For repairs. Building a Healthy and Health-Creating Society”. Lord Edmund Nigel Crisp, ex-CEO do NHS Britânico.

Neste texto, obesidade é adotada como o símbolo do crescimento de doenças crônicas não transmissíveis, DCNT. A prestigiosa revista britânica *The Lancet* cunhou o presente crescimento da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas como uma sindemia, que consiste na junção de interações biológicas, psicológicas e sociais, com propulsores e determinantes sociais comuns de larga escala (THE GLOBAL SYNDemic OF OBESITY, UNDERNUTRITION, AND CLIMATE CHANGE, 2019).⁴ Esse crescimento da prevalência de sobrepeso e obesidade⁵ começou nos anos 1970 nas nações de mais alta renda, mas logo se tornou uma tendência mundial.

OBESIDADE – PREVALÊNCIA

Sobrepeso e obesidade estão em crescimento no mundo, tendo triplicado entre 1975 e 2016 (OMS, 2021a)⁶. Nesse último ano, mais de 1,9 bilhão de adultos (18 ou mais anos de idade), equivalentes a 39% do total, tinham sobrepeso e desses 650 milhões (13%) tinham obesidade, comparado com 100 milhões em 1975. O número de adultos com sobrepeso aumentou 19 vezes nessas quatro décadas, comparado com 1,8 vezes da população. Em 2016, havia 39 milhões de crianças até 5 anos e 340 milhões (18%) entre 5 e 19 anos ou 18% do total, quatro vezes e meia mais do que os 4% em 1975.

⁴The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report. January 27, 2019. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).

⁵ Utiliza-se o Índice de Massa Corporal, IMC (peso em kg dividido pelo quadrado da altura em cm) como definidor de sobrepeso (IMC > 25) e obesidade (IMC>30), obesidade grave (IMC> 35) e mórbida (IMC>40). Atualmente, utiliza-se também relação entre cintura abdominal ou a relação desta com altura como definidora de sobrepeso e obesidade.

A prevalência da obesidade nas idades entre 5 e 19 chega a mais de 124 milhões, cerca de 7%, em 2016⁷, comparado com 11 milhões, menos de 1% em 1975 e triplicou na faixa até 5 anos de idade (OMS, 2021b)⁸. Obesidade na infância é particularmente grave, pois eleva a probabilidade de permanecer obeso na idade adulta.

A tendência se mantém. Projeta-se para 2030 mais de um bilhão de pessoas com obesidade, 18% da população mundial adulta, comparado com 764 milhões (15%) em 2020 (WORLD OBESITY ATLAS, 2022)⁹.

Esse percentual já estaria em 19,9% da população, com ampla dispersão entre países – o menor no Vietnã, 2,1%, e o maior em Nauru, 61% (OBESITY RATES BY COUNTRY, 2022)¹⁰. Para o Brasil, a prevalência de obesidade é estimada em 22,1% e para os Estados Unidos em 36,2%. Esse país figura na 12ª posição mundial no *ranking* da obesidade entre adultos. No entanto, essa taxa pode ser bem mais alta, acima de 42% para 2017-2018 para adultos de 20 ou mais anos de idade, praticamente o dobro do que era em 1988-1994¹¹. Em 1999-2000, essa taxa era de 30,5%, com crescimento de 37,4% em duas décadas. Na Europa, o sobrepeso alcançaria 60% dos adultos e uma em cada três crianças (WHO EUROPEAN OBESITY REPORT, 2022)¹².

⁷ O World Obesity Atlas 2022 estima em 157 milhões o número de crianças e adolescentes (5-19 anos) que em 2020 tinham obesidade, crescendo para 253 milhões em 2030.

⁸ Junho 2021. OMS Key facts, consultado em 16/06/2022 às 14:33 e Press release da OMS em 11 de outubro de 2017.

⁹ World Obesity Atlas 2022.

¹⁰ Obesity Rates by Country 2022 (worldpopulationreview.com).

¹¹ Dados do Trust for America's Health "The State of Obesity Report 2021". A subestimativa se deve ao fato de se basear em dados declarados que tendem a superestimar a altura. O percentual mais alto é estimado pelo National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), baseado em dados medidos. Essa estimativa coincide com a do CDC, de 41,9% em 2017-2020 – Adult Obesity Facts | Overweight & Obesity | CDC.

¹² WHO European Obesity Report, 2022.

A prevalência da obesidade também está em alta no Brasil, tendo passado de 12,2% em 2003, para 26,8% em 2019, um crescimento de 119,7% ou 5,04% ao ano¹³.

Para o Brasil, em 2030, o Atlas estima que os adultos obesos ultrapassem 50 milhões (29,7% dos adultos)¹⁴ e o número de crianças obesas some mais de 7,6 milhões (22,8%, de 5 a 9 anos e 15,7% de 10 a 19 anos). Nos Estados Unidos, os adultos obesos chegarão a 125,5 milhões (46,9%) e as crianças (5 a 19 anos) a 15,2 milhões, cerca de 25% do total.

A evolução do Índice de Massa Corporal (IMC) médio mundial (Tabela 1), entre 1975 e 2016, ilustra bem o ritmo de progressão da obesidade: de 21,8 para 24,5 – um crescimento de 12,4%. No Brasil, cresceu 16,7% e nos Estados Unidos 16,1%. O índice médio e a prevalência tendem a ser tanto mais altos quanto mais alta for a renda média, mas as taxas de crescimento seguem ordem inversa: maior crescimento nos grupos de países com menor renda (**Tabelas 1 e 2**)¹⁵.

Não obstante as estimativas da prevalência da obesidade diferirem entre instituições, todas mostram crescimento rápido desde o começo do último quarto do século XX e projetam sua continuidade na

¹³ Como o aumento da prevalência da obesidade entre beneficiários pode impactar a sustentabilidade da saúde suplementar | IESS. (Texto do IESS com base em estudo de Campino.)

¹⁴ Esses números são bem menores do que os estimados por Campino. Segundo seu estudo, com microdados das POFs 2002-3, 2008-9 e PNS 2013 e 2019, a taxa de obesidade estaria em 26,8% em 2019 e, a se manter o ritmo de crescimento das duas últimas décadas poderia chegar a 46% em 2030.

¹⁵ WHO Global Health Observatory Data Repository.

Por grupo de renda	1975	2016	Variação (%)
Baixa	19,0	22,4	17,9
Baixa média	19,6	23,0	17,3
Alta média	22,2	25,1	13,1
Alta	24,1	26,6	10,4
Mundo	21,8	24,5	12,4
Brasil	22,6	26,6	16,7

Tabela 1 – IMC médio por grupos de países segundo nível de renda

Fonte: WHO Global Observatory Data Repository – age standardized

		1975	2016	Variação (%)
Por grupo de renda*	Baixa	0,9	6,8	655,5
	Média Baixa	1,9	7,6	300,0
	Média Alta	4,3	13,8	220,9
	Alta	8,6	24,6	186,0
Países selecionados**	Brasil	4,0	22,3	457,5
	Estados Unidos	11,7	37,30	218,8
	Reino Unido	10,0	29,5	195,0
	China	0,4	6,6	1.550,0

Tabela 2 – Prevalência % de obesidade, segundo nível de renda, por grupos de países e países selecionados (padronizada por idade)

Fontes: *Our World in Data
 ** OMS. Prevalence of obesity among adults

próxima década, tanto entre adultos quanto entre crianças. Nada há a indicar o contrário. Por isso, não foi sem razão que o Fórum Econômico Mundial de DAVOS tenha se referido à pandemia de obesidade e apontado para a prevalência de DCNT como uma das importantes ameaças à sustentabilidade dos sistemas de saúde.

OBESIDADE NOS ESTADOS UNIDOS

O percentual de pessoas com obesidade na população americana adulta (20+ anos) passou de 23% em 1988-1994 para 42,4% em 2018-2019 e dobrou na faixa dos 2 aos 19 anos, de menos de 10% no início dos anos 1990 para quase 20% (Dados do NHANES, usando altura medida em vez de autorreferida, que normalmente é superestimada).

Em 2011, havia 12 estados com IMC médio entre 30 e 35; em 2019 já eram 23. Até 2012, em nenhum estado o IMC médio estava acima de 35; em 2019 já estava em 12 e em 2020, em 16. A progressão é estonteante (**Gráfico 1**).

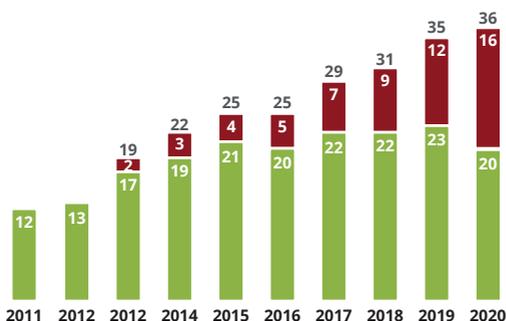


Gráfico 1 – Número de estados americanos com taxa de obesidade entre adultos de 30% ou mais – 2011-2020

- States with adult obesity Rates 30 or Higher
- States with adult obesity Rates 30-35%
- States with adult obesity over 35%

The *State of Obesity Report 2021* dissecou a situação de cada estado em 2020. Os maiores percentuais de pessoas com sobrepeso (IMC > 30) foram observados no Mississippi (72,8%) e em West Virginia (71,1%). Nesses estados, os adultos com obesidade (IMC > 35) eram mais de 39%. Nesses estados tinham as maiores prevalências do diabetes (15% da população) e da hipertensão (quase 44%) – doenças altamente correlacionadas com a obesidade. Nesses estados também se observam as maiores taxas de sedentarismo, pouco acima de 29% da população.

Colorado é o estado que tem o menor percentual da população com sobrepeso, 59,2%, incluídos os 24,2% com obesidade. Nesse estado, a prevalência do diabetes é 7,5% e da hipertensão, 25,8%, as menores entre todos os estados americanos. É no Colorado que se observa a maior taxa de praticantes de atividade física, 84%.

The *State of Obesity 2021*, foi publicado em setembro 2021 pela *Trust for America's Health*, uma organização não partidária, sem fins lucrativos, voltada para a pesquisa em saúde pública e defesa do objetivo de promover ótima saúde para todos.

OBESIDADE – MATRIZ PARA VÁRIAS DCNT

Inúmeras evidências mostram a associação da obesidade a um aumento do risco de DCNT, como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças musculoesqueléticas, diversos tipos de câncer, apneia do sono.

Além de fator de risco para essas doenças, a obesidade é reconhecida como uma doença em si mesma, a exigir cuidados próprios e atenção especializada. Foi incluída na CID-6 em 1948; reconhecida como doença crônica pela OMS em 1997; por Portugal, 2004; pela *American Medical Association* em 2013; pela Itália, em 2019; e pela Comissão Europeia em 2021 World (OBESITY ATLAS, 2022)¹⁶. Seja doença ou não, ela carrega consigo as sementes de muitas doenças (DE LORENZO, 2019)¹⁷.

É reconhecida como patologia complexa multifatorial, que resulta da atuação conjunta de diversos fatores como a predisposição genética, comportamentais (inatividade física, nutrição inadequada, pensamentos negativos, sentimentos de rancor e ódio), sono e fatores ambientais. Nos debates acadêmicos, posições sustentam que os fatores genéticos seriam os dominantes, por guiarem nossos comportamentos e escolhas. Sem pretender entrar nesse debate,

¹⁶ World Obesity Atlas 2022.

¹⁷ "Obesity represents one of the major public health issues associated with increased morbidity and mortality. Overweight or obesity, in fact, significantly increases the risk of contracting diseases, such as: arterial hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, coronary heart disease, cerebral vasculopathy, gallbladder lithiasis, arthropathy, ovarian polycytosis, sleep apnea syndrome, and some neoplasms." Fonte: Why primary obesity is a disease? De Lorenzo, Antonio et al. *J Transl Med*, v. ou n. 17, p. 169, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1919-y>.

penso que meio ambiente e comportamentos influenciam a manifestação dos genes de que somos portadores.

É possível que uma pessoa obesa apresente índices clínicos normais, mas permanecer por longo tempo em estado de obesidade eleva o risco de desenvolver uma ou mais das doenças crônicas. O longo tempo vivido em obesidade aumenta o risco de serem acionados os genes que predispõem para DCNT. Considerem-se, por exemplo, os efeitos da obesidade na pressão arterial. Na pessoa obesa, os vasos arteriais têm maior comprimento e da física se depreende que é necessária maior pressão para o fluido sanguíneo percorrê-los. O impacto nas cartilagens das articulações é maior. A fisiologia explica o que pode se passar em um organismo em permanente estado de obesidade.

Estima-se que haja no mundo 537 milhões de diabéticos, 10,5% da população adulta. Três quartos vivem em países de renda média baixa e média alta. Projeções feitas em 2021 resultam em 643 milhões de obesos em 2030 e 783 milhões em 2045, 12,5% da população adulta mundial¹⁸. Isso sem contar que o diabetes é uma doença com alta subnotificação e que essas projeções deverão ser revistas para cima, dado que um número expressivo de pessoas, 541 milhões, têm deficiências na sua Tolerância à Glicose, o que aumenta o risco de Diabetes 2. Seu impacto nas despesas com saúde supera US\$ 966 bilhões, um aumento de 316% nos últimos 15 anos (ATLAS DA INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021)¹⁹.

¹⁸ Valores revistos para cima a cada nova projeção (629 milhões em 2017 e 700 milhões em 2019). Atlas da International Diabetes Federation – 2021.

¹⁹ Atlas da International Diabetes Federation – 2021.

OBESIDADE, MORTALIDADE, DALYS (WHO, 2020)²⁰ E EXPECTATIVA DE VIDA

As doenças crônicas afetam a saúde das pessoas, reduzem seu desempenho, aumentam o risco de morte, encurtam o tempo de vida. Em 2016, as DCNT responderam por 41 milhões de mortes no mundo (71% do total), sendo as quatro principais, as doenças cardiovasculares (17,9 milhões), câncer (9,0 milhões), doenças respiratórias (3,8 milhões), e diabetes (1,6 milhão)²¹.

Atualmente, a maior parte da população vive em países onde o sobrepeso e a obesidade matam mais do que a insuficiência de peso (WHO, 2021)²². Na Europa, representam 13% do total de mortes, atrás de pressão alta, alimentação inadequada e tabagismo (WHO, 2022)²³.

No mundo, massa corporal alta foi responsável, em 2019, por 160 milhões de DALYs (dias de vida saudável perdidos), correspondentes a 21,5% de todos os DALYs por doenças crônicas preveníveis e a 18,0% das evitáveis (WORLD OBESITY ATLAS, 2022)²⁴. No mundo todo, o diabetes foi causa de 6,7 milhões de mortes em 2021 (WORLD OBESITY FEDERATION, 2021)²⁵.

²⁰ DALY – Disability Adjusted Life Years: número de anos de vida perdidos por doença.

²¹ WHO Health Statistics 2020.

²² Obesity and overweight (who.int) jun. 2021.

²³ WHO European obesity report 2022

²⁴ World Obesity Atlas 2022.

²⁵ World Obesity Federation.

Vários estudos correlacionam IMC com mortalidade específica. Um deles compreendeu 900 mil adultos europeus e americanos. Após ajustes por idade, sexo, uso de tabaco e educação, o estudo mostrou que o risco de morte aumenta 30% a cada 5 kg/m² a mais de massa corporal: 40% para vasculares; 60% a 120% para diabetes, rins e fígado; 10% para neoplasias; 20% para respiratórios; e 20% para todas as outras causas de morte (LANCET, 2009)²⁶.

Estudo envolvendo 1,46 milhão de adultos brancos, com idades entre 19 e 84 anos, estimou a mesma associação entre IMC e mortalidade por qualquer causa, ajustando por variáveis espúrias. A probabilidade de as pessoas de 35 anos de idade sobreviverem até os 70 anos, varia muito por sexo e diferentes IMC. As mulheres de 35 anos, com IMC normal (22,5 a 25,0), têm 88% de chance de chegar aos 70 anos; mas apenas 72% das que tenham IMC entre 40 e 50 chegarão aos 70. Já os homens de 35 anos de idade, com IMC normal, têm 77% de chance de chegar aos 70; mas aqueles com IMC entre 40 e 50 a chance é de 49% (N ENGL J MED., 2010)²⁷. Esse estudo foi estendido para incluir indivíduos com IMC acima de 50. O resultado mostrou forte associação entre IMC e anos de vida perdidos em relação àqueles com peso normal: 6,5 anos, para IMC entre 40 e 44; 8,9 para IMC entre 45 e 49; 9,8, para IMC entre 50 e 54 e 13,7 para IMC entre 55 e 59 (JOURNAL PUBMED., 2014)²⁸. Subsistem poucas dúvidas quanto aos efeitos da massa corporal nas perspectivas de sobrevivência.

²⁶ Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, March 28, 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4.

²⁷ Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med.*, 2 dez. 2010. doi: 10.1056/NEJ-Moa1000367.

²⁸ Association between class III obesity (BMI of 40-59 kg/m²) and mortality: a pooled analysis of 20 prospective studies, jul. 2014. doi: 10.1371/journal.pmed.1001673. Ver: Extreme Obesity Shaves Years Off Life Expectancy. Four Questions with Dr. Cari Kitahara, by Brooke Worthing. <https://irp.nih.gov/blog/post/2020/01/extreme-obesity-shaves-years-off-life-expectancy>. 23 jan. 2020. Obesidade Classe III é definida como IMC>40 kg/

A conclusão é que a obesidade e especialmente a de classe III (IMC > 40) está associada a maiores taxas de mortalidade por todas as causas, sendo o excesso de mortalidade devido a doenças do coração, câncer e diabetes, quando comparadas com pessoas com peso normal. Para reduzir a prevalência das doenças crônicas preveníveis ou evitáveis será preciso ter sucesso no enfrentamento do sobrepeso e obesidade.

CUSTOS DA OBESIDADE

Os custos da obesidade no mundo foram estimados em cerca de US\$ 2 trilhões, equivalentes a 2,8% do PIB mundial (THE GLOBAL SYNDROMIC OF OBESITY, 2019)²⁹. Por mais impreciso que seja, trata-se de um custo considerável. Existem vários artigos sobre esse tema, quase todos relativos a países desenvolvidos. Os resultados variam conforme o país, quais custos são incluídos, método de estimativa, doenças incluídas, entre outros.

Estimativas realçam a importância do impacto. Os custos podem ser diretos (assistência médica e não médica) e indiretos (por mortes prematuras e por perdas de produtividade). Os mais óbvios são os custos diretos da assistência médica para doenças atribuíveis à obesidade.

Dois estudos dos impactos diretos da obesidade nos Estados Unidos foram publicados em março de 2021. Um deles estima a associação entre IMC e despesas médicas com base em dados do *Medical Ex-*

²⁹ The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Published online, 27 jan. 2019. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).

penditure Panel Survey de 2011-2016. Conclui que cada unidade do IMC acima de 30 está associada a US\$ 253 por pessoa (valores 2019). Assim, a obesidade acrescentaria US\$ 1.861 por adulto, totalizando US\$ 172 bilhões, que ultrapassariam US\$ 200 bilhões se incluída a despesa adicional por sobrepeso (IMC ente 25 e 30)³⁰.

O outro estudo usa dados de 2001-2016 da mesma fonte. Estimou a relação de causalidade entre IMC contínuo e despesas diretas com assistência médica, valendo-se de variáveis instrumentais. Os resultados mostraram que cada pessoa obesa custa US\$ 2.505, ou o dobro do que as de peso normal, variando de 68,4% a mais para IMC entre 30 e 35, a 233,6% para IMC>40. Conclui que o excesso de custo devido à obesidade, em 2016, foi de US\$ 260,6 bilhões (US\$ de 2017)³¹. Em razão do crescimento da prevalência da obesidade, a despesa com obesos aumentou 109,7% entre 2001 e 2016, e a população, 14,6%.

São escassas as estimativas dos custos médicos da obesidade para países de renda média e baixa. Esforço recente levantou o impacto econômico em oito países, considerando os custos diretos da assistência médica e não médica (assistência doméstica, transporte e similares), bem como os custos indiretos (menor produtividade pelo absenteísmo e presenteísmo e pela perda de anos de trabalho). O custo total *per capita* vai de US\$ 17 na Índia até US\$ 940 na Austrália. A dispersão é menor como percentual do PIB – de 0,8% na Índia, até 2,4% na Arábia Saudita (**Tabela 3**) (ECONOMIC IMPACTS OF OVERWEIGHT AND OBESITY..., 2021)³².

³⁰ Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. Já a obesidade severa adicionaria US\$ 3.097 por pessoa obesa.

³¹ Direct medical costs of obesity in the United States and the most populous states.

³² Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. Published online, 30 set. 2021. Doi: 10.1136/bmjgh-2021-006351.

	Direta médica (US\$ bi)	Total* (US\$ bi)	Total per capita	% PIB
Austrália	11,58	23,68	940	1,74
Brasil	14,35	38,76	184	2,11
Índia	5,13	23,24	17	0,80
México	6,11	26,04	204	2,05
Arábia Saudita	4,82	19,16	559	2,42
África do Sul	2,33	5,54	95	1,58
Espanha	11,02	29,16	622	2,09
Tailândia	1,34	6,89	99	1,27

Tabela 3 – Impacto econômico de doenças atribuíveis à obesidade em oito países

Fonte: Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. Published online 2021 Sep 30. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006351.

* Total = Médicas diretas + não médicas diretas (deslocamentos e tempos de espera) + Indiretas (absenteísmo + presenteísmo + mortalidade prematura). (US\$ de 2019.)

Modelo desenvolvido para estimar o impacto econômico da obesidade no Brasil, Colômbia e Chile, incluindo custos diretos e indiretos, para cinco comorbidades relacionadas (diabetes 2, hipertensão, doenças coronarianas, AVC e câncer colorretal) estimou o impacto das parcelas atribuíveis à obesidade no Brasil em 2020 em US\$ 19 bilhões, 1,34% do PIB, sendo 90% relativos aos custos diretos (EIU, 2021)³³. Essa estimativa é menor do que a acima por terem sido incluídas apenas cinco das múltiplas comorbidades atribuíveis à obesidade.

Para o SUS, os custos diretos da assistência à saúde de doenças atribuíveis ao sobrepeso (IMC > 25) foram estimados em US\$ 654 milhões em 2019 (FERRARI *et al.*, *s.l.d.*)³⁴.

³³ EIU. Tackling adolescent obesity in Latin America. Commissioned by Novo Nordisk. 2021.

³⁴ Ferrari, G. et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System.

É fato bem estabelecido que as despesas *per capita* com saúde crescem continuamente e em maior velocidade do que as rendas. Não é propósito deste artigo analisar essa questão. No entanto, cabe apontar que o crescimento da prevalência das DCNT vem contribuindo para essa tendência assim como o envelhecimento.

As sociedades estão envelhecendo (VALOR ECONÔMICO, 2022)³⁵ pela queda acentuada da fecundidade e pelo aumento da longevidade. No Brasil, esse processo é muito rápido, em pouco mais de duas décadas (2010 a 2031) duplica o percentual de idosos (65 e mais anos de idade) de 7% para 14% – processo que demorou 110 anos na França – e duplica novamente, atingindo 28% até 2062, antes da França, Reino Unido, Suécia e Estados Unidos.

Também é fato da vida bem estabelecido que com a idade aumenta a prevalência de DCNT (NUNES, 2017)³⁶, de trato continuado e dispendioso e, por consequência, do gasto médio *per capita*³⁷.

Mas, seria a idade um disparador de genes de predisposição para essas doenças? A simples associação entre a idade e doenças crônicas nada indica sobre a causalidade, isto é, se são as doenças crônicas que nos envelhecem. Portar genes de predisposição para DCNT é condição necessária para que a doença se desenvolva, mas os genes precisam ser disparados para que provoquem a doença.

³⁵ A pandemia reverteu essa tendência na maioria dos países. Dados da National Vital Statistics System, dos EUA, mostram que a expectativa de vida ao nascer caiu 2,5 anos entre 2019 e 2021 e a de sobrevivência aos 60 anos caiu 1,5 ano. No Brasil, segundo Ana Amélia Camarano, do IPEA, teria caído 4,4 anos.

³⁶ Entre os sexagenários, 46,3% têm pelo menos duas doenças crônicas e entre as pessoas de 70 ou mais anos de idade, esse percentual é de 52,3%.

³⁷ Na saúde suplementar, a despesa média per capita com saúde dos beneficiários de 59 e mais anos de idade é mais do dobro da faixa anterior, dos 54 aos 58 anos. Os octogenários têm custo médio per capita 4,3 vezes mais alto.

Esse é o tema da epigenética, intensamente investigado na última década. Corresponde às alterações nas funções do DNA, da expressão dos genes, sem que haja alterações na sua sequência. Seria o mecanismo de mediação dos efeitos da exposição ao meio ambiente, da alimentação e dos estilos de vida sobre o surgimento da doença (KARABEGOVIĆ *et al.*, 2020)³⁸.

Segundo a *Environmental Health Perspectives*, “há algum nível de evidência ligando doenças, comportamentos e indicadores de saúde a mecanismos epigenéticos, incluindo cânceres de todos os tipos, disfunções cognitivas, e doenças respiratórias, cardiovasculares, reprodutivas, autoimunes e neurocomportamentais. Os propulsores conhecidos ou suspeitos por trás desses processos epigenéticos incluem muitos agentes, como metais pesados, pesticidas, gases da queima de diesel, tabaco, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, hormônios, radiatividade, vírus, bactérias e nutrientes básicos” (ENVIRONMENTAL HEALTH PERSPECTIVES, 2006)³⁹.

Idade não consta dessa lista. O aumento da prevalência de DCNT com a idade ocorre possivelmente porque vai ficando mais longo o período de exposição aos acionadores, aumentando, portanto, a probabilidade de os genes serem efetivamente acionados e começarem a se manifestar. Muitas doenças, senão a maioria, são causadas por uma complexa interação entre fatores genéticos, ambientais, alimentares, comportamentais, entre outros. A presença de genes de predisposição, embora seja condição necessária, não

³⁸ Irma Karabegović et al. Epigenome-wide association meta-analysis of DNA methylation with coffee and tea. bioRxiv posted April 15, 2020; <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.042267>.

³⁹ The word “epigenetic” literally means “in addition to changes in genetic sequence”. The term has evolved to include any process that alters gene activity without changing the DNA sequence, and leads to modifications that can be transmitted to daughter cells (although experiments show that some epigenetic changes can be reversed).

é suficiente. A idade simplesmente aumenta a probabilidade de os genes serem disparados pelos muitos anos vividos sob exposição a esses fatores mencionados. O desafio é então buscar quais são esses acionadores dos genes.

A VIDA EM COLÔNIA GAÚCHA NO IMEDIATO PÓS II GUERRA MUNDIAL E NA ATUALIDADE – UMA EXPERIÊNCIA PESSOAL

As gritantes diferenças entre os dias atuais e o imediato pós Segunda Guerra Mundial podem ser ilustradas qualitativamente por minha experiência individual. Descrevo a vida do meu tempo de infância, nos anos 1950. Essa experiência não é generalizável, pois descreve uma situação geográfica e socioeconômica particular, embora possa corresponder a boa parte das famílias da colonização europeia do Sul do Brasil. Serve, no entanto, para marcar algumas das profundas diferenças daquela época com os dias atuais.

Os imigrantes italianos e alemães que chegavam ao solo gaúcho no último quarto do século 19 tinham a oportunidade de adquirir uma colônia de terra ou fração dela, mediante pagamento, normalmente parcelado. Construíam suas moradias valendo-se da madeira extraída no local. E na terra desnuda dessas pequenas propriedades os colonos cultivavam uma ampla gama de produtos, normalmente para o próprio sustento.

As famílias eram numerosas e todos os seus membros trabalhavam na produção, inclusive as crianças fora do horário escolar. Apenas parte da produção, normalmente de uma determinada espécie, era destinada à comercialização. No caso da Serra Gaúcha era a uva; em outras áreas o fumo, o arroz, o milho, o trigo, o chimarrão, entre outros. Nos pampas gaúchos, com propriedades maiores, predominava historicamente a criação, inicialmente de muare destinados às áreas produtoras de café do Vale do Paraíba e do estado de São Paulo e de gado para produção de charque, também exportado para as áreas cafeicultoras.

O maior esforço era destinado ao cultivo para comercialização, mas as famílias também cultivavam uma ampla gama de alimentos – milho, trigo, arroz, feijão, lentilha, linhaça, aveia. As famílias produziam praticamente todos os alimentos que consumiam – produção sem fertilizantes químicos, sem defensivos, sem agrotóxicos e com sementes selecionadas das próprias colheitas. A adubação era orgânica com resíduos vegetais e esterco animal. A fertilidade perdida era recuperada por rotação de culturas, inclusive com o descanso periódico para que a mata se restabelecesse e com ela a fertilidade.

Em volta da casa, ciscavam aves; no cercado, criavam-se suínos; no curral, as vacas de leite e às vezes cabras e ovelhas. A criação supria a família com a proteína animal, ovos, leite e derivados. Lã das ovelhas e linhos eram convertidos em fios com os quais se faziam tecidos para diversas finalidades. A força motriz era animal, tanto para o transporte em carroças quanto para puxar arados que lavraram a terra ou mesmo para moer cana e transformar o caldo em melado, açúcar não refinado.

Nas propriedades sempre havia frutíferas para o consumo dos membros das famílias. Sua transformação em compotas ou doces e geleias permitiam a conservação para as entressafras.

Perto da casa havia uma horta para cultivo de verduras de todos os tipos e para todas as estações do ano. Eram colhidas no momento do preparo das refeições. O pão era feito em casa, em fornos de lenha, a partir de farinha de trigo ou de milho cultivados na propriedade e moídos nos diversos moinhos mantidos por algumas famílias. A força motriz vinha a roda d'água. Não havia máquinas agrícolas e eram raros os veículos que transitavam pelas estradas não pavimentadas.

As lavouras e as criações ainda dependiam essencialmente do braço humano, auxiliado por tração animal no transporte e lavra da terra. As pessoas não ficavam paradas. Nem despendiam tempo estáticas diante de telas ou telinhas, pois estas ainda não existiam. A TV não era parte do mobiliário doméstico. Enfim, não se conhecia o sedentarismo.

Não havia carestia de produtos. Contudo, a renda monetária que provinha da produção comercializável era muito baixa⁴⁰ e se destinava à aquisição dos poucos produtos que não eram produzidos na propriedade, essencialmente sal, açúcar, tecidos para a fabricação das roupas.

MENOS DE CINCO DÉCADAS DEPOIS A COLÔNIA ITALIANA DA SERRA GAÚCHA ERA OUTRA.

No início deste milênio, em um sábado à tarde, em visita a primos já idosos que permaneciam na localidade, ouvi uma buzina na porta da casa deles. Para minha surpresa, minha prima explicou que o padeiro havia chegado com os suprimentos para a família: pão, leite, ovos, gás de cozinha e umas outras quinquilharias. Minha surpresa ficou evidente, pois isso era impensável nos anos de minha infância. No entanto, tinha-se tornado comum. As propriedades se especializaram. A competição da produção em larga escala, de maior produtividade, havia sufocado a produção familiar artesanal. Os fogões a lenha sumiram, a lenha tinha ficado escassa, a criação foi abandonada, os moinhos de arroz, milho e trigo tiveram que encerrar suas atividades pela regulamentação sanitária (!). Agora, praticamente todos os itens de consumo da família eram periodicamente adquiridos de mercadores ambulantes que também entregavam as compras.

As famílias haviam deixado de ser autossuficientes e sua cesta de alimentos, que antes era produzida na propriedade, sem auxílio de quaisquer agentes químicos, passou a ser adquirida dessa forma. Os alimentos aumentaram seus percursos até chegar à mesa das refeições.

Os promotores dessas mudanças nos padrões de cultivo são a Revolução Verde e as variedades geneticamente modificadas ou híbridas. As sementes de plantas híbridas normalmente ficavam estéreis e o agricultor ficava dependente do fornecimento comercial para a continuidade do cultivo. Lembro-me de ouvir conversas entre adultos que ponderavam as vantagens das sementes híbridas – mais produtivas e resistentes – com sua desvantagem de perderem a fertilidade.

⁴⁰ Muitos anos depois, já na segunda metade dos anos 1990, esse foi o motivo que levou à rejeição pelos parlamentares da proposta de cobrar uma contribuição quase simbólica para a Previdência Social de todos os trabalhadores do campo, a fim de se construir o registro de cada um deles e facilitar o reconhecimento dos direitos à aposentadoria rural.

Essa é uma descrição de transformações que vivenciei. Todas as descrições são produto de escolhas, portanto, parciais. Tratei de alguns aspectos para ressaltar contraste entre épocas, que podem estar induzindo a pandemia de obesidade e doenças crônicas. A vida simples no campo tinha seus encantos, mas também seus desafios, limitações e sacrifícios.

Deixei de apontar os grandes avanços tecnológicos que se disseminaram, em ritmos diferentes, pelas economias em todo o mundo. Ainda criança, assisti à chegada da luz elétrica, do rádio, da geladeira, e, um pouco mais tarde, da televisão, do automóvel, das máquinas agrícolas, dos herbicidas, pesticidas e defensivos agrícolas. Há que se reconhecer as profundas transformações nos costumes que esses dispositivos provocaram. Mudou a mentalidade e a percepção e com elas o desejo de ter acesso aos bens e serviços que já estavam disponíveis no meio urbano. O que se passava no mundo passou a ser claramente percebido pelas pessoas simples do campo.

AS GRANDES TRANSFORMAÇÕES DAS SETE DÉCADAS

Obesidade, como visto, é uma doença complexa e multifatorial, que resulta da interação genética com fatores ambientais e comportamentais. No entanto, parece-me inútil buscar na aceleração das mutações genéticas a explicação pelo crescimento vertiginoso de sua prevalência e das doenças crônicas derivadas, inclusive de vários tipos de câncer. As mutações não ocorrem aos saltos, mas com a reprodução, que é lenta nos mamíferos, ao contrário dos micro-organismos, particularmente os vírus.

Não há mutação genética na espécie humana que seja capaz de explicar o elevado ritmo de crescimento do sobrepeso e obesidade que vem acontecendo desde o último quarto do século passado. O tempo evolutivo da espécie humana se mede em dezenas de milhares de anos.

Por que então o grande e rápido crescimento da obesidade e das doenças crônicas que se vem observando, em todo o mundo – embora com diferenças entre os países?

Parece inevitável concluir que deve ser atribuído às mudanças no meio ambiente, no comportamento e nos estilos de nossas vidas e seus efeitos na expressão dos genes. Por isso, essa seção trata de contrastar o momento atual com o de sete décadas passadas.

POPULAÇÃO E URBANIZAÇÃO:

A população mundial em 1950 era de 2,5 bilhões e a maior parte, 71%, vivia em áreas rurais, com diferentes graus de urbanização entre regiões e países. Em 2020, é estimada em 7,8 bilhões, sendo 56% urbana. Em alguns países já ultrapassa os 90% (**Tabela 4**). No Brasil, passou de 26% em 1950 para 87% em 2020.

País/região	1950	2020
Mundo	29	56
Renda Alta	58	82
Renda Média	20	54
Renda Baixa	9	33
UK	79	84
US	64	89
Japão	53	92
China	12	61
Brasil	36	87
População mundial	2,5 bilhões	7,8 bilhões

Tabela 4 – Taxa de urbanização percentual e população – 1950 e 2020

Fonte: UN Urbanization Prospects 1950-2050

A população do mundo mais que triplicou em setenta anos e a taxa de urbanização quase duplicou. Alimentar, deslocar, vestir, habitar, consumir e tratar efluentes do triplo de pessoas consome muito mais recursos naturais de todos os tipos e deixa mais resíduos e efluentes.

A maior concentração urbana também concentra riscos, poluentes, facilita contágios de doenças infecciosas, dificulta o contato com a natureza e o acesso a alimentos frescos.

MECANIZAÇÃO:

Iniciada na Revolução Industrial Britânica no século 18 e adotada em larga escala na agricultura dos Estados Unidos, já na segunda metade do século 19, em meados do século 20 a escala da mecanização ainda era pequena.

Em meados do século passado, na colônia italiana da serra gaúcha ainda predominava a força motriz animal e a roda d'água. É bem possível que esse cenário fosse típico das regiões de população predominantemente rural.

O número de carros e caminhões registrados no mundo, em 1950, era de pouco mais de 60 milhões. Em 2020, ultrapassa 1,4 bilhão, 23 vezes mais. Trafegam nos 21,4 milhões de Km de estradas pavimentadas (CIA WORLD FACTBOOK, 2020)⁴¹, extensão muito maior do que em 1950.

A frota brasileira de veículos automotores em 1939 contava com 43 mil veículos; na era JK (Presidente Juscelino Kubitschek, segunda me-

⁴¹ Cia World Factbook, janeiro de 2020.

*“A MECANIZAÇÃO
MULTIPLICOU A
PRODUTIVIDADE EM
TODOS OS SETORES
DE ATIVIDADE”*

tade dos anos 1950) eram 800 mil⁴²; em 2020, eram 59,1 milhões (SINDIPEÇAS, s./d.)⁴³. Trafegavam por 968 km de estradas federais pavimentadas em 1950 e por 213 mil km pavimentados de um total de 1,7 milhão de km em 2019.

A mecanização multiplicou a produtividade em todos os setores de atividade. Baseada essencialmente em combustíveis fósseis (carvão, petróleo e gás), o consumo de energia dessas fontes passou de 150 hexajoules em 1950 para 493 hexajoules, em 2019, um aumento de 430%, complementado por fontes renováveis (hidráulica, eólica, solar) e nuclear (NATURE, 2021)⁴⁴.

Esses números, ainda que parciais e sem incluir dados de outros setores importantes, fornecem uma impressão do crescimento da mecanização nessas sete décadas. As mudanças promoveram aumentos de bem-estar na sociedade, mas deixaram como subproduto crescentes problemas ambientais, como gases tóxicos e de efeito estufa, particulados suspensos no ar, e muitos outros.

Mesmo considerando os aumentos de eficiência mecânica nesse período, o impacto ambiental é significativo. Além disso, a mecânica

⁴² História e evolução da indústria automobilística no Brasil.

⁴³ Fonte: Sindipeças.

⁴⁴ Nature, 03/11/2021. Novas formas renováveis (hídrica, eólica, solar) e nuclear, passaram a ter participação crescente na matriz energética atual.

zação provocou mudanças nos estilos de vida, diminuindo a atividade física, por ter reduzido o trabalho braçal e os deslocamentos a pé. A consequência é o crescente sedentarismo.

A REVOLUÇÃO VERDE – FERTILIZANTES E DEFENSIVOS AGRÍCOLAS

A fome assombrou o mundo reiteradas vezes em sua história. O reverendo Malthus argumentava que a produção de alimentos cresceria em progressão aritmética enquanto a população cresceria em progressão geométrica. Assim, a população cresceria rápido na abundância, mas seria constantemente limitada pela escassez⁴⁵. O futuro mostrou que a inventividade humana consegue superar obstáculos.

Foi o que aconteceu com a aplicação maciça de tecnologia na agricultura – plantio, colheita, irrigação, novas variedades – desenvolvidas a partir das pesquisas de Norman Borlaug iniciadas na década de 1930. Aplicadas em larga escala no México na década de 1940, com variedades mais produtivas e resistentes, permitiu que a produção de trigo fosse multiplicada por sete vezes na década. Na seguinte, desenvolveram-se variedades transgênicas que levaram ao auge da transformação produtiva nos anos 1970⁴⁶. Toda essa transformação foi denominada de Revolução Verde, em 1968, por William Gown.

⁴⁵ É o que ocorre, por exemplo, em populações de drosófilas.

⁴⁶ Borlaug recebeu o Prêmio Nobel da Paz em 1970, em reconhecimento a suas contribuições para o aumento da produção agrícola.

O resultado foi a produção em massa de produtos homogêneos, pelo uso intensivo de produtos da indústria (mecanização, fertilizantes, fungicidas, pesticidas, herbicidas), novas variedades de sementes (adaptáveis ao clima local, geneticamente modificadas, e mais produtivas e resistentes), e técnicas aperfeiçoadas de plantio, irrigação, colheita, armazenamento e processamento. O consumo de fertilizantes passou de 14 milhões de toneladas em 1950 para 190 milhões em 2019, 14 vezes mais⁴⁷. O consumo de defensivos agrícolas, insignificante ao final de Segunda Guerra Mundial, passou a ser insumo de uso generalizado na produção agrícola.

Alterou-se o panorama da comercialização internacional – reduziu a dependência de alimentos importados e converteu importadores em exportadores (trigo nos US, arroz na Índia). O espectro da fome deixou de uma questão de insuficiência para uma questão distributiva⁴⁸.

O barateamento do transporte permitiu levar para todas as áreas do mundo produtos que antes só eram disponíveis nos locais de produção, diversificando as dietas, mantendo a oferta nas entressafras. Essa foi uma transição alimentar benéfica. A Revolução Verde teve um impacto socioeconômico relevante, pois a produção em massa e mecanizada tem preferência pela grande propriedade, induzindo um intenso movimento de êxodo rural, especialmente por parte dos pequenos produtores.

As transformações têm alto custo ambiental: esgotamento dos solos, erosão, alterações no ecossistema, desmatamento, a contaminação

⁴⁷ Fonte: <https://www.statista.com/statistics/438967/fertilizer-consumption-globally-by-nutrient/>

⁴⁸ Produção de trigo da Índia passou de 9,8 Mt (Milhões de toneladas) em 1964 para 18 Mt em 1969. No Paquistão, a produção de grãos passou de 4 Mt para 7 Mt nesse mesmo período.

por agrotóxicos e gases de efeito estufa. Nunca é demais lembrar que os poluentes se espalham pelos ares, atravessam fronteiras, se incorporam aos alimentos, viajam longas distâncias terminando em nossos organismos, sobrecarregando os fígados, disparando genes de predisposição para doenças.

Nessa jornada, os alimentos passaram a viajar distâncias cada vez maiores. É fácil estimar distâncias médias percorridas por produtos e caminhos específicos. Por exemplo, a carne vermelha consumida pelas famílias americanas viaja 20.400 km e o frango enviado dos EUA para a China para processamento e retorno, perfaz mais de 14.000 km⁴⁹.

É mais difícil estimar distâncias médias percorridas pela cesta típica de consumo alimentar, dada a grande diversidade de situações, mas alguns exemplos bastam para ilustrar. O DEFRA – *Department for Environment, Food & Rural Affairs* (2005)⁵⁰ estima que, entre 1978 e 2002, o volume de alimentos importados ao Reino Unido cresceu 23% e a distância média percorrida mais de 50%. Estudos referentes aos Estados Unidos, tendo por base o mercado de Chicago, mostram que os alimentos processados viajam em torno de 1.346 milhas e os produtos frescos, entre 1.500 e 2.000 milhas.

O crescimento das exportações mundiais fornece outra dimensão dos aumentos das distâncias médias percorridas. Entre 1961 e 1999, as exportações de alimentos aumentaram 400% (REGMI, 2001)⁵¹ e

⁴⁹ CUESA – Center for Urban Education about Sustainable Agriculture How far does your food travel to get to your plate? Question: How long Food travels before ...

⁵⁰ Department for Environment, Food & Rural Affairs – GOV.UK: The Validity of Food Miles as an Indicator of Sustainable Development – July 2005.

⁵¹ REGMI, Anita (editor). Changing Structure of Global Food Consumption and Trade. Market and Trade Economics Division, Economic Research Service, USDA, 30 May 2001.

entre 2000 e 2019, passaram de US\$ 400 bilhões para US\$ 1.400 bilhões, aumento de 250% (STATISTICAL YEARBOOK WFA, 2021)⁵².

POLUIÇÃO

A poluição é um subproduto indesejado de toda a atividade econômica. O Clube de Roma, no início dos anos 1970, alertava para a proximidade da exaustão dos recursos minerais, inclusive petróleo e carvão, que limitaria inexoravelmente a atividade econômica. Não é o que se vem observando desde então. A tecnologia permitiu que se reduzisse a densidade de matéria na produção. O limitante não é a exaustão de minerais, nem mesmo a disponibilidade de energia, mas a capacidade regenerativa dos ecossistemas. Em resumo, o impacto ambiental das atividades humanas industriais, comerciais, agropecuárias, transportes: perda de biodiversidade e poluentes que afetam nossa saúde e gases de efeito estufa que podem inviabilizar nossa sobrevivência no planeta.

A lista de poluentes é extensa (THE LANCET COMMISSION..., 2022)⁵³ e eles causam muitas mortes prematuras – 9 milhões em 2019, a maioria nos países de renda média e baixa. O mais grave é que esse número está em crescimento – 7% desde 2015 ou 66% desde 2000. Além das mortes prematuras, o custo econômico direto e indireto representa mais de 6% do PIB mundial.

Além do impacto ambiental pelo uso dos defensivos, a cadeia da produção, comercialização, transporte e dispensação de perdas de alimentos contribui com as emissões dos gases de efeito estufa.

⁵² Statistical Yearbook WFA, 2021.

⁵³ "Pollution includes contamination of air by fine particulate matter (PM2.5); ozone; oxides of sulphur and nitrogen; freshwater pollution; contamination of the ocean by mercury, nitrogen, phosphorus, plastic, and petroleum waste; and poisoning of the land by lead, mercury, pesticides, industrial chemicals, electronic waste, and radioactive waste."

Tubiello *et al.* (2021) estimam que os sistemas alimentares tenham sido responsáveis, em 2018, por 16 Gt (Giga toneladas) de CO₂ equivalentes, correspondendo a um terço de todas as emissões antropogênicas mundiais. Dessas, 13 Gt na cadeia alimentar e 3 Gt por mudanças de fronteiras agrícolas ou conversão de uso de terras. Os autores mostram que houve redução nos volumes das emissões por conversão de uso da terra, mas aumento na cadeia alimentar entre 1990 e 2018. Considerando as incertezas das estimativas, as emissões devem ter se situado na faixa do 20 a 40% do total (TUBIELLO *et al.*, 2021)⁵⁴, incluindo o transporte dos alimentos, que em 2018 contribuiu com 511 Mt de CO₂ equivalente. O número não parece expressivo, mas vem crescendo em ritmo intenso – 77,4% entre 1990 e 2018.

Os gases de efeito estufa aquecem o planeta e a mais alta temperatura afeta toda a cadeia de vida. Além do aquecimento, a saúde é diretamente afetada pelos poluentes suspensos no ar, diluídos nas águas (pluviais e dos oceanos), incorporados nos alimentos. Nos dias atuais, discute-se o efeito dos microplásticos que abundam nos ares e mares e são encontrados na proteína animal que nos serve de alimento. Da mesma forma, preocupa a crescente concentração de perfluoroalquilados – cancerígenos e eternos – que contaminam até mesmo as águas das chuvas. Atenção crescente à presença de Ingredientes Farmacêuticos Ativos (IFA), que foi constatada em 1.052 locais de 258 rios de 104 países com população de 471 milhões de habitantes. Em 25,7% desses locais foi constatada a presença de pelo menos um IFA em concentrações acima das consideradas seguras para a saúde humana e a vida das espécies que

⁵⁴Tubiello et al. Greenhouse gas emissions from food systems: building the evidence base. *Environ. Res. Lett.* 16 (21 abr 2021) 065007 <https://doi.org/10.1088/1748-9326/ac018e>.

as habitam. Entre as preocupações está o possível efeito sobre a resistência microbacteriana (WILKINSON *et al.*, 2022)⁵⁵.

COMO ENTENDER A EXPLOÇÃO DA PREVALÊNCIA DA OBESIDADE E DAS DCNT

Genes don't dictate health. How we think, feel, eat, and live determines how our genes get expressed. Genes may be present, but environment, lifestyle, diet, thoughts, and feelings determine if and how they are expressed.

Human Longevity Project

A epidemia de obesidade e DCNT tem componentes genéticos, mas seu rápido crescimento não pode ser atribuído a mutações genéticas. As explicações podem ser encontradas nas transformações das últimas décadas, algumas das quais foram descritas em seções anteriores. Essas mudanças na produção e no meio ambiente afetam a todos, e evitar exposição a elas não é mais uma opção individual. O aquecimento do planeta afeta a todos, embora em intensidades diferentes a depender das latitudes e altitudes. As concentrações de poluentes variam geograficamente e a forma de evitar a exposição é migrar para locais de menor concentração, se possível. O equacionamento de questões ambientais exige ações coletivas (nacionais e internacionais), custosas e de resultados de longo prazo. E, no entanto, precisam ser enfrentadas logo, pois a demora agrava esse estado de coisas.

⁵⁵ WILKINSON *et al.* Pharmaceutical pollution of the world's rivers. PNAS 2022, v. 119, n. 8. February 14, 2022. <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>

Os poluentes que contaminam alimentos, ares, águas e solos, e são ingeridos ou aspirados, podem desencadear manifestações de genes de predisposição de doenças.

Além dessas alterações que fogem ao controle individual, as pessoas também mudaram seus estilos de vida, e é neste espaço e na junção das alterações ambientais com as comportamentais que podem

ser encontradas as explicações para as epidemias de obesidade e doenças crônicas.

*“OS POLUENTES QUE
CONTAMINAM ALIMENTOS,
ARES, ÁGUAS E SOLOS, E SÃO
INGERIDOS OU ASPIRADOS,
PODEM DESENCADear
MANIFESTAÇÕES DE GENES
DE PREDISPOSIÇÃO
DE DOENÇAS”*

Um dos efeitos da mecanização e urbanização é o crescimento do sedentarismo. A sobrevivência da espécie durante muitos milênios dependia do movimento constante em busca de alimento, caça a presas e fuga de predadores. O sur-

gimento da agricultura pouco mudou a necessidade de constante movimento, já que o cultivo dependia muito da força do braço humano, ainda que com auxílio da força animal.

Produção e transporte mecanizados reduziram a necessidade de movimento. O lazer se tornou sedentário, como atestam as seguidas horas de visualização de telas. Nas aglomerações urbanas, perde-se o contato com a natureza. As tensões acrescentam estresse

na nossa rotina. A competição sem limites aumenta a ansiedade. Tudo em prejuízo de nossa saúde.

A produção de alimentos mais facilmente perecíveis, como as hortaliças, verduras, frutas, foi deslocada pelo crescimento das cidades; os tempos de percurso aumentaram e os alimentos *in natura* servidos nas refeições perderam o frescor e ganharam uma ampla variedade de agrotóxicos, presentes na maioria dos produtos agrícolas. A proteína animal passou a conter doses de antibióticos e hormônios, com potenciais consequências adversas à saúde.

Não obstante a importância dessas mudanças, a mais marcante parece ser a dos hábitos alimentares. A revolução verde e o transporte mais barato permitiram a diversificação das dietas e a disponibilidade mesmo nas entressafras, caracterizando o que se pode denominar de Transição Gastronômica. Mas no último quarto do século passado, começou-se a viver outra transição gastronômica, desta vez para o crescente consumo de alimentos ultraprocessados (PUBLIC HEALTH NUTR., 2018)⁵⁶.

A indústria, que tivera contribuição essencial na revolução verde, passou a desenvolver formas de conservar os alimentos por longos períodos e torná-los convenientes, estocáveis nos lares, cômodos, praticamente prontos e imediatamente disponíveis para o consu-

⁵⁶ Ultraprocessamento: A singular feature of NOVA is its identification of ultra-processed food and drink products. These are not modified foods, but formulations mostly of cheap industrial sources of dietary energy and nutrients plus additives, using a series of processes (hence 'ultra-processed'). All together, they are energy-dense, high in unhealthy types of fat, refined starches, free sugars and salt, and poor sources of protein, dietary fibre and micro-nutrients. Ultra-processed products are made to be hyper-palatable and attractive, with long shelf-life, and able to be consumed anywhere, any time. Their formulation, presentation and marketing often promote overconsumption. Monteiro et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutr., [s. l.], v. 21, n. 1, p. 5-17, jan. 2018. doi: 10.1017/S1368980017000234. Epub 2017 Mar 21.

mo, bastando desembalar e eventualmente aquecer. Tornaram-se poupadores de trabalho doméstico. Produzidos e processados em massa, ficaram mais acessíveis. Seu barateamento generalizou o seu consumo, que contribuiu para a segurança alimentar e redução da fome, especialmente dos menos providos.

Algum processamento é necessário: secar, moer, embalar, retirar partes não comestíveis, prensar, extrair, centrifugar, com adição mínima de ingredientes culinários para aumentar a estabilidade, durabilidade e palatabilidade. Bem diverso é o ultraprocessoamento, envolvendo sucessivas fases de processamento, que transformam completamente os produtos originais integrais pela adição de proteínas, gorduras, sais, açúcares e aditivos que melhorem a aparência e o paladar e aumentem sua durabilidade. Entre eles os conservantes, bactericidas, fungicidas, estabilizantes, emulsificantes, edulcorantes, corantes e outros aditivos, cujos efeitos potenciais no organismo ainda são insuficientemente mapeados. Perdem-se nutrientes e fibras e acrescentam-se ingredientes que aumentam sua carga glicêmica e as calorias por unidade de peso. A indústria investe no desenvolvimento de aditivos e em embalagens para intensificar o desejo por esses produtos.

A generalização do consumo dos ultraprocessoados leva as sociedades a ganharem peso, em situação paradoxal de obesidade com desnutrição. Existem evidências ligando o consumo excessivo de ultraprocessoados a desequilíbrios (disbioses) na composição da biota intestinal, que pode originar processos inflamatórios crônicos.

Praticamente inexistentes em meados do século XX, exceto margarinas e bebidas gaseificadas, seu consumo cresceu rapidamente a partir do último quarto do século XX, substituindo o preparo

doméstico com base em alimentos naturais e frescos. Atualmente, respondem por cerca de metade ou mais de todas as calorias consumidas no US, UK, Canadá, e entre 20% e 40% nos outros países de renda alta ou média e crescendo rapidamente (UNC GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM, 2021)⁵⁷.

No Brasil, os indicadores mostram queda entre 2013 e 2019 na aquisição domiciliar *per capita* de cereais, leguminosas e hortaliças e aumento de bebidas e infusões, em movimento oposto ao recomendado. Os outros itens se moveram na direção mais saudável. A composição calórica percentual dos alimentos consumidos pelos quintis de renda mostrou comportamentos não esperados, pois os *in natura* participaram com 55,6% das calorias no quintil de renda mais baixa, declinando continuamente para 44,2 no quintil de renda mais alta e os ultraprocessados por 12,5% no primeiro quintil e 24,7% no quintil de mais alta renda (IBGE, 2022)⁵⁸.

Nos países ricos consomem-se muito pouco de alimentos reconhecidos como saudáveis (legumes, vegetais, gorduras poli-insaturadas, grãos integrais, frutas, castanhas, nozes e sementes) e quantidades excessivas dos não saudáveis (bebidas açucaradas, sal, carnes processadas, gorduras saturadas, gorduras trans e ácidos graxos) (GLOBAL NUTRITION REPORT, 2018)⁵⁹. A consequência é o crescimento de doenças relacionadas a dietas inadequadas e mor-

⁵⁷ Ultra-processed foods: A global threat to public health. UNC GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM, MAY 2021. UPFs_Fact_Sheet_May2021 (globalfoodresearchprogram.org). Ver também: MONTEIRO, E. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. Obesity. doi: 10.1111/obr.1210721@ 2013. HALL, K. D. et al. Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. Cell Metab., [s. l.], v. 30, n. 1, 2019, jul. 02. doi:10.1016/j.cmet.2019.05.008.

⁵⁸ IBGE, Diretoria de Pesquisas POF 2003-2004, 2008-2009 3 2018-2019. Ver também: LEVY, et al. Three decades of household food availability according to NOVA – Brazil, 1987–2018. Rev. Saúde Pública, [s. l.], 2022.

⁵⁹ Global Nutrition Report, 2018.

tes prematuras a elas atribuídas – 12 milhões ou 15% a mais que em 2010 (GLOBAL NUTRITION REPORT, 2021)⁶⁰.

Mudança marcante está no consumo de carnes que passou de 71 Mt, em 1961, para 323 Mt, em 2018, aumento de 355%, ou de 23 kg para 43 kg *per capita* por ano, um aumento de 88%, com ampla variação entre nações por nível de renda – mais de 120 kg na América do Norte, 75 kg na Europa e América Latina e 30 kg na Ásia e menos de 20 kg na África (PARLASCA; QAIM, 2022)⁶¹. Importante fonte de nutrientes, em algumas nações o consumo ainda é baixo enquanto em outras é possível que seja excessivo.

Questiona-se também o efeito na saúde da mudança na forma de criação, de livre em pastagens naturais para confinamento, que priva o animal de sua liberdade, e uso de antibióticos e hormônios, que se incorporam à carne. Estudos randômicos controlados e meta-análises sugerem que o consumo de carnes processadas (defumação, cura, adição de sal e preservativos) está associado a doenças crônicas como diabetes, cardiovasculares, demência, diversos tipos de câncer, particularmente o cólon retal. Estudo com 3.931 participantes de 65 ou mais anos de idade, de uma comunidade americana, durante 12 anos, concluiu que o consumo de carne estava associado à doença aterosclerótica cardiovascular (WANG, 2022)⁶².

⁶⁰ Global Nutrition Report, 2021. The state of global nutrition.

⁶¹ PARLASCA, M.; QAIM, M. Meat Consumption and Sustainability. *Annu. Rev. Resour. Econ.*, [s. l.], n. 14, p. 6.1-6.25, 2022. <https://doi.org/10.1146/annurev-resource-111820-032340>.

⁶² Conclusão: "In this large, community-based cohort, higher meat intake associated with incident ASCVD, partly mediated by microbiota-derived metabolites of L-carnitine, abundant in red meat. These novel findings support biochemical links between dietary meat, gut microbiome pathways, and ASCVD" (Atherosclerotic Cardiovascular Disease). WANG, M. Dietary Meat, Trimethylamine N-Oxide-Related Metabolites, and Incident Cardiovascular Disease Among Older Adults: The Cardiovascular Health Study. published 1 Aug2022.<https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.121.316533>.

Estudo da OMS e OPAS mostra forte correlação positiva entre o consumo de ultraprocessados e IMC, ajustado por população, participação rural e renda: cada 20 unidades de aumento de vendas de ultraprocessados acarretava um aumento de 0,25 kg/m² no IMC (PAHO; WHIO, 2016)⁶³. Em ensaio randômico controlado com 20 pessoas de peso estável, os participantes separados em dois grupos de 10 e cada qual teve acesso ilimitado à comida, um grupo a alimentos ultraprocessados e ou outro sem ultraprocessados, durante duas semanas; nas duas seguintes, a dieta foi invertida. Na dieta com ultraprocessados, a ingestão calórica foi mais alta e os participantes ganharam peso. O estudo estabeleceu para esses participantes uma relação de causa e efeito, entre ingestão de ultraprocessados e massa corporal (HALL, 2019)⁶⁴.

Estudo prospectivo com adultos mostrou que cada porção de ultraprocessados consumida diariamente estava associada a aumentos entre 5% e 9% no risco de doenças cardiovasculares (J. OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2021).⁶⁵ Ainda como consequência das transformações, a prevalência do câncer colorretal no mundo dobrou entre 1990 e 2019, e a incidência (novos casos) ajustada por idade passou de 22 por cem mil para 26,7 por cem mil, tendo crescido também a incidência entre menores de 50 anos (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2019)⁶⁶.

⁶³ Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean (PAHO e WHIO). 2016. <https://www.researchgate.net/publication/303873578>.

⁶⁴ HALL, K. D. et al. Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metab.*, [s. l.], 02 jul. 2019. doi:10.1016/j.cmet.2019.05.008.

⁶⁵ Ultraprocessed foods and Incident Cardiovascular Disease in the Framingham Offspring Study. *J. of the American College of Cardiology* 2021. <https://doi.org/10.106/j.jacc2021.01.047>.

⁶⁶ Global, regional, and national burden of colorectal cancer and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *www.thelancet.com/gastrohep* Published online. 7 abr. 2022. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00044-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00044-9).

Se a revolução verde multiplicou a produtividade, o que permitiu maior disponibilidade e maior variedade de alimentos – os fundamentos da primeira transição nutricional – vive-se desde o início do último quarto do século XX, a segunda transição nutricional – a do aumento excessivo do consumo de carnes e alimentos ultraprocessados, que têm maior densidade energética e menor conteúdo de nutrientes e fibras, impulsionando a epidemia de obesidade.

A prevalência do sobrepeso e da obesidade começou a crescer em ritmo mais intenso a partir de meados de década de 1970. Nos Estados Unidos, por exemplo, as taxas de obesidade eram estáveis entre 1960 e 1975, quando iniciaram um crescimento acelerado.⁶⁷ Padrão similar é constatado em vários outros países do mundo, tanto para homens quanto para mulheres (**Figuras 1 e 2**)⁶⁸.

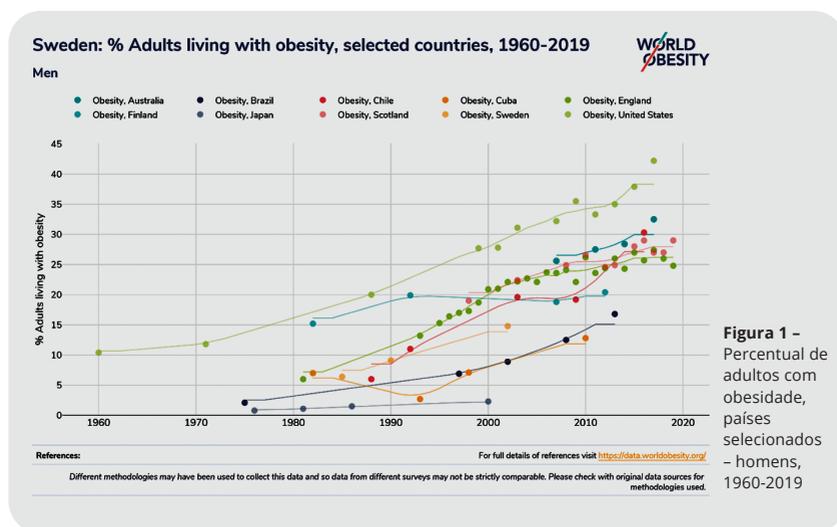


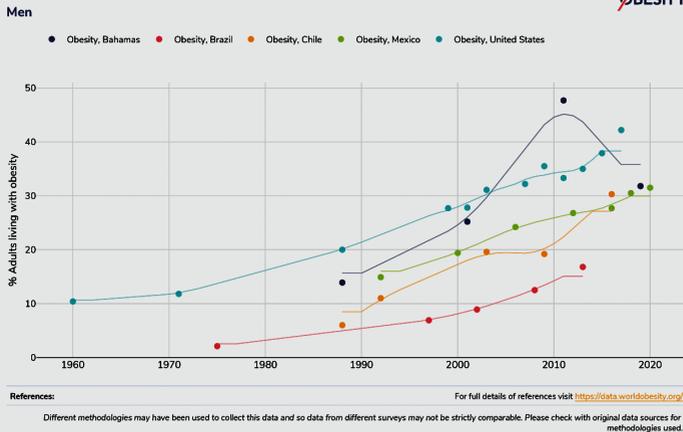
Figura 1 – Percentual de adultos com obesidade, países selecionados – homens, 1960-2019

Fonte: <https://data.worldobesity.org/country/united-states-227/> \ "data_trends"

⁶⁷ Site IEPS: A Epidemia de Obesidade e as DCNT: Causas, custos e sobrecarga no SUS.

⁶⁸ United States | World Obesity Federation Global Obesity Observatory. Embora os gráficos mostrem a prevalência entre homens adultos, as curvas para as mulheres adultas seguem o mesmo padrão, com percentuais um pouco mais altos.

Chile: % Adults living with obesity, selected countries, 1960-2020



Está na hora de mais uma mudança – a terceira transição nutricional – para reequilibrar a composição dos pratos. A desnutrição ainda subsiste não somente nos países pobres ou de renda média baixa, mas também em áreas de pobreza dos países de renda alta ou média alta. A pandemia iniciada em 2020 agravou a situação para essas populações. Há que se promover maior segurança alimentar para todos. Para essas populações, que ainda consomem baixas quantidades de proteína animal, a carne não processada pode ser um alimento importante. Em outras áreas, o consumo *per capita* já é excessivo e as recomendações de muitas entidades que tratam de padrões alimentares são pela sua redução.

Essas mesmas entidades recomendam padrão alimentar parecido com as dietas mediterrâneas baseado em vegetais, frutas, verduras, complementados com castanhas, nozes e sementes. Esse padrão alimentar contém menor quantidade de calorias por unidade de nu-

trientes, permitindo que o organismo sinalize tempestivamente a saciedade. Por isso, esse padrão alimentar favorece a perda de peso e a manutenção de peso adequado.

Mas a recomendação mais importante é enfrentar a questão dos ultraprocessados: alterar sua composição, eliminando as substâncias potencialmente prejudiciais à saúde. Enquanto não se consegue sucesso nessa linha, a recomendação é reduzir o seu consumo. Esta não é uma tarefa simples, pois muitas variáveis conspiram contra, desde a diferença de preços, acessibilidade, disponibilidade, conveniência, apelos dos anúncios publicitários, rede de mercados supriores⁶⁹. Essas e outras variáveis caracterizam o que Gun e Blumberg denominaram de ambiente obesogênico (GRUN; BLUMBERG, 2006)⁷⁰.

DESAFIOS À TERCEIRA TRANSIÇÃO ALIMENTAR

Vivemos uma epidemia de obesidade e com ela o crescimento das doenças crônicas. Inúmeros artigos publicados sobre a questão mostram fortes associações entre estilos de vida, prevalência da obesidade e doenças crônicas. A conclusão lógica é que mudanças nos estilos de vida podem reduzir a prevalência da obesidade e, por consequência, também arrefecer o crescimento da prevalência das doenças crônicas. Vários países desenvolveram programas para enfrentar

⁶⁹ Food deserts and swamps.

⁷⁰ GRUN, F.; BLUMBERG, B. Environmental Obesogens: Organotins and Endocrine Disruption via Nuclear Receptor Signaling. *Endocrinology*, [s. l.], v. 147, n. 6, 2006. (Supplement). doi: 10.1210/en.2005-1129.

essa questão. A maioria editou diretrizes para uma alimentação saudável, consideradas adequadas, mas infelizmente pouco seguidas.

Essas diretrizes são criticadas sob o argumento de que faltariam evidências científicas, baseadas em ensaios clínicos randomizados, para comprovar relações de causalidade, já que correlações nada indicam sobre causalidade. Tampouco haveria evidências científicas sólidas para comprovar os efeitos danosos à saúde de certos estilos de vida, padrões alimentares e poluição ambiental.

O ceticismo tem fundamento, pois, de fato, associação não prova causa e efeito, devido à multiplicidade de fatores que a afetam. Há muito a se avançar nesses ensaios. Mas nem por isso parece adequado que se aguarde, sem ação, os longos períodos que são necessários para que os ensaios clínicos produzam resultados confiáveis.

Diferentemente dos ensaios clínicos de novas drogas, ensaios randomizados para testar os efeitos da poluição ambiental, da alimentação e dos estilos de vida são impraticáveis, à vista da multiplicidade de fatores que interferem conjuntamente e das dificuldades práticas para isolar as contribuições de todas essas variáveis. Haveria necessidade de isolar grandes grupos de pessoas por longo tempo para assegurar uniformidade de conduta e assim isolar os efeitos. Obviamente, além de nada prático, haveria limitações éticas severas para esse tipo de ensaio. Nos casos dos ensaios clínicos randomizados controlados para a liberação do uso de novas drogas terapêuticas, busca-se determinar se o uso da droga no grupo de interesse faz diferença em relação ao grupo de controle ao qual foi ministrado placebo. O ensaio busca minimizar os efeitos de fatores externos, sem, contudo, eliminá-los por completo. Portanto, ainda atuam fatores não controlados, como diferentes comportamentos

dos participantes, presença ou ausência de (grupos) de genes específicos, método de conservação e aplicação da droga, uso simultâneo de outras drogas, temperatura ambiente e uma multitude de outras variáveis. Ainda assim, aceitam-se os resultados como comprovadores ou não da eficácia com margem aceitável de erro.

A realização de ensaios clínicos prévios à comercialização de novas drogas tornou-se obrigatória. Atribui-se o primeiro ensaio clínico ao estatístico Sir Austin Bradford Hill, relativo ao uso da estreptomicina no tratamento da tuberculose pulmonar (HILL, 1948)⁷¹. Além de verificar a eficácia terapêutica, os ensaios fornecem valiosas informações sobre possíveis efeitos colaterais, sempre seguindo o primeiro ensinamento de Hipócrates, de não fazer o mal.

A importância dos testes para verificar efeitos colaterais fica evidente diante dos milhares de nascimentos de crianças sem membros, no fim da década de 1950, em consequência do uso da talidomida nos primeiros meses da gestação. Vale ainda mencionar o exemplo do VIOXX, droga aprovada pelo FDA em 1999 e comercializada para tratamento da artrite. Foi apresentada como altamente eficaz para o combate aos processos inflamatórios da artrite sem afetar o aparelho digestivo, como as existentes que aumentavam o risco de sangramentos intestinais e desenvolvimento de pólipos. Acontece que logo se constatou que seu uso por dois anos aumentava o risco de ataques cardíacos e AVC. Ensaio com mais de 40.500 pessoas em 2004 mostrou que o uso diário do Vioxx triplicava o risco de morte por doença cardíaca. Foi retirado do mercado e o fabricante pagou bilhões de dólares em indenizações.

⁷¹ Sir Austin Bradford Hill. Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis. *BMJ*, [s. l.], 30 out. 1948.

Lembremos ainda das enaltecidas propriedades da radiação, descoberta pelo casal Curie há pouco mais de um século, que levou a recomendar o uso de luvas, colchões e palmilhas radioativas. O tempo, uma década e pouco depois, revelou os efeitos cancerígenos, tendo incidido em sua descobridora.

No presente contexto, as ações dizem respeito a adaptações nos estilos de vida e padrões alimentares, que estão na governança das pessoas. Em essência, trata-se de mudanças e adaptações na composição do padrão alimentar, diminuindo o consumo de certos tipos de produtos, notadamente os ultraprocessados, e incrementando o de produtos naturais integrais baseados em vegetais, folhas verdes, leguminosas, frutas, castanhas e nozes. É uma questão de equilíbrio. Não há indicações de que o consumo equilibrado desses tipos de produtos tenha efeitos danosos no organismo humano. Ressalva feita a produtos específicos para pessoas que tenham determinadas condições de saúde.

Entre as muitas e diversas dificuldades para realizar essa progressiva adaptação está a alta preferência pelo presente das pessoas. As mudanças têm custos, por menores que sejam, e acontecem no presente, enquanto seus efeitos e benefícios são produzidos no futuro. Além disso, a relação é probabilística e não determinista.

As pessoas tendem a escolher o caminho que lhes parece mais fácil – persistir nos hábitos atuais –, mas este caminho pode se revelar *a posteriori* uma escolha inadequada pelos efeitos resultantes. E as pessoas tendem a pensar que se o risco se materializar nelas, elas poderiam recorrer às tecnologias da medicina – as pílulas emagrecedoras e as mesas de cirurgia – que, em sua imaginação, produzem efeitos imediatos, não teriam consequências ad-

versas nem custos pessoais ou financeiros. Parece-me dispensável argumentar contra esse raciocínio equivocado.

Para que as mudanças ocorram é indispensável que as pessoas desejem mudar. Para isso, precisam conhecer os efeitos de manterem comportamentos/hábitos inadequados. Mas isso tampouco é suficiente. Não se trata de uma questão de força de caráter, mas de refazer os circuitos neuronais ligados aos hábitos arraigados e construir novos. E as pessoas, uma vez esclarecidas, que se propõem a essa mudança, precisam ter acesso aos meios. Será preciso consertar as disfunções dos ambientes obesogênicos, o que requer o envolvimento do setor público, particularmente na educação para alimentação saudável já nos primeiros anos de escola, na composição da merenda escolar, nos produtos que podem ser postos à venda nas cantinas escolares, na rede de abastecimento de produtos naturais nos bairros residenciais, na infraestrutura que facilite o caminhar e o pedalar pelas ruas das cidades. Requer também a atuação das operadoras de planos de saúde, das empresas contratantes, e das próprias pessoas.

BREVES RECOMENDAÇÕES FINAIS

Para finalizar, cabem comentários sobre os custos com saúde nas empresas e suas ações para promover a saúde de seus colaboradores e familiares. O gasto com saúde nas grandes empresas que oferecem planos de saúde para seus colaboradores alcança entre 12% e 15% das despesas – o segundo maior gasto, depois da própria folha de pagamentos. E o gasto tem crescido continuamente, para preocupação das áreas financeiras. Não surpreende, portanto,

que as empresas reclamem dos altos custos e dos reajustes demandados por suas operadoras.

Investir na saúde dos colaboradores é investir no seu desempenho. Colaboradores saudáveis são mais produtivos, faltam menos ao trabalho e são menos afetados pelo presenteísmo. O investimento na promoção da saúde retorna na forma de maior produtividade.

Mas as empresas conhecem a epidemiologia do seu quadro de colaboradores? A composição das suas despesas com saúde? Quais causas respondem pela maior parte das despesas? Quais doenças são as que provocam os maiores gastos? Quais são responsáveis pelos afastamentos do trabalho? E, especialmente, que ações as empresas adotam para promover, melhorar e preservar o estado de saúde de seus colaboradores?

Como conclusão cito apenas que muitos países recomendam um padrão alimentar saudável, mas as sociedades estão longe de segui-lo. Há também inúmeras recomendações de ações e políticas para a redução do percentual de pessoas com obesidade. Todavia, os casos de sucesso não são numerosos.

Para se obter sucesso, precisa-se mais do que recomendações, esclarecimentos, políticas públicas, educação. Acima de tudo, um melhor entendimento dos mecanismos neuronais que guiam nossas ações, de forma a facilitar o abandono de hábitos arraigados nos escaninhos do pensamento, nas palavras do Lord Keynes, e a incorporação de outros.

Obesidade e suas consequências ameaçam a sustentabilidade dos sistemas de saúde, causam elevadas despesas com assistência à

saúde e perdas econômicas pela redução da produtividade e aumento do absenteísmo. As sociedades e seus governos não podem permanecer como simples espectadores diante dessas tendências e de seus efeitos.

REFERÊNCIAS

ATLAS da International Diabetes Federation. 2021.

CRISP, Edmund Nigel. *Health Is Made At Home. Hospitals Are For repairs. Building a Healthy and Health-Creating Society*. [S. l.: s. n.], s. d.

DE LORENZO, Antonio et al. *Why primary obesity is a disease?* Transl Med, [s. l.], v. 17, p. 169, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12967-019-1919-y>.

DEPARTMENT FOR ENVIRONMENT, Food & Rural Affairs – GOV.UK: *The Validity of Food Miles as an Indicator of Sustainable Development*. Jul. 2005.

ECONOMIC impacts of overweight and obesity: current and future estimates for eight countries. Publicação on-line, 30 set. 2021. Doi: 10.1136/bmjgh-2021-006351.

EIU. *Tackling adolescent obesity in Latin America*. Commissioned by Novo Nordisk. 2021.

EPIGENETICS: *the science of change*. Environmental Health Perspectives, mar. 2006.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2019. Publicação on-line. Disponível em: www.thelancet.com/gastrohep. Acesso em: 7 abr. 2022. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00044-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00044-9).

GLOBAL NUTRITION REPORT. *The state of global nutrition*. 2021.

GRUN, F.; BLUMBERG, B. *Environmental Obesogens: Organotins and Endocrine Disruption via Nuclear Receptor Signaling*. *Endocrinology*, [s. l.], v. 147, n. 6, 2006. (Supplement). doi: 10.1210/en.2005-1129.

HALL, K. D. et al. *Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: An inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake*. *Cell Metab.*, [s. l.], v. 30, n. 1, 2019, jul. 02. doi:10.1016/j.cmet.2019.05.008.

<https://www.statista.com/statistics/438967/fertilizer-consumption-globally-by-nutrient/>

IBGE, Diretoria de Pesquisas POF 2003-2004, 2008-2009 3 2018-2019. Ver também: LEVY, et al. Three decades of household food availability according to NOVA – Brazil, 1987–2018. *Rev. Saúde Pública*, [s. l.], 2022.

JOURNAL PUBMED. jul. 2014. doi: 10.1371/journal.pmed.1001673. Ver: *Extreme Obesity Shaves Years Off Life Expectancy. Four Questions with Dr. Cari Kitahara*, by Brooke Worthing. Disponível em: <https://irp.nih.gov/blog/post/2020/01/extreme-obesity-shaves-years-off-life-expectancy>. Acesso em: 23 jan. 2020.

KARABEGOVIĆ, Irma et al. *Epigenome-wide association meta-analysis of DNA methylation with coffee and tea*. BioRxiv. 15 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.042267>.

LANCET. 28 mar. 2009. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4.

N ENGL J MED. 2 dez. 2010. doi: 10.1056/NEJMoa1000367

NATURE. 03 nov. 2021.

NUNES, B. P. *et al.* *BMJ Open* [s. l.], 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015885.

OBESITY Rates by Country. 2022 (worldpopulationreview.com).

OMS Key facts. *Press release da OMS* em 11 de outubro de 2017. Jun. 2021. Acesso em: 16/06/2022.

OMS, *Obesity and Overweight*. Acesso em: 9 jun. 2021.

PAHO; WHO. *Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean*. [S. l.: s. n.], 2016. <https://www.researchgate.net/publication/303873578>.

PARLASCA, M.; QAIM, M. *Meat Consumption and Sustainability*. *Annu. Rev. Resour. Econ.*, [s. l.], n. 14, p. 6.1-6.25, 2022. <https://doi.org/10.1146/annurev-resource-111820-032340>.

PUBLIC HEALTH NUTR., [s. l.], v. 21, n. 1, p. 5-17, jan. 2018. doi: 10.1017/S1368980017000234. Epub 2017 Mar 21.

REGMI, Anita (ed.). *Changing Structure of Global Food Consumption and Trade*. Market and Trade Economics Division, Economic Research Service, USDA. 30 maio 2001.

HILL, Sir Austin Bradford. *Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis*. *BMJ*, [s. l.], 30 out. 1948.

THE GLOBAL Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Publicação *on-line*. 27 jan. 2019. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8).

THE LANCET COMMISSION on pollution and health: *Pollution and Health: a progress to date*. www.thelancet.com/planetary-health. Publicação *on-line*. 17 maio 2022.

TUBIELLO *et al.* *Greenhouse gas emissions from food systems: building the evidence base*. *Environ. Res. Lett.*, [s. l.], v.16, 21 abr. 2021. 065007 <https://doi.org/10.1088/1748-9326/ac018e>.

UNC GLOBAL *Food Research Program*. *Ultra-processed foods: a global threat to public health*. maio 2021. UPFs_Fact_Sheet_May 2021 (globalfoodresearchprogram.org). Ver também: MONTEIRO, E. *et al.* Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity*. doi: 10.1111/obr.1210721© 2013.

WANG, M. *Dietary Meat, Trimethylamine N-Oxide-Related Metabolites, and Incident Cardiovascular Disease Among Older Adults: The Cardiovascular Health Study*. published 1. Ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.121.316533>.

WHO. *European obesity report 2022*

WHO. *Health Statistics 2020*.

WHO. *Obesity and overweight* (who.int). Jun. 2021.

WILKINSON *et al.* *Pharmaceutical pollution of the world's rivers*. *PNAS* 2022, [s.l.] v. 119, n. 8. 14 fev. 2022.
Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>

WORLD Obesity Atlas. 2022.

WORLD Obesity Federation, 2021.

REQUISITOS PARA A MUDANÇA DE **ESTILO DE VIDA** **SUSTENTADA**

SÂMIA AGUIAR BRANDÃO SIMURRO

Psicóloga. Mestre em Neurociências e Comportamento. Coaching em Cultura de Saúde e Bem estar. Coordenadora do MBA em Gestão da Promoção da Saúde e Bem-estar da ABQV e São Camilo.

Se você muda a si mesmo, você mudará o mundo, se mudar o jeito de pensar, então mudará como se sente e as ações que toma. Aí, o mundo ao seu redor também muda!

(Mahatma Gandhi)

Mudar estilo de vida é o principal e mais importante fator de intervenção para que se possa garantir que as pessoas tenham vida longa e saudável. Muito tem sido feito, porém os esforços ainda não se reverteram em desfechos bem-sucedidos. Surge, no mundo inteiro, Centros de Pesquisas para esse campo de estudo com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre quais agentes contribuem para que as abordagens funcionem e se possa otimizar os recursos para, de fato, evitar o adoecimento. Pesquisadores do *Science of Behavior Change (SOBC)*, do *National Institute of Health (NIH)*, se reuniram no esforço de identificar o que faz uma mudança comportamental ser bem-sucedida e permanente. A ideia deste capítulo é demonstrar a complexidade das intervenções baseadas na mudança de estilo de vida e como elas podem atuar de forma mais eficiente na promoção da saúde através da detecção precoce, intervenções amplas, abrangentes e integradas.

Os cuidados a serem observados na escolha do modelo, fatores de influência nos desfechos, os principais modelos e intervenções existentes e estratégias utilizadas para maior eficácia nas abordagens, serão discutidos ao longo desse capítulo, bem como os desafios no desenho de intervenções para mudança de estilo de vida, diante das inúmeras teorias disponíveis na ciência comportamental. Ao final, comentaremos sobre os caminhos futuros das pesquisas e intervenções.

AS PESSOAS, O CONTEXTO E A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os principais problemas globais, como degradação do meio ambiente, adoecimento, incapacidades, pandemias entre outros, têm os aspectos comportamentais como protagonistas. De fato, a importância dos comportamentos para a educação, relações sociais, ambiente de trabalho, sobrevivência, saúde e bem-estar físico e emocional, vem sendo o centro das atenções de pesquisadores para se entender as causas e soluções para essas questões. Há muito tempo se tenta compreender, explicar e influenciar as escolhas individuais. Inúmeros estudos, teorias, métodos e modelos são desenvolvidos para promover mudanças que ajudem as pessoas a responderem, de forma mais eficaz, às diferentes situações da vida. Mais recentemente, pesquisas nesta área cresceram em sua importância e têm fornecido subsídios às iniciativas e aplicações em diversos campos. O olhar para esses estudos está ampliado e passou a nortear decisões sobre as intervenções a serem utilizadas para os diferentes propósitos.

Enquanto esse campo floresce, explicar por que e como as pessoas fazem suas escolhas, direcionar positivamente comportamentos, ainda está longe da precisão nas suas práticas e estratégias para mudança. Ao mesmo tempo, principalmente no que diz respeito à área da saúde, a tarefa é urgente. É fundamental focar na prevenção e na modificação dos fatores de risco evitáveis através da melhoria do estilo de vida individual. O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde destaca a importância da identificação e prevenção dos fa-

tores de risco e da promoção dos comportamentos saudáveis para uma longevidade plena (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A partir de 2020, os desafios que os profissionais de saúde têm enfrentado aumentaram enormemente. A pandemia e o contexto atual ressaltaram a necessidade de se repensar as intervenções, especialmente no que diz respeito ao bem-estar mental e aos fatores de risco psicossocial. Níveis crescentes de ansiedade e depressão, alertam para o mundo urgente e incerto em que se vive, onde não se consegue desenhar um plano seguro de futuro. Em tempos de dor social e dissonância cognitiva, esses processos podem ficar ainda mais complexos e comprometidos pelas questões de saúde mental.

As inúmeras informações a que se tem acesso, não permitem o tempo suficiente para a reflexão necessária sobre o que é importante e o que se precisa atentar para dar melhores respostas direcionadas a melhoria da saúde de forma assertiva.

Uma pesquisa promovida pelo *Global Centre for Healthy Workplace*, em parceria com o *Institute for Employment Studies* (2018), por exemplo, aponta que, apesar de todos os esforços de se promover saúde no ambiente de trabalho, houve aumento de queixas de dor nas costas em 56% dos trabalhadores brasileiros e, mesmo assim, 84% dos empregadores brasileiros não realizaram uma avaliação de risco para seus *home office*. O grande número de variáveis que estão envolvidas em torno de um comportamento, dificulta o entendimento e o sucesso na abordagem para modificar e impedir que comportamentos nocivos se instalem em gerações futuras. Eles podem estar relacionados a fatores como sexo, idade, *status* de saúde, hábitos, inteligência, personalidade, atitudes, habilidades, classe social, familiar, educação, moradia, ambiente, país, sociedade, bem como história pessoal, momen-

to de vida entre outros. O fato é que ainda não estamos conseguindo mudar os desfechos em saúde de forma significativa. Uma pesquisa de meta-análise publicada na Pubmed de agosto de 2021 na Revista do *National Center for Biotechnology Information (NCBI)* do *National Institute of Health (NIH)*, concluiu que nove em cada dez pessoas que morreram de Covid-19 nos Estados Unidos, tinham alguma comorbidade como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade ou doen-

*“A PANDEMIA DA COVID-19
TAMBÉM DEIXOU MAIS
CLARO O FATO DE QUE A
HUMANIDADE ENFRENTARÁ,
DE TEMPOS EM TEMPOS,
VÁRIAS ONDAS DE DOENÇAS
EMERGENTES”*

ças pulmonares. Muitas dessas comorbidades poderiam ser prevenidas, revertidas, diminuídas em sua severidade, ou até eliminadas através de escolhas saudáveis.

Analisar os fatores de adoecimentos e propor atuações customizadas para o público considerado é

papel essencial da Promoção da Saúde. Habilitar para a melhoria do estilo de vida, através da construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios da responsabilidade pessoal, solidariedade, equidade, ética e cidadania, faz parte desse processo. Intervenções precoces que mantenham saudável uma população pelo maior tempo possível, é a ideia principal, que cresce em importância na prática futura da medicina, se contrapondo ao tratamento da doença. Isso implica entender toda a complexidade dessa questão para uma atuação integrada que precisa ir além dos fatores biológicos do adoecimento.

A pandemia da Covid-19 também deixou mais claro o fato de que a humanidade enfrentará, de tempos em tempos, várias ondas de doenças emergentes. Isso já se comprova na história, mas ficou ainda mais evidenciada para todos, depois do que se viveu coletivamente. Essa constatação veio reforçar a importância do olhar para as intervenções da promoção da saúde que, quando aplicadas em fases mais iniciais de uma epidemia, previnem enormemente que um maior número de pessoas seja acometido pela doença.

A promoção da saúde, que já é imprescindível para a saúde pública, incorpora-se, cada vez mais, nos ambientes de trabalho. CEOs de diversas organizações procuram entender a relação que a saúde dos colaboradores tem com os resultados organizacionais. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a Agenda 2030, tornou esse tema ainda mais urgente. Caminhar para uma sociedade mais saudável, feliz, produtiva e de maior desenvolvimento global, só aumenta a necessidade das empresas de seguir, a passos largos, na descoberta de caminhos seguros que ajude as nações alcançarem maior desenvolvimento através da melhoria da saúde individual. A excelência na gestão moderna das organizações está preconizada pela relevância das questões do bem-estar, segurança individual, bem como as questões ambientais e sociais envolvidas.

De fato, é necessário transformar e integrar políticas públicas de saúde, propor mudanças comportamentais nas pessoas em seus diferentes ambientes como famílias, escolas, trabalho, comunidades e espaços físicos livres. É preciso engajar toda a sociedade para que contemplem, encorajem e mantenham práticas saudáveis. Nesta perspectiva, a promoção da saúde realmente pode causar profundo impacto no bem-estar da comunidade à medida que propõe avançar para além da prevenção de doenças e do acesso a serviços

médico-assistenciais de qualidade, contribuindo com uma atuação amplificada nos múltiplos determinantes da saúde.

Um argumento incontestável sobre a importância de se avançar na promoção da saúde e torná-la mais eficaz, é que ela tem grande potencial de reduzir os custos dos sistemas de saúde em geral que, com certeza, é um necessário desafio a se enfrentar.

Essa proposta de intervir no bem-estar e manter a população saudável, está na Política Nacional de Promoção da Saúde criada pelo Ministério da Saúde, que coloca como temas prioritários a serem abordados, a formação e educação permanente, alimentação saudável, atividade física, enfrentamento no uso do tabaco e seus derivados, promoção da mobilidade segura, cultura da paz, direitos humanos e desenvolvimento sustentável. Para tal, todo o conhecimento da ciência comportamental se faz necessário.

FATORES DE INFLUÊNCIA NOS COMPORTAMENTOS EM SAÚDE

Nem sempre os inúmeros fatores influenciadores do comportamento são considerados antes da escolha da teoria a ser adotada e da proposta de intervenção (MITCHIE *et al.*, 2008).

Os fatores pessoais costumam estar no foco de estudos para se examinar os comportamentos em saúde. Outros agentes influenciadores se referem aos fatores externos, que também podem diferir enormemente nos desfechos das intervenções de mudança de estilo de vida.

FATORES PESSOAIS

A personalidade, atitudes, expectativas, percepções, cognições, decisões, hábitos e estágio de sensibilização para mudança em que o indivíduo se encontra, podem fazer toda diferença na mudança comportamental. Estudos sobre essas diferenças individuais, como Etnia, têm demonstrado a disparidade que existe entre os diferentes grupos étnicos no que se refere ao posicionamento frente à saúde. Para dar um exemplo, o estigma existente de que as mulheres negras são fortes, e por isso aguentam mais a dor, impacta diretamente no atendimento e na saúde dessa população (LANSKY *et al.*, 2019). Hispânicos são os menos engajados em atividade física vigorosa ou moderada (DOWADA *et al.*, 2003).

A idade também influencia nos comportamentos de saúde. Os adolescentes não seguem as diretrizes de dieta saudável e 80% tiveram múltiplos comportamentos de risco (SABIA *et al.*, 2012).

Existem também diferenças significativas no gênero. Segundo uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a masculinidade tóxica que existe na sociedade, influencia a saúde e a expectativa de vida dos homens nas Américas (BRASIL, 2019).

A influência das atitudes pessoais, crenças e expectativas nas escolhas comportamentais de saúde, em especial, é considerada em teorias de mudança comportamental (AJZEN, 1991; BANDURA, 1997; SCHWARZER, 2001), que demonstram quanto as expectativas de vida e visão de futuro influenciam o estilo de vida das pessoas.

A relação entre a personalidade e os comportamentos em saúde também tem sido motivo de grandes debates entre os especialis-

tas. O Modelo dos Cinco Grandes Fatores, *Big Five* ou *Five Factor Model* (FFM), apresenta os traços de personalidade que influenciam os comportamentos em saúde e tem sido considerado muito útil para intervenções customizadas (MACDADE-MONTEZ; CVENGROS; CHRISTENSEN, 2005).

Experiências anteriores e a percepção da necessidade de mudança, em relação a uma situação, também influenciam na predisposição individual ou do grupo. Medo, urgência e vulnerabilidade são fatores que direcionam a ação humana. Em muitas situações da vida não se avalia com precisão determinados riscos a que se expõe e não se toma ações de proteção adequadas, por ignorar a relevância dos riscos. As técnicas motivacionais que promovam impacto imediato, aceleram a mudança das pessoas (SCHWARZER, 1992).

O fato de alguns comportamentos serem atribuídos a hábitos nem sempre conscientes pode tornar ainda mais complexa a mudança pessoal. Hábitos repetidos realizados automaticamente várias vezes, tornam-se não conscientes e promovem repetição de ações diárias com total falta de controle sobre elas (SIMONETTI *et al.*, 2002).

O entendimento de que a mudança é um processo que passa por diferentes estágios de sensibilização, veio, igualmente, contribuir para que se implemente abordagens direcionadas ao momento individual, trazendo benefícios para o sucesso das intervenções (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1984).

FATORES EXTERNOS

O ambiente socioeconômico, político, físico, cultural e psicossocial pode ser grande influenciador do comportamento. Os ingredientes

sociais, por exemplo, se tornam mais eficazes na mudança, quando se utiliza diferentes medidas, considerando as circunstâncias (BARTLEY, 2005). Um clássico exemplo é o do tabagismo que, historicamente, já foi considerado em determinadas culturas como um modismo e símbolo de sucesso, hoje já não é visto dessa forma e passou a ser combatido e discriminado socialmente. A necessidade desses fatores serem levados em conta, para que se possa sugerir uma abordagem mais eficaz, é indiscutível (KERR, 2005).

A Promoção da saúde há muito discute a influência do ambiente socioeconômico no comportamento. O ambiente material e físico, relacionado com renda, riqueza e ambiente físico (moradia, poluição, característica do trabalho) influencia, e é determinante de melhor ou pior nível de saúde. A ONU alerta que aqueles que vivem em ambientes menos favorecidos economicamente, têm maior vulnerabilidade em sua saúde. As ações na área da promoção da saúde ainda são pouco direcionadas para esse aspecto (O'DONNELL, 2005). Estudos, como o de Cohen *et al.* (2000), fazem um esforço de identificar ações relacionadas ao ambiente físico na promoção da saúde.

O ambiente psicossocial, onde ocorre excesso de exigências psicológicas, falta de influência ou autonomia, falta de suporte social, entre outros, é apontado como provável desencadeador de estresse, adoecimento físico e mental. Profissionais de saúde sugerem que as abordagens básicas devem ter o foco nas intervenções relacionadas ao ambiente psicossocial (KAWACHI, 2000; PETER; SIEGRIST, 2000; KARASEK; THEORELL, 1990).

Os sistemas sociais, voltados para o modelo da coesão social, defendem a ideia de que sociedades coesas têm mais recursos (confiança, regras compartilhadas etc.) para apresentarem mecanismos de

suporte aos comportamentos saudáveis. Fortalecer esses sistemas cria mais oportunidades para o desenvolvimento de melhores habilidades e engajamento nos comportamentos saudáveis (ALLEN, 2011).

Crenças e normas comportamentais referentes ao ambiente cultural também podem ser consideradas como vantagens ou desvantagens para escolhas saudáveis. Entender o contexto e significado cultural daquele comportamento em saúde, que se deseja incorporar ou evitar, faz com que se possa atuar mais assertivamente (ALLEN, 2011).

A promoção da saúde deve aproveitar o Ambiente Legal e Político no desenvolvimento de políticas e intervenções em saúde. Recentemente, a sociedade vivenciou momentos de grande vulnerabilidade em relação à saúde individual e coletiva. Aproveitar a oportunidade para despertar a consciência da sociedade civil, pode ser uma excelente estratégia para melhoria do estilo de vida. O grande sucesso da redução do tabagismo no Brasil se deu a partir de alterações na legislação, políticas e massivo processo educativo para mudança comportamental.

O DILEMA DA ESCOLHA DA INTERVENÇÃO FRENTE AOS INÚMEROS MODELOS E TEORIAS DA CIÊNCIA COMPORTAMENTAL

A maioria das pessoas prefere uma vida saudável e longa, do que uma vida com doenças, no entanto os comportamentos populacio-

nais relacionados à saúde não promovem esta realidade. O conhecimento de que o adoecimento é fundamentalmente comportamental, exige que a escolha de uma teoria não aconteça de forma aleatória ou de acordo com a simpatia do profissional. A profunda análise do que mudar, que fatores influenciam a mudança, de qual comportamento, em que público e qual o momento mais estratégico para a mudança, é crucial para uma escolha apropriada da teoria.

Cada intervenção deve atender a necessidades específicas da mudança. Por exemplo, se o tipo de comportamento que se deseja mudar está, fundamentalmente, sob a influência de hábitos ou emoções, teorias que focam exclusivamente em crenças e processos de pensamentos reflexivos podem não ser apropriadas quando se vai desenhar a intervenção. A grande dificuldade é que, à medida que a ciência comportamental se desenvolve e mostra sua efetividade, surgem teorias, modelos, mecanismos e técnicas de abordagem na mesma proporção, com constructos que se interpõem, ou que possuem diferentes terminologias. Isso gera grande dificuldade para o *designer* da mudança, na escolha de uma estratégia adequada para determinado público. Na tentativa de psicólogos em reunir todas as teorias em uma publicação, Mitchie *et al.* (2014), no livro *ABC of Behavior Change Theories*, compilaram 83 teorias de mudança, por volta de 26 mecanismos de ação e 93 técnicas. Sem dúvida, a tarefa de desenhar uma abordagem efetiva não é nada simples diante de tantas possibilidades. É um trabalho ainda em construção.

Uma questão que surge, ainda sem clara definição, é a de que maneira o uso de um modelo ou teoria promove o desenho de uma intervenção de mudança efetiva. É importante considerar que muitas teorias e modelos foram desenvolvidos para comportamentos específicos, e não possuem comprovação científica suficiente para

muitos outros comportamentos. Embora na literatura se encontre estudos a favor e contra algumas teorias, existe o reconhecimento da necessidade de se embasar em alguma teoria para o desenho de uma mudança comportamental. O *Medical Research Council* do Reino Unido, responsável por financiar pesquisas médicas daquele país, recomenda que, ao se propor uma intervenção, deve-se, primeiro, identificar a teoria relevante para o processo e condução de um estudo piloto (CAMPBELL *et al.*, 2000).

O momento é de identificar tecnologias que possam, de forma acelerada e em escala, promover a mudança de estilo de vida. Esse é, certamente, o caminho a seguir. Há de se identificar o uso de abordagens consagradas, abrangentes, consistentes e integradas, para serem oferecidas de forma ininterrupta ao longo de todo o processo. Assim, revisitar teorias, reestudar intervenções e reavaliar contextos torna-se necessário para o melhor aproveitamento dos conhecimentos científicos alcançados até aqui.

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO E LIMITES DE ALGUNS DOS PRINCIPAIS MODELOS E TEORIAS

Como mencionado, muitos modelos¹ e teorias² têm surgido para embasar o desenho de uma abordagem com segurança. Algumas

¹ Um modelo científico é a simulação simplificada de uma realidade e possui três componentes: elemento, processo e o relacionamento entre eles (JEFFREY, 2014).

² Uma teoria procura entender, guiar a observação do fenômeno para desenvolver intervenções. Uma teoria pode usar o modelo para explicar o fenômeno (FINKELSTEIN, 2014).

estão listadas a seguir como exemplos de aplicações testadas e suas limitações relatadas na literatura pesquisada.

MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE (MCS) OU HEALTH BELIEF MODEL (HBM)

O MCS é um modelo intrapessoal³ sob a perspectiva cognitiva⁴ mais testado. O modelo que tenta prever comportamentos em saúde, foi desenvolvido por psicólogos sociais da saúde pública nos Estados Unidos. O foco foi criar estratégias para detectar e intervir, de forma precoce e eficaz, na prevenção primária. Quatro variáveis perceptivas são descritas: a susceptibilidade às doenças, a severidade de comprometimentos; benefícios de se adotar um comportamento saudável; barreiras para a mudança. O resultado do comportamento de saúde ocorre a partir do balanço cognitivo desses constructos, junto com a crença na melhora para mudar por efetividade da mudança (**Figura 1**).



Figura 1 – Modelo de Crenças em Saúde

Fonte: adaptado de Stroebe (2000 por Munro, 2007)

³ Teorias e modelos podem atuar nos níveis: intrapessoal (indivíduo), interpessoal (de pessoa para pessoa) e social (caráter comunitário).

⁴ Os modelos e teorias se desenvolvem numa perspectiva biomédica (paciente passivo esperando instruções), comportamental (incorpora a aprendizagem), cognitiva (variáveis cognitivas como parte da mudança), autorregulação (examina experiências subjetivas), comunicação e sob perspectiva dos estágios (MUNRO et al., 2007).

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO DO MCS

- Sugere diferentes tipos de estratégias para cada constructo da teoria, buscando conduzir o indivíduo para o comportamento desejado (GLANZ; BISHOP, 2010).
- Estudos de revisão da literatura demonstraram o MCS ser eficiente para a realização de exames de mamografia (LEGLER *et al.*, 2002).
- Campanhas de prevenção HIV / AIDS também foram bem-sucedidas usando o MCS (NOAR *et al.*, 2008).
- No Brasil há relatos de aplicações bem-sucedidas para casos de hipertensão (MOREIRA *et al.*, 2009).
- Outro estudo demonstrou que, se aplicadas as estratégias adequadamente, o MCS tem relevância para melhora da saúde cardiovascular da população investigada (COLETA, 2010).

LIMITAÇÕES DO MCS

- As atitudes, crenças ou outros determinantes individuais não são considerados no modelo e seus componentes são vistos como preditores independentes do comportamento. As relações entre essas variáveis não estão claramente explicadas (ARMITAGE; CONNER, 2000; STROEBE, 1996).
- A abordagem não considera outros aspectos que envolvem a questão do estilo de vida como os hábitos individuais, questões sociais, ambientais, suporte, diferenças econômicas, culturais e nível de informação, que podem ou não ser suportivos na mu-

dança. Recomenda-se usar esse modelo integrando a outros que considerem o contexto ambiental (HOCHBAUM, 1979).

- A severidade percebida pode ter baixa relação como o comportamento de saúde (BANDURA, 1997).

A TEORIA DA AÇÃO RACIONAL (TAR) OU *RATIONAL ACTION THEORY* (RAT) E A TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO (TCP) OU *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* (TPB)

Teorias de perspectiva cognitiva a nível intrapessoal, que foram desenvolvidas e revisadas por Ajzen e Fishbein (1980). O homem utiliza as informações que lhe são passadas para a tomada de decisão. Os comportamentos são sempre o resultado da intenção em realizar ou não uma ação.

Uma meta-análise da TAR sugere que a explicação da variação e intenção do comportamento proposto por essa teoria é limitada

*“O HOMEM UTILIZA AS
INFORMAÇÕES QUE LHE
SÃO PASSADAS PARA A
TOMADA DE DECISÃO”*

(SUTTON, 1997). A TAR desconsidera a possibilidade de que, nem sempre, os comportamentos estão sob o controle da vontade (STROEBE, 1996).

Reconhecendo essa lacuna na teoria, os autores acrescentaram a crença e percepção de controle como influenciadoras da intenção e do comportamento, transformando a TAR em Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (**Figura 2**).

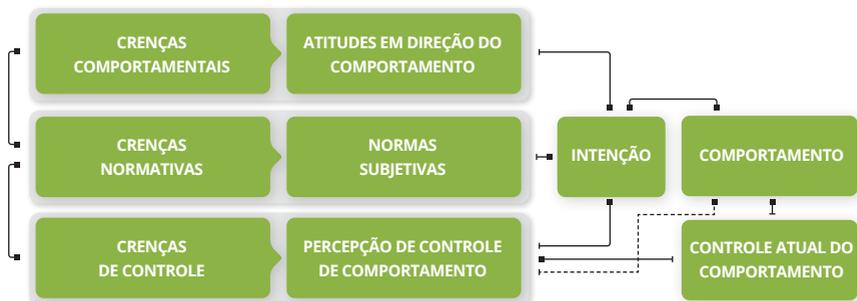


Figura 2 – Teoria do Comportamento Planejado (TCP)

Fonte: Ajzen e Fishbein (1991)

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO DA TCP

- Reconhece-se importantes contribuições no âmbito de campanhas educativas para minimizar os comportamentos de risco à saúde (AJZEN, 1991; AJZEN; FISHBEIN, 1980).
- A TCP dá um grande apoio para definição de políticas públicas (AJZEN, 1991).
- A teoria tem sido utilizada, com sucesso, na previsão de ampla gama de comportamentos e intenções em saúde, incluindo parar de fumar, de beber, abuso de substâncias, amamentação e outros (LAMORTE, 2019).

LIMITAÇÕES DA TCP

Embora a TCP tenha se mostrado bastante útil para a saúde pública, algumas variáveis deixaram de ser consideradas:

- A ênfase é dada no processo racional e no indivíduo. O papel desempenhado pelo ambiente social e econômico é pouco considerado (LAMORTE, 2019).
- Parte do pressuposto de que a pessoa já possui as oportunidades e recursos para o sucesso do comportamento desejado, o que nem sempre isso acontece (LAMORTE, 2019).
- Existe a dificuldade de relacionar as diferentes crenças centrais e mensurar a influência de cada uma (LAMORTE, 2019).
- Assume que o comportamento é o resultado de processo linear de tomada de decisão, sem considerar que, ao longo do processo, possam ocorrer mudanças (LAMORTE, 2019).
- Não aborda o intervalo de tempo entre intenção e ação e existe ausência das variáveis emocionais como medo, negação. Não considera as experiências passadas, que geralmente influenciam a intenção. E também não contempla as expectativas e autoeficácia que têm se mostrado relevantes para a mudança comportamental (LAMORTE, 2019).

TEORIA DA MOTIVAÇÃO PARA PROTEÇÃO (TMP) OU *PROTECTION MOTIVATION THEORY (PMT)*

Teoria cognitiva e intrapessoal que procura entender a influência do medo e como ele interfere nas escolhas comportamentais. Está baseada no MCS, mas evoluiu para uma abordagem mais geral de comunicação persuasiva (ROGERS, 1983). A teoria cita como fatores influenciadores da mudança: a percepção da severidade da ameaça, percepção da vulnerabilidade, percepção da autoeficácia

e percepção da eficácia do comportamento (benefícios x barreiras). Existem duas fontes de informações possíveis que influenciam a intencionalidade do comportamento. A primeira é a fonte ambiental (por exemplo, persuasão verbal, aprendizagem por observação) e a segunda a intrapessoal, experiência prévia, por exemplo (**Figura 3**).



Figura 3 – Teoria da Motivação para Proteção Revisada (TMP)

Fonte: adaptado de Stroebe (2000)

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA TMP

Estudos realizados para medir os principais componentes dessa teoria foram realizados na mudança de comportamento, para a prática de atividade física e prevenção de doenças coronarianas. As conclusões foram de que o trabalho de educação deve incluir, principalmente, as mensagens positivas de enfrentamento, para motivar a mudança. Muitas campanhas educativas em saúde, como as campanhas antitabagismo e de prevenção à AIDS e abuso do álcool, usam essa teoria como base. Ainda são discutidas as implicações para o desenho de intervenções eficazes (KERR *et al.*, 2005).

LIMITAÇÕES DA TMP

A TMP tem sofrido algumas críticas que se assemelham com as sofridas pelo MCS.

- A TMP assume que os indivíduos são processadores de informação racional (embora inclua alguma irracionalidade no componente do medo).
- A teoria não leva em conta os hábitos.
- Não considera a influência social no comportamento (ex.: o que os outros fazem).
- Desconsidera os fatores ambientais (ex.: oportunidades de obter a alimentação saudável no trabalho).
- Um estudo de meta-análise dessa teoria encontrou que a influência dela nos comportamentos de saúde é apenas moderada (FLOYD *et al.*, 2000).

O MODELO TRANSTEÓRICO (MT) OU **TRANSTHEORETICAL MODEL (TTM)**

Conhecido como Estágios de Mudança, surgiu a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias psicoterapêuticas, focando no processo de mudança. Prochaska e DiClemente (1982) afirmaram que existem limitações em todas as teorias, no que se refere à explicação do processo de motivação para mudança. Os pesquisadores identificaram os níveis de sensibilização pelos quais as pessoas passam até progredirem na mudança efetiva. O MT desenvolveu o

conceito da prontidão para mudança de adotar um novo comportamento. Opera no pressuposto de que mudança, especialmente do comportamento habitual, ocorre através de um processo cíclico que passa por seis estágios: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação, manutenção e terminação⁵. Inicialmente a recaída não fazia parte do modelo original, mas hoje tem sido usada como uma oportunidade de aprendizagem na aplicação dos estágios de mudança para comportamentos relacionados à saúde.

Destacam-se dois tipos de prontidão: a prontidão para mudança e prontidão para tratamento. Esse conceito pode ser exemplificado da seguinte forma: um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciar (alta prontidão para tratamento) sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência (baixa prontidão para mudar o comportamento-problema). A mudança de comportamento bem-sucedida depende da aplicação de estratégias certas, no momento certo (**Figura 4**).

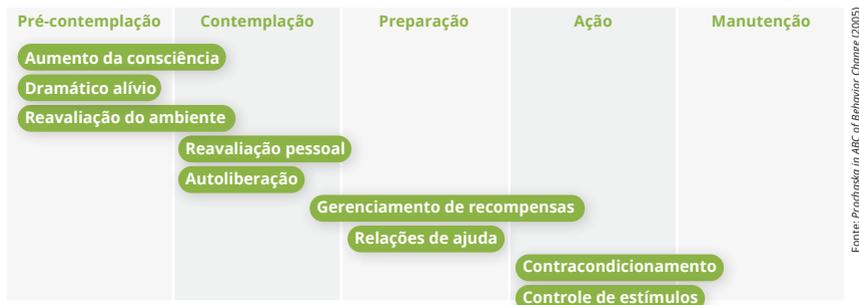


Figura 4 – Integração entre os estágios de prontidão e os processos de mudança

⁵ Os seis estágios de mudança: pré-contemplanção (sem intenção de mudar no futuro previsível), contemplanção (tem intenção de mudar para um comportamento saudável num futuro previsível), preparação (prontos para fazer um plano de mudança nos próximos 30 dias e já começam com pequenas ações de saúde), ação (a mudança já está acontecendo recentemente e existe um plano concreto para melhoria dos comportamentos de saúde), manutenção (a mudança está se sustentando por um período e se deseja manter o comportamento saudável e a prevenção de recaída.), terminação (não existe o desejo de regressar a comportamentos anteriores).

A ideia do modelo fundamenta o fato de que, para a pessoa que se encontra num momento de pré-contemplação, a melhor abordagem é trabalhar a sensibilização do indivíduo, até que ele alcance a contemplação e a ação para as mudanças, no qual já é possível planejar ações efetivas. Essa teoria também reforça a importância dos relacionamentos no sucesso do processo. Segundo Prochaska, uma relação de carinho, compreensão, confiança, aceitação e suporte nos diferentes grupos sociais, podem ser recursos essenciais de apoio e sucesso.

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO PRÁTICA DO MT

Os conhecimentos do MT têm sido largamente aplicados nos Estados Unidos e em diversos outros países. Em uma meta-análise, pode-se observar que esta foi a teoria mais frequentemente utilizada (SUTTON, 2000). Nos estudos em que esses conceitos foram aplicados, pode-se concluir que houve significativo aumento na eficácia das intervenções, o que sugere que o modelo tem um grande potencial para melhorar os resultados nas abordagens de promoção da saúde.

Segundo Prochaska, a aplicação do MT requer uma mudança de certos paradigmas como:

- Identificar qual estágio de sensibilização está a população, na fase diagnóstica.
- Em vez de esperar que os participantes correspondam às necessidades dos programas, desenvolver programas que atendam às necessidades individuais e usar estratégias individualizadas, interativas e mais eficazes.

- No planejamento, além dos grupos de fatores de risco, recomenda-se incluir, como fator de decisão, os grupos nos diferentes estágios de sensibilização.
- Ao invés de assumir que alguns grupos não têm capacidade de mudar, certificar-se de que todos tenham acesso aos programas baseados em evidências.

LIMITAÇÕES DO MT

Algumas observações têm sido levantadas, à medida que as pesquisas sobre a eficácia do modelo avançam:

- Embora exista um tempo sugerido em que as pessoas se mantêm em cada estágio, não há um claro senso de tempo dentro de cada estágio, e em quais situações (LAMORTE, 2019).
- Os questionários desenvolvidos para identificar o estágio em que a pessoa se encontra, não são padronizados ou validados (LAMORTE, 2019).
- Não se considera o contexto social em que a mudança ocorre como renda e outros (LAMORTE, 2019).

A TEORIA DA ABORDAGEM DO PROCESSO DE AÇÃO PARA A SAÚDE (APAS) OU *HEALTH ACTION PROCESS APPROACH (HAPA)*

Atua na perspectiva social cognitiva e foi desenvolvida por Schwarzer (1992), que tinha duas preocupações: incluir um elemento temporal no entendimento das crenças e comportamentos e distinguir a fase decisional ou motivacional, da fase da ação volitiva. A teoria foi estru-

turada para a saúde e sua arquitetura aberta permite a inclusão de outros constructos. Para Schwarzer, existe um processo motivacional pré-intencional que lidera o desenvolvimento da intenção do comportamento, e um processo pós-intencional que determina o comportamento atual. Este modelo está fundamentado em duas fases. A fase motivacional desenvolve uma intenção para agir (Schwarzer, 2001).

É composta por quatro elementos:

1. **Autoeficácia da pré-ação:** a crença otimista sobre sua capacidade de mudança. Por exemplo: “Estou confiante de que posso parar de fumar”.
2. **Expectativas de resultados pessoais:** determinantes da intenção de mudar. No exemplo acima seria: “Parar de fumar vai melhorar minha saúde”.
3. **Expectativas de resultados sociais:** refere-se à aprovação social. Exemplo: “Outras pessoas querem que eu pare de fumar. Se eu parar, vou ganhar aprovação”.
4. **Percepção do risco:** crenças sobre gravidade e vulnerabilidade individual. Baixa percepção do risco não ajuda para que a intenção da mudança se fortaleça. Exemplo: comparado com outros é pouco provável que eu tenha câncer por causa do fumo. A percepção do risco, por si só, não é suficiente para que a pessoa desenvolva a intenção de mudar (SCHWARZER, 2015).

Na fase da ação volitiva a intenção é transformada em plano de quando, onde e como irá fazer, para iniciar e manter o comportamento desejado. Os elementos são:

1. **Planos de ação:** a operacionalização mental das ações. Exemplo: “Quando for me oferecido um cigarro e eu estiver tentando não fumar, vou imaginar o que o alcatrão faria nos meus pulmões”.
2. **Manutenção da autoeficácia para ação:** crença otimista sobre a capacidade de lidar com as barreiras. Por exemplo: “Eu posso resistir a um cigarro, se me lembrar que agora não sou fumante”.
3. **Recuperação da autoeficácia:** é a determinação de voltar para os hábitos saudáveis depois de um relapso ou recaída. A pessoa acredita em sua habilidade de voltar ao controle se acontecer a recaída.

A fase volitiva pode ser subdividida em três grupos por estágio em que se encontra nas fases: não intencionais, intencionais e ativos; o planejamento atua como mediador e são de dois tipos:

- Planejamento da ação: quando, onde e como será a mudança;
- Planejamento de “*coping*” (enfrentamento): como enfrentar as barreiras.

Na APAS, a autoeficácia é necessária ao longo de todo o processo, no entanto ela difere ao longo das fases. Observa-se na fase motivacional a autoeficácia para tarefa. Na volitiva, o foco se volta para a autoeficácia de manutenção, o *coping* para autoeficácia ou autoeficácia para enfrentamento, e a recuperação da autoeficácia.

O modelo tenta combinar componentes do modelo de crenças em saúde, o modelo transteórico para mudança e a teoria do comportamento planejado. Fatores situacionais também são descritos neste

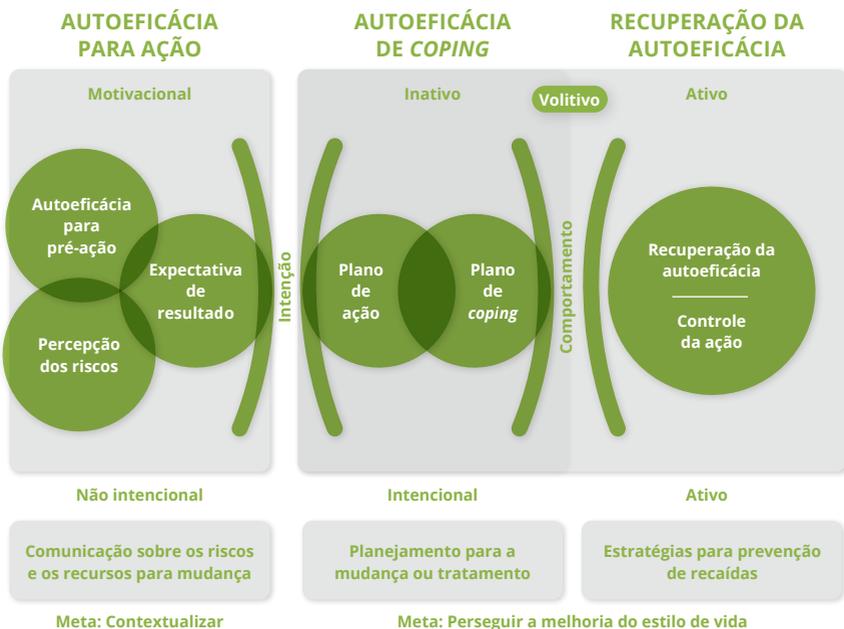


Figura 5 – Modelo de Abordagem do Processo de Ação para Saúde (APAS)

Fonte: adaptado de Schwarzer (2015)

modelo, que consiste no apoio social (exemplo: existência de amigos que encorajam não fumantes) e ausência de barreiras situacionais (exemplo: apoio financeiro para participar de uma academia).

Segundo Schwarzer (1992), a autoeficácia sempre foi o melhor preditor da intenção e da mudança de comportamento para uma variedade de comportamentos ligados a proteção e manutenção da saúde (uso do fio dental, autoexame das mamas, adesão a programas para parar de fumar, perder peso e praticar atividade física).

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA APAS

A aplicação da APAS em trabalhos com pacientes de diabetes mellitus tipo 2, demonstrou que a teoria foi bem-sucedida na previsão dos resultados de saúde.

Novos estudos abrangendo diferentes comportamentos precisam ser realizados para melhor se testar essa teoria (LAMORTE, 2019).

LIMITAÇÕES DA APAS

A análise dessa teoria faz surgir algumas críticas:

- Como algumas outras teorias, ela fica num plano muito racional e negligencia a emoção.
- As influências sociais e ambientais não são consideradas como afetando diretamente o comportamento.
- A APAS deixa dúvidas sobre a existência real dos estados cognitivos ou se a existência deles é meramente teórica. São ainda poucos estudos que aplicaram esse modelo para a mudança de comportamento (LUSZCZYNSKA, 2004).
- Um manuscrito de um estudo de meta-análise colaborativo ainda em andamento e disponibilizado na internet, tenta estimar a variabilidade e o tamanho das correlações entre os constructos e modelos da teoria que ainda precisa ser melhor testada (HAGGER, 2018).

A TEORIA SOCIAL COGNITIVA (TSC) OU SOCIAL COGNITIVE THEORY (SCT)

Se desenvolveu a partir da Teoria Social da Aprendizagem (*Social Learning Theory* – SLT), quando o autor acrescentou o conceito da autoeficácia. Bandura (1971) descreve que a aprendizagem ocorre no contexto social, com interação dinâmica e recíproca da pessoa, meio ambiente e fatores comportamentais. Afirma que o ser humano é flexível e capaz de aprender uma grande quantidade de conceitos, tanto pela experiência direta, como pela observação dos comportamentos de outras pessoas.

A TSC explora a capacidade da pessoa de refletir e analisar criticamente sobre a experiência e determinar se o comportamento irá ou não ocorrer em uma situação particular. Os comportamentos são governados pelas crenças sociais e expectativas (BANDURA, 1997). Enquanto muitas teorias focam apenas na mudança de comportamento, essa considera a questão da manutenção do comportamento saudável fundamental. A manutenção foca nos constructos⁶ da teoria. Os comportamentos em saúde são planejados e regulados pelas cognições, tais como: autoeficácia⁷ e expectativas de resultados. Por exemplo, quanto mais se acredita que pode (autoeficácia) e consegue (resultados) se comer pelo menos cinco porções de frutas e vegetais por dia, mais provável se agir dessa forma (**Figura 6**).

⁶ Os seis constructos da TSC são: determinismo recíproco (interação recíproca da pessoa com o ambiente), capacidade comportamental (habilidade da pessoa de realizar o comportamento com sucesso), aprendizagem observacional (a pessoa pode aprender e reproduzir ação através da observação), recompensas (aumenta ou não a probabilidade de continuidade do comportamento), expectativas (de eficácia e de resultados) e a autoeficácia (refere-se ao nível de confiança de uma pessoa).

⁷ Bandura (1993) ainda cita dois conceitos distintos de autoeficácia: a expectativa de eficácia pessoal (grau de certeza e convicção pessoal de que é capaz de realizar com sucesso uma ação, a fim de conseguir um resultado desejado); a expectativa de eficácia no resultado (crença pessoal de que a realização de uma ação levará a ou originará o resultado esperado).



Figura 6 – Teoria Social Cognitiva

Fonte: Bandura (1997)

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA TSC

- Acompanha a tendência de se focar tanto no indivíduo como no ambiente, numa abordagem ecológica de mudança comportamental (LAMORTE, 2019).
- Relacionada com as estratégias de sensibilização, aponta para a ideia que, através da reflexão e análise crítica sobre uma experiência, pode-se determinar se um comportamento irá ou não ocorrer em uma situação (BANDURA, 1971).

LIMITAÇÕES DA TSC

- Apenas a interação dinâmica dos três fatores (cognitivo, ambiental e comportamental) pode não ser suficiente para determinar a mudança.
- Essa teoria assume que mudanças no ambiente levam a mudança pessoal, o que nem sempre esse é o caso (LAMORTE, 2019).
- Não está claro que fatores específicos contribuem para a mudança comportamental. Até que ponto cada fator influencia o com-

portamento real ou se um é mais influente do que o outro, não é comprovado (LAMORTE, 2019).

- Teoria muito abrangente e de amplo alcance, que dificulta operacionalizar em sua totalidade (LAMORTE, 2019).
- O papel da emoção e / ou motivação nos comportamentos ainda não recebeu grande atenção (LAMORTE, 2019).

TEORIA DA DIFUSÃO DA INOVAÇÃO (TDI) OU *DIFFUSION OF INNOVATION THEORY (DIT)*

Desenvolvida por Everett M. Rogers em 1962, é uma das mais antigas teorias das ciências sociais. Originou-se na comunicação para explicar como uma nova ideia ou produto é difundida ao longo do tempo e como as pessoas adotam a nova ideia, comportamento ou produto. Defende que a inovação não acontece simultaneamente em um sistema social. Algumas pessoas tendem a adotar a inovação mais rapidamente que outras. Promover mudança passa pela compreensão das características de uma população e dos fatores que podem ajudar ou dificultar o uso da inovação. Rogers descreveu cinco categorias de estilos de adoção ao novo comportamento (**Figura 7**):

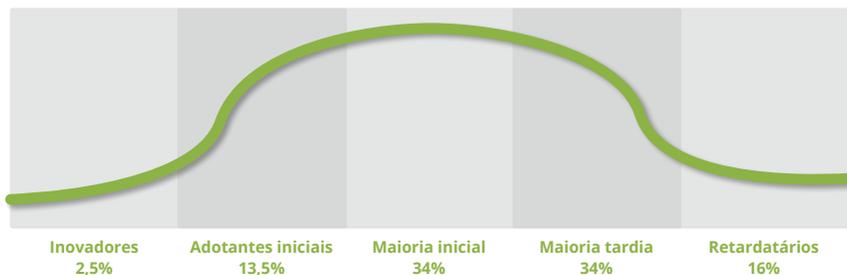


Figura 7 – Teoria da Difusão da Inovação (TDI)

Fonte: Rogers (1962)

- **Inovadores:** são os primeiros a experimentar a inovação. Apresentam as inovações e compartilham suas experiências com seus grupos sociais. Segundo os estudos de Rogers, esse grupo representa apenas 2,5% da população.
- **Adotantes iniciais (*Early adopters*):** representam os líderes de opinião muito respeitados. Estão conscientes da necessidade de mudança e por isso ficam muito confortáveis na adoção de novas ideias. Esse grupo representa 12,5% da população.
- **Maioria inicial (*Early Majority*):** raramente são os primeiros, mas adotam novas ideias antes que a média. Precisam ver que a inovação funciona antes de adotá-la. Histórias de sucesso e evidências da eficácia podem ajudar. Representam 34% da população.
- **Maioria tardia (*Late Majority*):** são as pessoas céticas à mudança e só adotam uma inovação depois de terem sido julgadas pela maioria. Estratégias para atrair essa população incluem informações sobre como muitas outras pessoas têm tentado a inovação e adotaram com sucesso. Representam 34% da população.
- **Retardatários (*Laggards*):** pessoas tradicionais e muito conservadoras. Estratégias para atrair essa população incluem estatísticas e influência de pessoas de outros grupos adotantes. Fazem parte desse grupo 16% da população.

Os estágios pelos quais uma pessoa adota uma inovação ou mudança, podem estar relacionados ao meio que a difusão é realizada e à sensibilização para a necessidade da inovação.

Segundo essa teoria, existem diversos fatores que influenciam a adoção⁸ de uma inovação, numa medida diferente nas cinco categorias da população.

POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA TDI

Embora grande parte desta teoria, incluindo as categorias de adoção, não tenha se originado na saúde pública, e nem tenha sido desenvolvida para ser aplicada de forma explícita na adoção de novos comportamentos ou inovações em saúde, ela tem sido utilizada com sucesso em muitos campos, incluindo comunicação, agricultura, justiça criminal, trabalho social, marketing e, em especial, na saúde pública, para acelerar a adoção de importantes programas (LAMORTE, 2019).

LIMITAÇÕES DA TDI

- Funciona melhor na adoção de comportamentos do que na cessação de comportamentos indesejáveis (LAMORTE, 2019).
- Não leva em conta os recursos de um indivíduo ou de apoio social na adoção ou não do novo comportamento ou inovação (LAMORTE, 2019).

TEORIA DAS NORMAS SOCIAIS

Teoria das Normas Sociais busca compreender o meio ambiente e as influências interpessoais, no comportamento humano. Perkins e Berkowitz (1986) tinham o objetivo inicial de compreender o pa-

⁸ Adotar um novo comportamento, ideia ou produto, implica na análise de alguns fatores: perceber a vantagem relativa sobre a ideia anterior; a compatibilidade, ou seja, quanto as necessidades da pessoa estão sendo atendidas; complexidade, quão difícil é entender esta inovação; testabilidade, quanto ela pode ser experimentada; observável, refere-se a quando essa inovação oferece resultados tangíveis.

drão do uso do álcool em estudantes e até que ponto as decisões individuais são influenciadas pelo ambiente e pelos grupos (pares). O foco principal foi entender o papel que os pares exercem na decisão individual para determinado comportamento. Postula-se que as crenças normativas, que são estabelecidas socialmente e a influência de pares, são especialmente importantes para os comportamentos, especialmente na juventude.

Essa teoria afirma que, ao ressignificar a percepção das normas e corrigir equívocos nas normas percebidas, se obtém uma diminuição no comportamento problema ou um aumento no comportamento desejado. Intervenções sociais podem ser usadas sozinhas ou em conjunto com outros tipos de estratégias de intervenção (PERKINS, 1986).

Tipos de normas a serem consideradas nos programas de promoção da saúde:

1. **Normas sociais:** se referem ao que a sociedade pensa ou faz.
2. **Normas subjetivas:** normas de pessoas que se consideram importantes.
3. **Normas pessoais:** estão ligadas ao que eu penso ou faço.

A autoestima também tem importante papel nas escolhas diárias e em quais normas vão prevalecer nas decisões do indivíduo. Na pessoa com alta autoestima, as normas pessoais predominam nas escolhas, acompanhadas das normas subjetivas. No caso de baixa autoestima, normas subjetivas prevalecerão, acompanhadas das normas sociais e as normas pessoais ficam por último no processo decisório.

*“ A MAIORIA DA
APLICAÇÃO DESSA
TEORIA ESTÁ EM
CAMPANHAS DE
LARGA ESCALA”*

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA TEORIA DAS NORMAS SOCIAIS

Uma forma de melhorar a eficácia da norma na mudança comportamental, é utilizar mensagens direcionadas à população de forma precisa, por canais que sejam confiáveis para aquele grupo, em

quantidade adequada, e de forma interativa com o público-alvo. A maioria da aplicação dessa teoria está em campanhas de larga escala através da mídia.

LIMITAÇÕES DA TEORIA DE NORMAS SOCIAIS

- A coleta de dados mal feita, pode levar a má escolha da mensagem.
- Participantes de intervenções focadas nesta teoria, podem questionar a mensagem inicial apresentada, devido à distorção perceptiva que possuem.
- Fontes não confiáveis para o público, podem levar a mensagens pouco atraentes.
- Encontrar a dose certa na transmissão da mensagem é desafiador.

Embora essas ideias tenham norteadado algumas campanhas de normas sociais de agências governamentais e organizações sem fins lucrativos, é importante que se utilize essa teoria com alguns cuidados e que se associe a outras teorias (LAMORTE, 2019).

CONTRIBUIÇÕES DE ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAÇÃO NAS INTERVENÇÕES

Intervenções e estratégias de diferentes níveis (individual, familiar, comunitário e social) quando bem utilizadas, podem facilitar o trabalho de mudança do comportamento que é, inquestionavelmente, um complexo desafio. No entanto, a subjetividade que envolve o homem e as inúmeras teorias e suposições que existem, não ajudam o profissional que atua nessa área a ter clareza sobre o que adotar. Os *designers* da melhoria do estilo de vida sabem que, só a partir de uma boa conscientização é que se consegue grandes melhorias no comportamento e no *status* de saúde das pessoas. As estratégias de sensibilização são atividades e formas de comunicação que visam, intencionalmente, informar e melhorar os níveis de conhecimento e resposta. Elas exercem um triplo papel: comunicar importantes informações que ajudam a preparar o indivíduo para a mudança; habilitar o indivíduo através da aplicação prática da informação; facilitar o acesso à tecnologia ou serviço que pode contribuir com a mudança de um comportamento específico de saúde. A sensibilização possibilita aos indivíduos o sucesso pessoal para a mudança desejada e a manutenção do comportamento saudável.

A autoeficácia é um conceito que surgiu da Psicologia Social Cognitiva e refere-se à crença que a pessoa tem sobre sua capacidade de produzir determinados níveis de performance em uma atividade. Está relacionada à percepção da pessoa sobre sua habilidade de alcançar determinado objetivo. A autoeficácia determina como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. Ela é amplamente

utilizada na Teoria Social Cognitiva já descrita, mas outras teorias colocam a autoeficácia como importante fator de sucesso. Criar um forte senso de autoeficácia implica fazer com que o indivíduo tenha o que se conhece como experiências de maestria (BANDURA, 1994). Sabe-se que autoeficácia ou as percepções de capacidade pessoais do indivíduo é um dos melhores identificadores psicossociais de aderência em atividades físicas, por exemplo (MCAULEY; MIHALKO, 1998).

A persuasão social através de encorajamentos e informações influenciam a percepção de autoeficácia. Afirmações como, “Você pode fazer isso”, ou “Você teve sucesso em desafios como esse no passado”, provocam motivação, confiança e comprometimento. *Feedback* positivo e realista de profissionais ou pares também pode aumentar a confiança e ajudar a pessoa a interpretar mais precisamente experiências de sucesso. O estado emocional e físico também são influenciadores da realização de um objetivo. Não se deve iniciar uma tarefa cansado, com fome, estressado ou sentindo-se mal. O sucesso é mais provável apenas sob as melhores circunstâncias.

A escuta ativa e diálogo aberto são fundamentais para que se alcance não somente a compreensão da informação, mas a compreensão dos seus próprios problemas e desafios em saúde, além de promover a busca de alternativas para lidar com esses desafios de forma eficaz.

O Empoderamento é destinado a ajudar as pessoas a desenvolverem conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimentos necessários para que se possa, efetivamente, fazer escolhas conscientes e assumir a responsabilidade das suas decisões relacionadas à sua saúde e bem-estar. Essa estratégia propõe que a educação em saúde desenvolva a consciência crítica e autonomia na pessoa para melhorar suas condições de escolhas conscientes. O empoderamento permite

se formular interessantes modelos de intervenções como o autocuidado ou o autocuidado apoiado, que também tem se mostrado uma excelente alternativa para a boa prática da promoção da saúde em qualquer contexto em que se atua. Cuidar de si próprio e empoderar pessoas para serem bem-sucedidas é fundamental para a boa saúde.

O autocuidado apoiado é uma estratégia que cresce na promoção da saúde. Baseia-se no princípio da importância do suporte para a mudança e utiliza ferramentas e técnicas motivacionais efetivas de aconselhamento para engajar e possibilitar que as pessoas possam assumir suas responsabilidades no seu *status* de saúde. O autocuidado apoiado

inclui monitorar as condições de saúde, estabelecimento de metas, a construção de um plano e pactuações para que o autocuidado aconteça (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

No Brasil, o autocuidado apoiado tem sido a opção de algumas Secretarias Municipais de Saúde, como tecnologia de mudança comportamental para enfrentamento de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS). A estratégia de forma-

“EMPODERAMENTO É DESTINADO A AJUDAR AS PESSOAS A DESENVOLVEREM CONHECIMENTOS, HABILIDADES, ATITUDES E AUTOCONHECIMENTOS NECESSÁRIOS PARA QUE SE POSSA, EFETIVAMENTE, FAZER ESCOLHAS CONSCIENTES E ASSUMIR A RESPONSABILIDADE DAS SUAS DECISÕES”

ção de grupos de autocuidado apoiado pode ser interessante estratégia, pois propõe reuniões regulares para repensar escolhas de saúde e trabalhar para melhoria do estilo de vida.

Um grande e velho desafio dos profissionais de saúde é o engajamento na mudança. Este requer um compromisso diário, que só se alcança em uma intervenção abrangente, centrada no indivíduo de forma personalizada. Intervenções direcionadas para aumentar o conhecimento, crenças, autorregulação, habilidades, facilitação social, compreender valores, objetivos, necessidades, preocupações e motivações das pessoas, ajudam a transformar a mudança de comportamento saudável em algo que as pessoas naturalmente querem fazer por si mesmas todos os dias. Segundo Andrade (2015), uma boa estratégia de engajamento é integrar a promoção da saúde na rotina da pessoa, utilizando-se de ferramentas como aplicativos, a gamificação, que podem ser utilizados na promoção da socialização, adesão a comportamentos saudáveis. Falar de engajamento implica desenvolver a motivação intrínseca⁹. Maximizar e melhor utilizar a motivação para mudança dos comportamentos em saúde, depende de se criar um relacionamento de confiança, aceitação, empatia e colaboração empírica. A motivação e autoeficácia devem ser alvo de intervenção durante todo o processo.

É humano que, para as pessoas iniciarem novos comportamentos, elas precisam acreditar que existe uma recompensa (incentivo). Os incentivos também podem ser muito bons para ajudar a pessoa a

⁹ Motivação intrínseca (autônoma): motivação guiada por interesse ou prazer na tarefa por si só e existe principalmente dentro do indivíduo, em vez de qualquer pressão externa. É coerente com meus objetivos, com a minha identidade e é intrínseca porque o comportamento faz eu me sentir bem; Motivação extrínseca (controlada): vem de fora do indivíduo. Incentivos como recompensas em dinheiro, notas, competições, troféus e torcidas.

tentar algo novo. Eles funcionam para promover a motivação extrínseca. Incentivos devem ser vistos como estímulos para ajudar as pessoas a iniciarem e manterem o comportamento de saúde elegido.

A Entrevista Motivacional (EM) ou *Motivational Interviewing* (MI), como estratégia de aconselhamento, continua sendo uma técnica reconhecida para se abordar a pessoa sobre a mudança. O estilo de aconselhamento colaborativo, centrado na pessoa de forma não diretiva, oferece espaço de reflexão crítica natural, conduzindo o indivíduo a mudar. Na medida em que a EM engloba técnicas de várias abordagens e intervenções psicológicas como as psicoterapias breves, terapia cognitiva, terapia sistêmica e até a psicologia social de persuasão, ela cresce em sua importância enquanto estratégia, uma vez que suas sessões assemelham-se, em particular, com as técnicas da terapia centrada no cliente de Carl Rogers, onde a empatia e a escuta reflexiva são ferramentas fundamentais no processo.

Dois conceitos da EM são fundamentais para se trabalhar quando se prepara para um processo de mudança: ambivalência¹⁰ e os estágios de sensibilização já descritos no modelo transteórico. É na contemplação onde a ambivalência prevalece, que a EM procura conduzir a pessoa num processo de evolução para estágios seguintes. O espírito de parceria, entre o cliente e o agente de mudança, evita o papel de “expert” por parte do profissional. Essa característica pode justificar o sucesso dessa estratégia, que também é adotada em outras abordagens como *coaching* e medicina do estilo de vida. A aceitação, compaixão e evocação também são fundamentais, pois permitem o aproveitamento das melhores ideias para a mudança que vem do cliente.

¹⁰ A ambivalência nos processos de mudança se refere ao conflito natural existente quando se precisa decidir entre duas alternativas.

Várias evidências comprovam maior efetividade da EM sobre outras estratégias, principalmente nos estudos com dependentes químicos (MILLER *et al.*, 1993).

Dentre as inúmeras estratégias a serem consideradas, quando se fala em mudança do estilo de vida, a cultura parece estar exercendo um importante papel no comportamento humano e, em especial, nos comportamentos de saúde. De fato, existem diferenças nos comportamentos de saúde entre os diferentes grupos sociais, e pesquisas demonstram que uma cultura de suporte para o bem-estar é extremamente importante.

Hoje, muitas empresas, instituições educacionais e órgãos públicos de saúde já utilizam abordagens que consideram a cultura como uma estratégia fundamental para se implementar e aprimorar suas intervenções. O apoio uns dos outros nos diferentes momentos, quando se trata de alcançar o bem-estar e melhorar o estilo de vida, tem valor inestimável. Sabe-se que 80% dos fracassos em estilo de vida e bem-estar devem-se à falta de suporte efetivo. A atenção à cultura tem crescido bastante, mas há muito o que se avançar com ações efetivas (ALLEN, 2011).

UM MODELO CENTRAL E SEGURO PARA SE TRAÇAR UM PLANO DE INTERVENÇÃO

O grande desafio de planejar e avaliar intervenções já foi abordado nesse capítulo. As mudanças de cenário, recursos e prioridades fazem parte do processo de escolha de intervenções bem-sucedidas.

Alguns modelos têm sido desenvolvidos para ajudar nessa tarefa de desenvolver intervenções seguras. Para citar um modelo consagrado, discorreremos aqui o modelo Preceder-Proceeder.

MODELO PRECEDER-PROCEDER (*PRECEDE-PROCEED MODEL*)

Um dos principais modelos de planejamento para intervenções abrangentes na promoção da saúde, desenvolvido por Green *et al.*, (1974, 2005), tem sido utilizado em vários contextos, como comunidade, escolas, organizações de saúde e ambientes de trabalho. Em uma última atualização, os autores comentam que, em um cenário complexo, temos que evitar soluções muito simplistas que não atendam as atuais necessidades da saúde. Assim, esse modelo cresce em importância à medida que propõe a condução de uma meta-avaliação quantitativa e qualitativa da população e de seus contextos. Escolhas do estilo de vida são determinadas pelos fatores predisponentes que podem facilitar ou dificultar a motivação das pessoas para a mudança, como conhecimento, crenças, valores, atitudes e confiança; fatores facilitadores¹¹ que possibilitam a prática reiterada (habilidades, recursos ou instrumentos que permitem a realização de um comportamento) e do reforço que encoraja ou não a manutenção do comportamento desejado.

O modelo apresenta as diferentes fases que se deve seguir para o planejamento de intervenções, dentro de uma abordagem educativa e ambiental. A revisão do modelo ressalta a importância de uma compreensão abrangente para que se possa desenhar intervenções customizadas. Em todas as fases de sua aplicação, recomenda-se envolver a

¹¹ Os fatores facilitadores podem ser de três tipos: psicomotor, social e ambiental.

população-alvo e se pensar em uma abordagem ecológica que inclua não apenas as questões comportamentais individuais, mas também considere os aspectos físicos e sociais do ambiente (**Figura 8**).

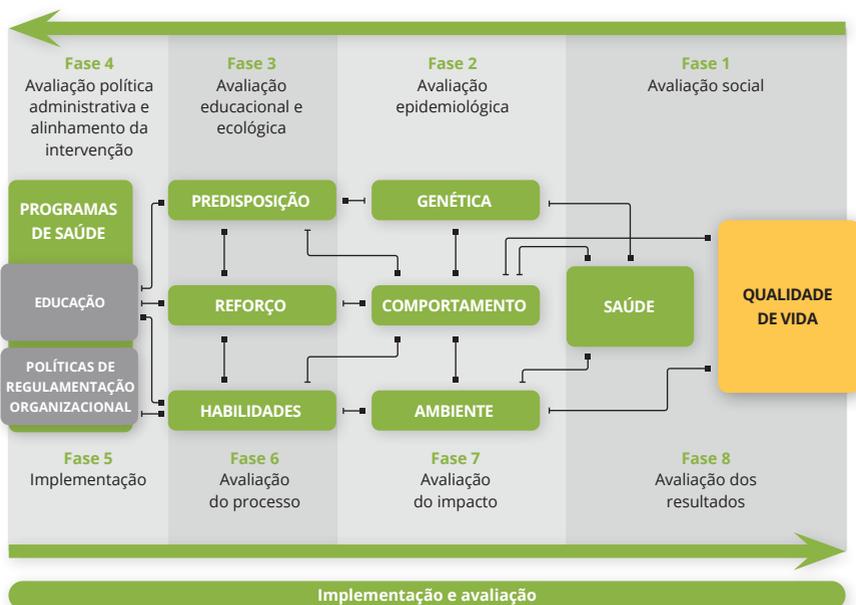


Figura 8 – Modelo Preceder – Processar

Fonte: Green e Kreuter (1991)

NOVAS ÁREAS DE CONHECIMENTO E CONTRIBUIÇÕES NA MUDANÇA COMPORTAMENTAL

A aplicação das ciências comportamentais exige um olhar multidisciplinar para as questões da mudança pessoal e a adoção de teorias,

métodos, pesquisas, ferramentas práticas e técnicas da psicologia, neurociências, sociologia, antropologia, comunicação, marketing social, economia comportamental, *design thinking*, epidemiologia entre outros. Inúmeros centros estão surgindo no mundo inteiro para se estudar sobre mudanças comportamentais, com intuito de decifrar as melhores estratégias a serem utilizadas na saúde e em outras áreas. As pesquisas de intervenções baseadas em evidências ainda são reportadas parcialmente, pouco específicas e algumas vezes contraditórias.

O *coaching* em Saúde e Bem-estar vem se desenvolvendo como uma alternativa de abordagem baseada num relacionamento centrado no paciente, que visa oferecer educação, *feedback* e apoio para aumentar a autoconsciência, motivação, responsabilidade e autoeficácia na mudança do comportamento de saúde. Desenvolveu-se como um modelo de abordagem que reúne conhecimentos de outras áreas como o *life coaching*, estilos de comunicação interpessoal, aconselhamento, psicologia, administração, campo do bem-estar, educação e promoção da saúde. A ferramenta facilita o processo que leva a pessoa a caminhar em direção às metas traçadas. É uma intervenção sugerida como suporte para aumentar a consciência sobre o potencial individual, oportunidades e desafios, a fim de promover a caminhada rumo à realização dos desafios relacionados com a saúde. Na aliança estabelecida, a pessoa é levada à análise do que pode ser usado a seu favor e o que não funciona para a melhoria do estilo de vida individual. A intervenção oferece ferramentas que ajudam a identificar alternativas e aumentar a capacidade de ação (ARLOSKI, 2020).

Os conhecimentos da neurociência e comportamento, através de seus estudos de ressonância, tomografia e demais instrumentos, também têm contribuído para que se possa entender as escolhas e ações hu-

manas mais complexas e melhor trabalhar na mudança comportamental de uma pessoa, respeitando sua biologia e compreendendo como o cérebro aprende, retém e influencia as tarefas humanas e os conhecimentos. Sempre que um comportamento é emitido, simultaneamente se ativa e desativa redes neurais, ao mesmo tempo que milhares de sinapses excitatórias e inibitórias ocorrem nesse processo. De maneira simplificada, podemos dizer que regular a homeostase e mediar a emissão de comportamentos são as principais funções do Sistema Nervoso Central (SNC). O SNC manifesta ainda o sofisticado fenômeno da Plasticidade Neural, recurso que dispomos para modificar, compensar, gerar e ajustar funções neurais fundamentais à nossa vida, como o aprendizado e a memória. As pesquisas desta área reforçam ainda mais a necessidade de sono repousante, boa alimentação, redução do estresse, atividade física e suporte social para uma vida plena (MICHALOS, 2014).

Estudos realizados pela economia comportamental salientam para o fato de que se deve olhar tanto para os aspectos emocionais como os aspectos sensoriais, que influenciam os processos decisórios. A Teoria da Intenção ou mais conhecida como *Nudge*¹², joga um foco no fato de que decisões humanas nem sempre são tomadas de forma racional. Elas podem ser influenciadas pelas cores, aromas, iluminações, formatos ou até a mudança de ordem na apresentação de uma proposta de mudança. Entender esses fatores e aproveitá-los, possibilita influenciar o comportamento de uma pessoa no processo decisório. Os conhecimentos dessa área são muito utilizados pelo comércio para aumentar as chances de sucesso em uma venda. Essas ideias estão descritas em um *best*

¹² Nudge (empurrão) é um conceito vindo da economia comportamental que trabalha técnicas de persuasão.

seller considerado marco para a disseminação desse conceito chamado *Nudge* de Thaler e Sustein (2008). Thaler ganhou o Prêmio Nobel de economia em 2017 e tem defendido que se aproveite as ideias do *Nudge* para outras áreas, especialmente a da saúde, juntamente com o apoio de tecnologias como Inteligência Artificial, Big Data, *Design Thinking* e outras.

No esforço de se ampliar as práticas de transformar os comportamentos de saúde de forma duradoura, a medicina, através da Medicina do Estilo de Vida (MEV), traz novos conhecimentos e formas de posicionamentos que utilizam as teorias existentes, a fim de contribuir para o maior sucesso nesta tarefa de promover saúde. Esses novos conhecimentos têm agregado valor nas práticas médicas, orientando para uma abordagem de saúde que utiliza conhecimentos da ciência comportamental para desenhar intervenções terapêuticas, visando reverter Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ou intervir em seus fatores de risco como alimentação, atividade física, gerenciamento do estresse, sono, tóxicos e conexões.

Assim como a medicina, novos conhecimentos da psicologia procuram ajudar as pessoas a viverem mais plenamente ou terem uma vida mais saudável, significativa e feliz. Um estudo coordenado por Keyes (2005) mostrou que a maioria dos americanos sente falta de um elemento mais mobilizador e estimulante para ter mais bem-estar.

Nesse sentido vale ressaltar, novamente, que o próprio conceito de saúde não se define pela simples ausência de doença. Apenas ter saúde física, parece não ser suficiente para o bem-estar das pessoas. A tão almejada qualidade de vida não se limita à ausência de dor nas costas ou de doenças crônicas. Saúde plena, jamais será

alcançada com iniciativas segmentadas como 5 minutos de ginástica laboral. Saber como manter seu estado de equilíbrio emocional é fundamental para se manter fortalecido em seu sistema imunológico. Os conhecimentos da Psicologia Positiva somam-se a esta área e têm como preocupação principal, não apenas as dificuldades emocionais, mas o fortalecimento da pessoa para que ela alcance plenamente os seus objetivos na vida. Identificar as forças e virtudes humanas para que o indivíduo possa seguir em direção ao seu florescimento, leva o indivíduo a viver com êxito. Desta forma, as bases da Psicologia Positiva se constituem em elementos poderosos para a promoção da saúde emocional e para a melhoria da qualidade de vida, com adoção de estilos de vida saudáveis. Pesquisas desenvolvidas por Mihaly Csikszentmihaly têm demonstrado que, frequentemente, vivemos nossos dias sem consciência ou contato com nossa vida emocional. O *"flow"* surge como importante ferramenta para vivermos melhor com nossas demandas diárias. Deve-se buscar atividades onde se possa exercer todas as potencialidades individuais, trazendo o melhor dessa experiência para a vida. O psicólogo Jon Kabat-Zinn, responsável pela Clínica de Redução de Stress da Universidade de Massachusetts, demonstrou que uma das melhores maneiras para melhorar a qualidade de vida e reduzir o estresse é estar consciente, observar atentamente a realidade em que se vive, sem julgamentos (Atenção Plena).

Mais recentemente, surge a Terapia Baseada no Processo (TBP), que propõe uma nova abordagem terapêutica baseada em evidências e questiona a utilidade das inúmeras teorias e modelos direcionados, em sua maioria, a protocolos que visam apenas o alívio do sofrimento humano. A proposta da TBP é de solucionar o problema de qual intervenção é eficaz para qual problema específico nos processos de mudança individual. As teorias existentes não consideraram

suficientemente os processos cognitivos e emocionais humanos. A proposta é ir além de definir técnicas e métodos baseados nos processos de mudanças comuns aos seres humanos, estabelecendo previsões testáveis (HOFMANN; HAYES, 2019).

AVANÇOS E QUESTÕES NÃO RESPONDIDAS

Reduzir a carga global de doenças no século 21, sem dúvida exigirá mudanças no uso do tabaco, álcool, na prática da atividade física e na alimentação da população. Com a pandemia, pudemos ver que as doenças infecciosas também não estão totalmente debeladas, podendo ressurgir com cepas cada vez mais resistentes às medicações disponíveis. É a Era das Doenças do Estilo de Vida, onde o comportamento humano afeta os desfechos de saúde. Por isso, não se pode deixar de perseguir melhores ferramentas para ajudar as pessoas a alcançarem hábitos diários mais saudáveis. Mudanças comportamentais são claramente necessárias, tanto para prevenir DCNT, como para evitar a proliferação das doenças infecciosas através da imunização ou de comportamentos que limitem sua transmissão.

Ao se buscar uma ferramenta de intervenção, o *designer* comportamental se depara com relevantes questões não totalmente respondidas: É realmente possível impedir o crescimento e reduzir o impacto das DCNT em nossa sociedade, através da mudança do estilo de vida das pessoas? Como transformar os conhecimentos e ferramentas existentes em intervenções bem-sucedidas e de larga

escala? Como melhor utilizar a ciência comportamental em prol de desfechos que favoreçam o bem-estar? Por que alguns padrões comportamentais ocorrem mais em algumas pessoas do que em outras? O que funciona no que diz respeito às intervenções sobre

*“AS INÚMERAS ALTERNATIVAS
E TEORIAS EXISTENTES
FICAM COM O SEU
VALOR DIMINUÍDO PELA
POBRE DESCRIÇÃO DE
SEUS CONSTRUCTOS
QUE SÃO MUITAS VEZES
INADEQUADAMENTE
DEFINIDOS, ASSIM COMO
AS RELAÇÕES SOBRE
SUA PROVENIÊNCIA QUE,
GERALMENTE, É LIMITADA
E INCOMPLETA”*

mudança de comportamento? Comparado com o quê? Quão bem e por quanto tempo funciona a mudança de estilo de vida? Para quem? Em qual contexto? E por quê? Ainda há muito a se caminhar.

A investigação apenas começou e deve continuar para que se tenha cada vez mais clareza sobre os fatores e as barreiras cognitivas, sociais e ambientais que influenciam os comportamentos de saúde. É preciso sair da discussão sobre qual teoria usar e ir para o desenvolvi-

mento de intervenções concretas. Contudo, quanto mais as pesquisas surgem, aumentam as dúvidas em relação a como utilizar as descobertas destes estudos de forma prática.

Assim, precisamos de uma linguagem comum para descrever e organizar os trabalhos desenvolvidos. As inúmeras alternativas e teorias existentes ficam com o seu valor diminuído pela pobre descrição de seus constructos que são muitas vezes inadequadamente definidos, assim como as relações sobre sua proveniência que, geralmente, é limitada e incompleta (MICHIE; LARSEN; BICKMORE, 2014).

Os estudos desenvolvidos pelo Centro de Pesquisas para Mudança de Comportamento da *University College London*, liderados por Susan Michie, têm chamado bastante atenção. Suas pesquisas podem ser de grande ajuda para esclarecer pontos ainda obscuros desse campo. Esse grupo está buscando identificar e reunir todos esses métodos, teorias e constructos para desenvolver uma Ontologia da Mudança de Comportamento. A ideia é que, a partir do levantamento das teorias existentes, se possa ligar tudo em cinco elementos: 1. Os comportamentos; 2. As teorias e os constructos; 3. Técnicas de Mudanças Comportamentais; 4. Modelos de entrega; 5. Contextos, incluindo a população alvo (MICHIE; LARSEN; BICKMORE, 2014).

Esses avanços nas pesquisas têm grande potencial de promover uma expressiva mudança na forma como se está avaliando os desfechos alcançados e caminhar para maiores comprovações relacionadas às condições motivacionais, culturais, psicológicas, espirituais e de sentido da vida que irão levar a melhores intervenções. O envolvimento de cientistas comportamentais, da computação e de arquitetura de sistemas para compreender o comportamento humano e responder às grandes e complexas questões citadas acima, podem fazer surgir recomendações importantes que possam ser seguidas ao se desenvolver intervenções e políticas bem-sucedidas. As questões são, com certeza, muito mais profundas e instigadoras e a maior compreensão pode facilitar profundamente a mudança no cenário da saúde global.

É importante salientar que, mais do que novas teorias, é urgente compreender como conseguir aplicar esses conhecimentos como facilitadores e preditivos para a adoção de um estilo de vida mais saudável de forma prática. Usar os recursos teóricos e metodológicos para prever um comportamento em saúde, em particular, é um passo importante no desenvolvimento de intervenções efetivas de mudança.

Desfechos bem-sucedidos implicam em ajustar a atenção para o processo e ampliar a visão para que ela não se restrinja ao quadro sindrômico. É preciso atuar nas forças individuais e na prosperidade da pessoa de forma integral. Hoje, o que se propõe é que o processo considere não só a patologia, mas que se explore profundamente a relevância das aspirações humanas. Dentro dessa proposta, a ciência comportamental está consistente com a tendência geral das intervenções em saúde, que buscam intervenções personalizadas (HOFMANN; HAYES, 2019).

A partir da pandemia de Covid-19, a OMS formou um grupo técnico Consultivo em *Insights* Comportamentais e Ciências para a Saúde (*Technical Advisory Group on Behavioral Insights and Sciences for Health* – TAG). Foram convocados especialistas renomados de uma ampla gama de disciplinas, como psicologia, economia comportamental, antropologia, marketing social e outras, de vários países, para ajudar no entendimento de como as pessoas e sociedades se comportam e tomam decisões em relação à sua saúde. A ideia é oferecer recomendações sobre a implementação de políticas e programas nacionais de saúde. Essa é uma importante força-tarefa, que já disponibilizou publicações fundamentais sobre as discussões do grupo. É realmente fundamental buscar percorrer melhores caminhos para a melhoria da saúde global.

O desafio para todos os profissionais de saúde é que se reinventem em suas intervenções e se tornem *designers* da mudança de estilo de vida para uma vida, não só longa, mas também saudável e plena. É preciso considerar a interação entre os múltiplos componentes discutidos e desvencilhar-se do pensamento mecânico de causa-efeito. Só assim é possível alcançar uma visão dinâmica e holística do indivíduo, a partir da qual a saúde e/ou a doença física não se encontram dissociadas de sua condição psicossocial. A saúde compreende um estado de equilíbrio multidimensional do ser. O processo é subjetivo e individual, pois o que determina o bem-estar é a percepção que o indivíduo tem de si. Os objetivos, expectativas e padrões da pessoa, dentro de seu contexto, são um processo individual dinâmico e implicam uma busca contínua desse equilíbrio, que é variável no tempo e no espaço. Os fatores biopsicossociais, espirituais e ambientais se integram e é preciso habilitar as pessoas para alcançarem a harmonia e integração entre suas dimensões.

REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, [s. l.], v. 50, p. 179-211, 1991. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T). Acesso em: 27 ago. 2022.
- AJZEN, I.; FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
- AJZEN, I.; SCHMIDT, P. Changing behavior using the theory of planned behavior. In: HAGGER, M. S.; CAMERON, L., K.; HAMILTON, N. Hankoren; LINTUNEN, T. (ed.). *The handbook of behavior change*. Cambridge, UK: Cambridge University, 2020. p. 17-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/9781108677318.002>. Acesso em: 12 set. 2022.
- ALLEN, J. Building supportive cultural environments. In: O'DONNELL, Michael P. (ed.). *Health Promotion in the Workplace*. 3. ed. New York: Delmar Publishers, Inc., Albany, 2001. p. 202-217.
- ALLEN, J. *Wellness Culture Coaching: training manual*. Healthyculture.com. 2011.
- AMIN, G. et al. *Interrelations between COVID-19 and other disorders*. PUBMED, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33333255/>. Acesso em: 09 set. 2021.
- ANTOS A. et al. *Unusually High Risks of COVID-19 Mortality with Age-Related Comorbidities: An Adjusted Meta-Analysis Method to Improve the Risk Assessment of Mortality Using the Comorbid Mortality Data*. [s. l.], v. 13, n. 3, p. 700-711, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2036-7449/13/3/65>. Acesso em: 02 ago. 2022.
- ARLOSKI, M. *Wellness Coaching for Lasting Lifestyle Change*. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2020.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In: MADDEN, J. IV (ed.). *Neurobiology of learning, emotion and affect*. New York: Raven, 1991. p. 229- 270. Disponível em: [https://www.scrip.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=1348573](https://www.scrip.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=1348573). Acesso em: 05 ago. 2022.
- BANDURA, A. Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. In: DIENSTBIER, R. A. (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*, 1990: perspectives on motivation. [s. l.]: University of Nebraska Press. p. 69-164. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1991-98255-002>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BANDURA, A. *Social Learning Theory*. Morristown, NJ: General Learning Press, 1971.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, [s. l.], n. 84, p. 191-215, 1977. Disponível em: https://www.academia.edu/3331051/Self_efficacy_toward_a_unifying_theory_of_behavioral_change. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BARTLEY, M. Job insecurity and its effect on health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, [s. l.], 2005. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/59/9/718>. Acesso em: 02 set. 2022.

BERKOWITZ, A. D. *The social norms approach: Theory, research, and annotated bibliography*. [S. l.: s. n.], 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 03 set. 2022.

BRASIL. NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial de Saúde. Masculinidade Tóxica Influencia Saúde e Expectativa de Vida dos Homens nas Américas. 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/84625-oms-masculinidade-toxica-influencia-saude-e-expectativa-de-vida-dos-homens-nas-americas>. Acesso em: 06 ago. 2022.

BUCK. Working well: A global survey of workplace wellbeing strategies. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://buck.com/uk/working-well-a-global-survey-of-workforce-wellbeing-strategies/>. Acesso em: 06 set. 2022.

CAMPBELL, M. *et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* (Clinical research ed.), [s. l.], v. 321, n. 7262, 2000. doi:10.1136/bmj.321.7262.694

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Trends in cigarette smoking among high school students: United States 1991-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, [s. l.], n. 51, p. 409-411.

COHEN, M. A. Empirical Research on Deterrent Effect of Environmental Monitoring and Enforcement. *Envtl. L. Rep News & Analysis*, [s. l.], n. 30, 2000. Disponível em: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/elrna30&div=40&id=&page=>. Acesso em: 11 ago. 2022.

COLETA, M. F. D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. *Mudanças-Psicologia da saúde*, [s. l.], v. 18, n. 1-2, p. 69-78, 2010.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Flow*. København: Munksgaard, 1991.

DE JONGE, J.; BOSMA, H.; PETER, R.; SIEGRIST, J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social science & medicine*, [s. l.], v. 50, n. 9, p. 1317-1327, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699003883>. Acesso em: 05 jul. 2020.

DOWDA, M. *Et al.* Correlates of physical activity among U.S. young adults, 18 to 30 years of age, from NHANES III. *Annals of Behavioral Medicine*, [s. l.], n. 26, p. 15-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867350/>. Acesso em: 11 jul. 2022.

FINKELSTEIN, A. Threats to the internal validity of spinal surgery outcome assessment: recalibration response shift or implicit theories of change?. *Applied Research in Quality of Life*, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 215-232, 2014.

FLOYD, R. G.; EVANS, J.; MCGREW, K. S. Relations between measures of Cattell-Horn-Carroll (CHC) cognitive abilities and mathematics achievement across the school-age years. *Psychology in the Schools*, [s. l.], v. 40, n. 2, p. 155-171, 2003.

GLANZ, K. E. *et al.* The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annual Review of Public Health*, [s. l.], v. 31, p. 399-418, abr. 2010.

HAGGER, M. S. *et al.* The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social Science & Medicine*, [s. l.], v. 213, p. 85-94, 2018.

HOFMANN, S. G.; HAYES, S. C. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 37-50, 2019. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>.

HOCHBAUM, G. An Alternative Approach to Health Education. *Health Values*, [s. l.], v. 3, n. 4, 197-201, 1979.

JEFREY, K. *et al.* Building a disciplinary metadata standards directory. [S. l.: s. n.], 2014.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, Presente and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, [s. l.], n. 10, p. 144-156, 2003.

KARASEK, R.; THEORELL, T. *Healthy Work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

KAWACHI, I. *et al.* Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, [s. l.], v. 174, n. 7, p. 290-319, 2000.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*, [s. l.], v. 74, n. 7, p. 290-319, 2000. Disponível em: <https://faculty.washington.edu/matsueda/courses/590/Readings/Kawachi%20and%20Berkman.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

KERR, J.; ROLF W.; MORETTI M. *ABC of Behavior Change: A Guide to Successful Disease Prevention and Health Promotion*. Edinburgh; New York: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na Vivência das Gestantes. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 24, n. 8, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em: 12 jul. 2022.

LA MORTE, W. W. *Boston University School of Public Health*. 2019. Disponível em: <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/BehavioralChangeTheories3.html>. Acesso em: 13 set. 2022.

LEGLER, J. *et al.* The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 59-71, 2002.

LUSZCZYNSKA, A. *et al.* Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*, [S. l.], 2004.

MACDADE-MONTEZ, E.; CVENGROS, J.; CHRISTENSEN, A. In: KERR, J. *et al.* (ed.). *ABC of Behavior Change: A Guide to a successful disease Prevention and Health promotion*. Edinburgh; New York: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.

MITCHIE, S. *et al.* A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Interventions. *Health Psychology*, [S. l.], v. 27, n.3, p. 379-87. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5226990_A_Taxonomy_of_Behavior_Change_Techniques_Used_in_Interventions. Acesso em: 06 jul. 2022.

MITCHIE S. *et al.* *ABC of Behaviour Change Theories*. Reino Unido: Silverback Publishing, 2014.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MOREIRA, A. K. de F. *et al.* Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 19, p. 989-1006, 2009.

MUNRO, Salla *et al.* A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS?. *BMC public health*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1-16, 2007.

NATIONAL INFORMATION (NIH). *Science of Behavior Change* (SOBC). Disponível em: <https://commonfund.nih.gov/behaviorchange>. Acesso em: 06 ago. 2022.

NEUROSCIENCE. In: Michalos, A. C. (ed.). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_102723. Acesso em: 11 ago. 2022.

NOAR, S. M. Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior*, Springer, Dordrecht v. 12, n. 3, p. 335-353, 2008.

O'DONNELL, M. P. A simple framework to describe what works best: improving awareness, enhancing motivation, building skills and providing opportunity. *The Art of Health Promotion*, [s. l.], set./out. 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. ODS 3. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 02 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015 resumo. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO-FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6. Acesso em: 10 set. 2022.

PETER, R.; SIEGRIST, J. Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease. *International archives of occupational and environmental health*, [s. l.], v. 73, n. 1, p. S41-S45, 2000.

PNUD. *Plataforma Agenda 2030*. Disponível em: <http://www.agenda2030.com.br/meta.php?ods=14>. Acesso em: 06 ago. 2022.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 276, 1982.

PROCHASKA J. J.; PROCHASKA J. O. A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. *Am J Lifestyle Med.*, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24358034/>. Acesso em: 14 set. 2022.

ROGERS, E. *Demonstrators and the diffusion of fertilizer practices*. [S. l.: s. n.], 1962.

ROGERS, R. W. *et al.* *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation*. [s. l.: s. n.], 1983. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229068371_Cognitive_and_physiological_processes_in_fear_appeals_and_attitude_change_A_revised_theory_of_protection_motivation. Acesso em: 29 ago. 2022

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROSENSTOCK, I. The HBM and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, [s. l.], v. 2, p. 354-386, 1974.

ROTSCHILD V. *et al.* Comparing the clinical efficacy of COVID-19 vaccines: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep.*, s. l., v. 11, n. 1, 23 nov. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34815503/>. Acesso em 08 ago. 2022.

SABIA S. *et al.* Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *CMAJ*, [s. l.], v. 184, n. 18, p. 1985-92, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519184/>. Acesso em: 07 ago. 2022.

SAGNER, M. *et al.* Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. *International Journal of Clinical Practice*, [s. l.], n. 68, p. 1289-1292, 2014. Disponível em: doi: 10.1111/IJCP.12509. Acesso em: 08 ago. 2022.

SCHWARZER, R. Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. *Atualidades em Psicologia*, [S. l.], v. 30, n. 121, p. 119-130, 2016.

SCHWARZER R. *et al.* Health Action Process Approach. *Predicting health behaviours*, [s. l.], p. 252-278, 2015.

SCHWARZER, R. *Self-efficacy: Thought control of action*. New York: Taylor e Francis, 1992. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315800820/self-efficacy-ralf-schwarzer>. Acesso em: 15 set. 2022.

SHEERAN, P. Intention – Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review, European. *Review of Social Psychology*, [s. l.], v.12, n. 1, p. 1-36, 2002. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F14792772143000003>. Acesso em: 11 set. 2022.

SIMONETTI, J. P. *et al.* Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 415-22, 2002. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/11933/S0104-11692002000300016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 ago. 2022.

STROEBE, W.; DE WIT, J. Health impairing behaviours. *Applied social psychology*, [s. l.], p. 113-143, 1996.

SUTTON, S. *Transtheoretical model applied to smoking cessation*. Understanding and changing health behaviour: From health beliefs to self-regulation. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. p. 207-25.

THALER, R. H. Nudge, not sludge. *Science*, [S. l.], v. 361, n. 6401, p. 431-431, 2018.

VERPLANKEN, B.; ORBELL, S. Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength. *Journal of Applied Social Psychology*, [s. l.], n. 33, p. 1313-1330, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2Fj.1559-1816.2003.tb01951.x>. Acesso em: 10 ago. 2022.

YOUNG, S. Healthy Behavior Change in Practical Settings. *Perm J*, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 89-92, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206177/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

A **TECNOLOGIA** COMO **ALIADA** DA **SAÚDE** **POPULACIONAL**

ANA CLAUDIA PINTO

Médica endocrinologista, tem doutorado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina - EPM/UNIFESP, MBA em Administração pelo Ibmec-SP/Insper, Digital Strategy for Business pela Columbia Business School.

A SAÚDE É UM SETOR EM TRANSFORMAÇÃO. O QUE ISSO TEM A VER COM AS PRÁTICAS ESG?

O sistema de saúde atual não entrega valor de forma igualitária. Essa diferença se acentua quando destacamos populações mais vulneráveis, com problemas comportamentais e de saúde mental, minorias raciais ou étnicas e aquelas provenientes de contextos rurais e socioeconômicos menos favorecidos (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001; ADAUY *et al.*, 2013).

O sistema de saúde ideal, em construção, busca focar nas necessidades do indivíduo, mas também na saúde da população como um todo, permitindo a distribuição adequada de recursos onde estes são mais necessários (SKOCHELAK *et al.*, 2020).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento e o avanço acelerado da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) provocaram mudanças em vários aspectos da produção humana. Os efeitos dessas mudanças são pautas constantes de discussão em todas as áreas do conhecimento, incluindo a saúde.

Nesse contexto, surge o conceito de Saúde Digital com o potencial de ser o alicerce para a construção desse novo sistema de saúde, mais igualitário e assegurando maior qualidade assistencial. A saúde digital evoluiu como um termo amplo que abrange dados capturados eletronicamente, juntamente com infraestrutura técnica e de comunicações, além de aplicativos dentro de um ecossistema de saúde.

Tecnologias como computação em nuvem, Inteligência Artificial (AI), aprendizado de máquina, blockchain, internet das coisas (Internet of Things ou IoT) diagnóstico e tratamento mediado digitalmente, tele-saúde e aplicativos de saúde móvel, tudo isso devidamente amplificados pelo 5G, prometem conduzir diagnósticos e intervenções precoces, melhorar os resultados e apoiar pacientes no engajamento às melhores práticas de saúde (MCGINNIS; FINEBERG; DZAU, 2021).

Os avanços inovadores na saúde digital têm o potencial de transformar a saúde, a medicina e a ciência biomédica, redefinindo as ferramentas necessárias para criar um futuro mais saudável, com cuidado menos fragmentado e mais centrado na entrega de valor para o indivíduo, sociedade e sistema de saúde.

*“OS AVANÇOS INOVADORES
NA SAÚDE DIGITAL
TÊM O POTENCIAL DE
TRANSFORMAR A SAÚDE”*

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. De acordo com esse conceito, diferentes fatores interagem para compor a saúde e o bem-estar.

Pesquisas apontam que fatores sociais e comportamentais são mais impactantes que os cuidados médicos na determinação do estado de saúde, além de modularem as contribuições da genética e do ambiente físico (SCHROEDER, 2007; MCGINNIS; FINEBERG; DZAU, 2021).

Dentro desse contexto mais amplo de saúde, há uma crescente valorização dos múltiplos determinantes sociais e ecológicos da saúde.

de, tradução de *Social Determinants of Health* (SDoH). É importante que os sistemas e equipes de saúde conheçam esses determinantes para que seja possível a criação de novos planos assistenciais de cuidado, pois as condições de vida dos indivíduos, como acesso a moradia, alimentação entre outros, podem influenciar suas condições de saúde.

Aplicar esse conceito amplo de saúde no sistema atual é algo desafiador, devido à sua estrutura fragmentada e com processos de entrega de valor pouco alinhados às necessidades de populações mais vulneráveis.

A fim de viabilizar essa entrega, além de ações governamentais, não se pode deixar de destacar o papel das empresas e suas iniciativas de *Environmental, Social and Corporate Governance* (ESG) como parte atuante na entrega de um futuro mais igualitário. Há uma demanda crescente da sociedade para a contribuição das empresas através de práticas efetivas de ESG, que contribuam na melhoria e sustentabilidade do ecossistema como um todo.

As estratégias ESG têm uma afinidade especial com a área da saúde, originalmente ligada ao “S”, mas também ligadas ao “G” para beneficiar o maior número de pessoas possível com os mesmos recursos, e do “E” para minimizar seu impacto no ambiente e alavancar a saúde populacional. No setor de saúde o tema ESG é importante para a sustentabilidade do próprio sistema. Além disso, cada vez mais, consumidores e investidores cobram que práticas associadas a aspectos ambientais, sociais e de governança permeiem a estrutura das companhias como um todo, inclusive no Brasil. Um levantamento recente da consultoria *Luvu One* indica um crescimento de 29% no número de companhias listadas na bolsa de valores brasileira com metas ambientais, por exemplo.

A necessidade de sustentabilidade vem sendo discutida pelo mercado desde a década de 1980 e esse conceito antecede e sobrepõe-se ao conceito de ESG. A própria sigla ESG foi usada pela primeira vez em 2004, quando o então secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Kofi Annan, provocou líderes de instituições financeiras a medirem seus resultados e a nortearem seus passos para além do lucro. No entanto, o ponto de inflexão para a incorporação dessa mudança parece ter sido a carta de Larry Fink, diretor da *Black Rock*, a maior gestora de ativos financeiros do mundo. A carta intitulada: Uma mudança estrutural nas Finanças, escrita em janeiro de 2020, instigou *Chief Executive Officer* (CEOs) das empresas onde a Black Rock investe a promoverem um “capitalismo responsável e transparente”.

A valorização do ESG, ao contrário do que se imagina, pode potencializar os resultados financeiros das instituições, principalmente os de médio e longo prazo. Segundo Márcio Mendes, presidente do Conselho Administrativo do Grupo Fleury: “Hoje, o ESG exige mais exemplos reais e menos discursos vazios. Não podemos nos esquecer, como empresa, do nosso papel no ecossistema onde atuamos. Isso deve ser incorporado aos resultados” (FUTURO DA SAÚDE, 2020).

As atuações ESG nas empresas de saúde podem ir muito além da filantropia, colaborando na construção de ecossistemas de saúde digital que possam levar atendimento de qualidade às populações com maior dificuldade de acesso e evitando o desperdício de recursos preciosos. À medida que as ferramentas digitais de saúde se tornam cada vez mais sofisticadas e capazes de capturar os determinantes sociais, comportamentais e ambientais da saúde, os médicos e cuidadores podem aprender mais sobre o indivíduo no contexto

de suas vidas diárias, incluindo preferências individuais, valores, interações e exposições, para fornecer cuidados preventivos e agudos para restaurar a saúde após a doença. Esse ecossistema de saúde, se implantado de forma equitativa e usado de forma eficaz, tem o potencial de ajudar a prevenir, mitigar e reduzir as disparidades no acesso e no suporte à saúde (CRAIG *et al.*, 2020).

PREPARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DA SOCIEDADE PARA A TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE

A transformação da saúde e a transição para o atendimento de base populacional requer um conjunto de habilidades não abordadas anteriormente no ensino de grande parte dos médicos e outros profissionais de saúde. Isso exigirá uma mudança na forma como os profissionais veem todos os membros da equipe, como essas equipes coordenam o atendimento nesse conceito mais amplo, e como os pacientes, famílias e redes sociais estão interagindo com o ambiente onde vivem (SKOCHELAK *et al.*, 2020).

Líderes de educação médica, estudantes de medicina e de outras áreas da saúde não podem mais ignorar a complexa rede de processos, sistemas e percepções que se encontram sob a superfície do encontro individual com o paciente.

A **Figura 1** representa o “iceberg” da transformação do atendimento à saúde, onde são destacados os diversos conceitos e fatores que estão intrinsecamente conectados ao atendimento prestado a qual-

quer paciente em algum episódio de atendimento. Tradicionalmente, o foco da prestação de cuidados de saúde tem permanecido na superfície, no encontro médico-paciente em uma clínica, hospital ou outro ambiente de saúde. No entanto, o restante do *iceberg* está rapidamente se tornando fundamental para contribuir com o atendimento ideal ao paciente no ambiente de saúde em evolução do século XXI (SKOCHELAK *et al.*, 2020).



Figura 1 – O “iceberg” da transformação do atendimento à saúde

A transformação na saúde também passa pela educação, pois os médicos e profissionais de saúde devem ser capazes de se comunicar com os pacientes usando processos de tomada de decisão compartilhados. Eles devem utilizar a nuvem de conhecimento continuamente atualizada e contribuir, quando apropriado, para a descoberta de novas abordagens de sucesso. Essas são perspectivas em evolução sobre as funções tradicionais centradas no médico, quase todas na superfície, mas passa também pela transformação da sociedade, através de legislação apropriada e das empresas através da aplicação dos conceitos de ESG e sustentabilidade.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) E A SAÚDE

Preparar-se para um futuro com tecnologia é a principal preocupação dos sistemas de saúde em todo o mundo. Como parte dos esforços estratégicos do *National Health Service* (NHS) da Inglaterra, a agência publicou um relatório sobre como a tecnologia de ponta, a genômica, IA e a robótica vão mudar a medicina e como preparar a força de trabalho para aplicar essas novas ferramentas e, conseqüentemente, gerar melhores resultados para os pacientes. Segundo Topol (2019), autor desse relatório: “Estamos em um momento único na história da Medicina, com a convergência de genômica, biossensores, registro eletrônico de pacientes e aplicativos de *smartphone*, ligados a uma infraestrutura digital, com IA para dar sentido à enorme quantidade de dados criados”.

A TIC vem se desenvolvendo rapidamente, com um importante ritmo de adoção pelo sistema de saúde e pode ter um papel funda-

mental na melhoria da qualidade da assistência, com capacidade de oferecer mais acesso a serviços de qualidade. Atualmente, tem sido utilizada para apoiar sistemas administrativos, de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e monitoramento de pacientes com diferentes condições de saúde, além de ser aplicada como ferramenta na promoção do bem-estar das pessoas, através da prevenção de doenças, da adoção de estilos de vida saudáveis, do engajamento em sistemas de acompanhamento e permitindo o autocuidado apoiado, garantindo a autonomia individual.

Para ilustrar de forma simples essa capacidade, se sistemas digitais inteligentes, baseados nas melhores práticas da literatura científica, fossem colocados à disposição das pessoas com menor poder aquisitivo, estes teriam acesso à chamada Medicina Baseada em Evidência (MBE)¹, através de recursos digitais, para camadas da sociedade que, de outra forma, não teriam esse acesso com facilidade.

Um dos pontos-chave para atingir esse objetivo seria a criação de ferramentas digitais de saúde de fácil acesso, com manuseio intuitivo e linguagem apropriada, que fossem capazes de fechar o ciclo de comunicação entre os profissionais de saúde e o usuário final. Essas ferramentas, suportadas por todos os profissionais de saúde, podem levar cuidados baseados na melhor evidência científica, de modo igualitário, a todas as populações.

Essa tarefa é possível, mas não é trivial, já que a prestação de serviços de saúde possui características únicas, de forma que sua di-

¹ A medicina baseada em evidências (MBE) pretende aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados à população e diminuir os custos operacionais dos processos de prevenção, tratamento e reabilitação. Busca identificar problemas relevantes do paciente e promover a aplicabilidade social das conclusões (FARIA; LIMA; ALMEIDA FILHO, 2021).

gitalização envolve desafios na evolução das estruturas de relacionamento entre profissionais, pacientes, operadoras e órgãos de regulação, mantendo o elevado nível de qualidade e segurança necessários para os cuidados médicos.

Os serviços digitais em saúde compreendem uma vasta gama de aplicações, o que inclui serviços de telediagnóstico, aplicativos de saúde (*e-health*), monitoramento de atividades e coordenação de cuidado, incluindo consultas virtuais com psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outras numerosas áreas e especialidades. A telemedicina é apenas uma entre essas práticas. Ela pode ser definida como a prestação de serviços de assistência médica a distância, e foi um dos serviços de saúde digital que mais cresceu nos últimos anos em todo o mundo.

No Brasil, a assistência diagnóstica e a comunicação digital entre profissionais médicos já é bastante rotineira em grandes serviços. No entanto, o contato direto entre médico e paciente utilizando meios de comunicação digital até o início de 2020 ainda não tinha ganhado tração, especialmente devido à insuficiência de garantias regulatórias e padrões de uso que assegurassem a sustentabilidade dos prestadores.

Do ponto de vista do usuário, a expectativa de que as informações de saúde estejam disponíveis na ponta dos dedos vem crescendo com a onipresença dos telefones celulares e aumentou ainda mais durante a pandemia com o crescimento da telessaúde e do atendimento virtual.

A pandemia veio para modificar esse cenário e acelerar essa transformação digital, trazendo mudanças generalizadas na forma como os serviços médicos são prestados, expandindo substancialmente o acesso ao atendimento por meio da telemedicina.

Bellizia (2022) aponta que em janeiro de 2022, 67% dos consumidores brasileiros não se importavam com o lugar onde compravam (*on-line* ou *offline*), desde que pudessem obter o produto desejado. No entanto, as estratégias de comunicação com esse cliente devem considerar o conforto do usuário com a tecnologia e oferecer vários modos de comunicação, incluindo mensagens de texto, áudio e vídeo, dependendo da preferência do consumidor (ZACHRISON *et al.*, 2021). Ainda não há pesquisas que abordem como esse padrão de comportamento pode se refletir em contextos de saúde, mas não há dúvida de que a transformação digital impulsionada pela pandemia, deixou sua marca também nesse setor.

A visão centrada no paciente, ou melhor, na pessoa, é uma das demandas que vem sendo reforçada com esse novo hábito de consumo. Para uma boa experiência de saúde, deseja-se um atendimento conveniente, transparente e personalizado, onde os consumidores esperam ser tratados como pessoas inteiras, com necessidades individualizadas, e não como problemas aleatórios a serem resolvidos (SINGHAL, S.; VINJAMOORI; RADHA, 2022).

Nos Estados Unidos, os consumidores já tomam medidas proativas para gerenciar sua própria saúde e bem-estar, gastando entre US\$ 300 bilhões e US\$ 400 bilhões em despesas de saúde todos os anos (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, 2020). Cerca de 40% dos consumidores consideram essas categorias como alta prioridade (CALLAGHAN *et al.*, 2021). Seus gastos estão em categorias de bem-estar, incluindo *fitness*, nutrição, aparência, sono e atenção plena. Além disso, esses consumidores estão mais exigentes com as possibilidades de cuidado de saúde *on-line*, mais de 60% dos consumidores esperam poder alterar ou agendar uma consulta de saúde, verificar registros médicos e resultados de exames e renovar um medicamento *on-line* (SGB MEDIA, 2021).

Quanto à questão econômica, pesquisas recentes mostram que as pessoas que estão satisfeitas utilizando modelos centrados no paciente são 28% menos propensas a mudar de provedor e são 5 a 6 vezes mais propensas a usar outros serviços desse mesmo provedor. Mais de 1/3 dos pacientes relataram ter menos visitas aos médicos. Além disso, pacientes satisfeitos são mais motivados para cuidar da própria saúde e se sentem mais amparados, o que contribui para resultados melhores de saúde (SINGHAL, S.; VINJAMOORI; RADHA, 2022).

Para que seja aproveitado todo o potencial da TIC, as organizações devem adotar medidas de segurança para proteger os dados pessoais de seus clientes. Segundo Santos *et al* (2022), as normas sobre privacidade e proteção de dados estão atreladas ao cumprimento das boas práticas de segurança da informação através da Lei nº 13.709 de 2018², a chamada Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que prevê que as organizações devem adotar medidas de segurança da informação, técnicas e administrativas com a finalidade de proteger os dados pessoais de seus usuários.

Além disso, a Lei nº 13.787 de 2018, a Resolução CFM nº 2.299 de 2021 e a Resolução CFM nº 2.314 de 2022, indicam de forma indireta a necessidade de cumprimento da LGPD, indicando, portanto, a necessidade de conformidade com as práticas de segurança da informação. As informações de saúde são consideradas sensíveis e

² Acompanhando a tendência mundial, o Senado brasileiro aprovou, em 10 de julho de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD prevista no Projeto de Lei 53-2018 da Câmara dos Deputados, que cria novas regras para uso de dados pessoais no País. Por conta dessa lei, as empresas devem estabelecer regras claras para coleta, armazenamento, manuseio e compartilhamento de dados pessoais. O Regulamento Geral de Proteção de Dados – RGPD (ou Regulamento Geral de Proteção de Dados – GDPR) entrou em vigor em 25 de maio de 2018 na Europa. O principal objetivo desta lei é a proteção de dados dos cidadãos europeus. Ou seja, as empresas passaram a ser compelidas a proteger com eficiência os dados de seus clientes. As empresas também são obrigadas a informar o órgão regulador e seus clientes sobre qualquer vazamento de dados que possa ocorrer. As empresas também são responsáveis pelos procedimentos dos fornecedores em relação à proteção de dados, mesmo que esses fornecedores possam estar fora da Europa.

tratadas de modo diferenciado pela LGPD. Portanto, serviços e sistemas que tratam desse tipo de dado, deverão atender aos comandos da LGPD, a fim de manter a privacidade, integridade, auditabilidade, autenticação do usuário, assinatura eletrônica e guarda dos documentos e informações, resguardando os direitos dos proprietários da informação dos indivíduos (SANTOS *et al.*, 2022).

INOVAÇÃO & TECNOLOGIA: GESTÃO DE DADOS E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM SAÚDE

Um dos maiores desafios para sustentabilidade em Saúde é cumprir o chamado Objetivo triplo, tradução de *Triple Aim*³ (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008). O *Triple Aim*, do Institute for *Healthcare Improvement* (IHI), é uma abordagem para otimizar o desempenho dos sistemas de saúde. A IHI acredita que os projetos em saúde devem ser desenvolvidos para buscar simultaneamente 3 dimensões: Melhorar a experiência de atendimento do paciente (incluindo qualidade e satisfação); melhorar a saúde das populações; e reduzir o custo *per capita* dos cuidados com saúde.

³ Posteriormente à definição do Triple Aim pela IHI, alguns líderes de pensamento consideraram importante adicionar um quarto objetivo para abordar o crescente desafio do esgotamento na força de trabalho de saúde – ou seja, exaustão, insatisfação profissional e cinismo – ou as significativas desigualdades presentes na saúde e nos cuidados de saúde. Em um recente JAMA Viewpoint, Kedar Mate, Shantanu Nundy, MD, MBA, e Lisa A. Cooper, MD, MPH, propuseram adicionar um quarto objetivo de bem-estar e segurança da força de trabalho e um quinto objetivo de promover a equidade em saúde – porque não podemos alcançar segurança ou cuidados de alta qualidade para todos sem esses objetivos adicionais.

Para atingir esse objetivo em sua amplitude, a análise de dados pode ser o fator determinante durante toda a jornada. Onde há espaço para agregar valor ao paciente, ao mesmo tempo que mante-

mos a sustentabilidade econômica do sistema? Onde estão os maiores custos? Quais deles são evitáveis?

*“O SURGIMENTO DA IA
COMO UMA FERRAMENTA
PARA APOIAR OS CUIDADOS
DE SAÚDE PODE OFERECER
OPORTUNIDADES
INOVADORAS NA MELHORIA
DOS RESULTADOS”*

As ferramentas do *Data Analytics* associadas ao conhecimento clínico e do negócio, podem ajudar a encontrar essas respostas. Mas não basta ter um norte vago para ação. É preciso de-

finir o caminho e os pontos onde há oportunidade de intervenção, em seguida, construir um projeto que atue sobre esses pontos, e, por último, medir os resultados alcançados, tanto do ponto de vista clínico, como do ponto de vista econômico e para o negócio.

O surgimento da IA como uma ferramenta para apoiar os cuidados de saúde pode oferecer oportunidades inovadoras na melhoria dos resultados para os pacientes, para a equipe clínica, na sustentabilidade financeira da saúde, e principalmente impactar positivamente as ações de melhoria da saúde da população.

Pesquisas sobre IA indicam a tendência de crescimento e a permanência de benefícios significativos, embora no primeiro ano da pandemia da Covid-19, eles tenham sido observados com

mais força na frente de redução de custos do que na geração de receita (MCKINSEY ANALYTICS, 2021).

Com o uso mais comum da IA nos negócios, ferramentas e práticas recomendadas para tirar seu máximo proveito também se tornam mais sofisticadas. No entanto, os algoritmos de IA demandam um treinamento em um montante significativo de dados para alcançarem os níveis de desempenho desejados (SHROTT, 2017; SUN *et al.*, 2017).

A redução dos custos de armazenamento e a evolução da tecnologia, associadas a uma grande produção de dados pelos indivíduos, produziu condições favoráveis para uma coleta exponencial de dados de saúde, criando um grande ecossistema de assistência médica. Esse cenário, associado às tecnologias vestíveis, também denominadas *wearables*, transformaram o setor de saúde em um ambiente heterogêneo, produtor de uma quantidade enorme de dados (SCHULTE; FORTUNE, 2019). Diante dessa quantidade de dados, questões relacionadas ao armazenamento passam a ser o primeiro desafio. Além do local de armazenamento, persiste a dificuldade para a integração desses dados, que continuam em ambientes que não se comunicam. Outro ponto importante é que, além de estarem em ambientes diferentes, não é fácil encontrar um código único ou chave primária que possa conectar esses dados. Essa conexão é fundamental para que os dados sejam aproveitados e cada vez mais disponíveis.

Associado às questões de armazenamento e da chave primária para conectar os dados, há ainda o desafio da qualidade e confiabilidade. Essa é uma lacuna no setor privado, bastante relacionada aos dados de sinistros das operadoras de saúde no Brasil. Com o intuito de melhorar a padronização das denominações dos procedimentos e

desenvolver uma codificação clínica comum para o mercado de saúde privado, a Agência Nacional de Saúde (ANS) criou a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que passou a ser obrigatória em 2010. Essa ação colaborou na unificação da terminologia dos dados, mas não resolveu totalmente o problema.

Assim, como para os dados da base de sinistro das operadoras de saúde, também é importante que o significado semântico de outras fontes de dados, como exames laboratoriais e medicamentos, por exemplo, sejam mapeados de forma estruturada. Esse padrão de comunicação é muito importante para que haja interoperabilidade entre os sistemas, mas não basta apenas possuir a integração entre os sistemas e redes, ou apenas troca de dados, é necessário que os sistemas possam trocar dados de forma organizada, seguindo normas e padrões pertinentes para atingir esse objetivo.

A qualidade dos dados utilizados é um ponto fundamental para o sucesso da análise de dados. Isso é melhor explicado na expressão: *Garbage in, Garbage out* (GIGO)⁴.

Outro grande desafio a ser vencido é o excesso de expectativa sobre o potencial da IA aplicado na prática para resultados de curto e médio prazos, pois como aponta Ridley (2017), existe uma tendência de

⁴ GIGO - Garbage in garbage out é uma expressão em inglês atribuída ao técnico da IBM George Fuechsel que significa, literalmente, "lixo entra, lixo sai". A expressão "Garbage in, Garbage out" faz referência ao fato de que, na área da ciência da computação, as máquinas utilizam processos de transformação lógica, não sendo capacitadas, até o momento, para uma análise crítica. Desta forma, processam todos os dados imputados, mesmo que eles não façam sentido para a solução do problema em questão (lixo entra) e, conseqüentemente, produzem respostas inadequadas ou enviesadas, que não respondem à pergunta ou confundem ainda mais (lixo sai). Isso significa que, mesmo que um programa tenha sido construído corretamente para interpretar um conjunto de dados, se eles forem de má qualidade, os erros podem ser incorporados e reproduzidos. Portanto, para obtermos o resultado desejado de qualquer análise, é necessário que os dados sejam corretos e confiáveis.

superestimar o efeito de uma tecnologia no curto prazo e subestimar seu efeito no longo prazo.

Os dados podem ser analisados de diversas formas, aplicando métodos de *Descriptive analytics*, *Diagnostic analytics*, *Predictive analytics* e *Prescriptive analytics*, que pode usar dados estruturados ou não. Cabe aqui ressaltar a definição de modelagem preditiva, pois tem sido bastante utilizada em análise dados em Saúde Populacional.

Modelagem Preditiva é o desenvolvimento de modelos matemáticos que predizem a probabilidade de eventos ou resultados futuros para uma população através da interpretação de dados do passado. A modelagem preditiva não é um algoritmo de identificação baseado em critérios clínicos (Exemplo: gravidez de alto risco). Também não é uma “bola de cristal”. Desta forma, nem todo mundo identificado como uma pontuação de probabilidade “alta” para um determinado evento terá necessariamente esse evento ocorrido. A eficácia do modelo não deve ser avaliada em nível individual. O objetivo é identificar um subconjunto da população com maiores riscos individuais como foi o caso da aplicação da modelagem preditiva para segmentar pacientes e priorizá-los para uma determinada intervenção, por exemplo (NETTO; BERTON; TAKAHATA, 2021).

Muitas vezes, os recursos não estão disponíveis para alcançar todos os pacientes. A modelagem preditiva classifica os membros de acordo com a probabilidade relativa de um determinado resultado, para que os membros com maior probabilidade possam receber prioridade.

De todo modo, essa pergunta pode ser aplicada a várias subpopulações. Pode, por exemplo, ser aplicada em uma população de doentes

“PROGRAMAS DE GESTÃO DE DOENTES CRÔNICOS SÃO PROJETADOS PARA AJUDAR INDIVÍDUOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS EXISTENTES A ADERIREM AOS PADRÕES DE CUIDADOS RECOMENDADOS E FAZEREM MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA PARA PERMITIR QUE MANTENHAM OU MELHOREM SUA SAÚDE”

crônicos para criar um *ranking* de prioridade nesta população, mas também pode ser executado na população total. A maioria dos fundamentos conceituais da IA não são recentes. No entanto, os avanços combinados podem agora traduzir modelos teóricos em tecnologias utilizáveis. Isso marcará uma mudança fundamental nas expectativas para a próxima geração de médicos e de serviços de saúde (SILVER *et al.*,

2018). No caso de uma equipe ambulatorial intensiva, por exemplo, os atendimentos podem ser direcionados apenas aos pacientes que os sistemas de IA preveem com alto risco de morbidade (ZULMAN *et al.*, 2017).

Da mesma forma, na busca de resultados populacionais, o valor deve ser medido para grupos de pacientes com necessidades semelhantes e não individualmente. Por exemplo, pacientes saudáveis, pacientes com uma única doença crônica, e assim sucessivamente para múltiplas doenças crônicas, pessoas idosas frágeis etc.

Programas de gestão de doentes crônicos são projetados para ajudar indivíduos com condições crônicas existentes a aderirem aos pa-

drões de cuidados recomendados e fazerem mudanças no estilo de vida para permitir que mantenham ou melhorem sua saúde e, assim, evitem a utilização não coordenada de recursos, como visitas desnecessárias aos serviços de emergências e internações hospitalares.

Por fim, destaca-se que a aplicação da IA, na prática, não está relacionada apenas à evolução dos dados ou ao avanço do poder da computação. Aumentar a velocidade e o armazenamento da máquina cria uma calculadora melhor, mas que ainda não atinge seu potencial máximo sem que tenha pensadores melhores. Esses pensadores serão fundamentais, pelo menos em um futuro próximo, para resolver questões de *design* e conceito em pesquisas de IA, principalmente no que envolve bom senso, enquadramento, raciocínio abstrato e criatividade (BROOKS, 2017). Por esta questão, vale reforçar que o conhecimento do negócio, que leva à formulação das perguntas certas a serem respondidas, agregará valor durante um bom tempo na aplicação da IA na solução das questões em saúde.

BARREIRAS PARA A TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EM SAÚDE E O COMPORTAMENTO DO NOVO CONSUMIDOR DE SAÚDE

Segundo pesquisas da *Global Consumer Insights Survey*, desde 2019 os consumidores utilizam mais seus *smartphones* do que os computadores pessoais para fazer compras. A mesma pesquisa demonstrou também a ampla adoção de aplicativos de saúde,

bem-estar e *fitness*. Mas se há uma ampla adoção desses aplicativos, por que a utilização de ferramentas digitais em saúde ainda é baixa e fragmentada?

A resposta pode estar em um passado, onde as operadoras de saúde não tinham ferramentas para identificar a diferença entre os cuidados que necessitavam de uma visita presencial ou que poderiam ser prestados remotamente. As ineficiências no sistema exigiam visitas presenciais em consultório, mesmo para situações que poderiam ser resolvidas por uma outra forma de contato com o paciente (ASCH; TERWIESCH; VOLPP, 2017). Além do mais, muitas vezes, as consultas presenciais desestimulam a utilização pelo paciente devido ao deslocamento até o consultório físico.

Exigir a visita presencial, e apenas remunerar por ela, cria alguns incentivos financeiros perversos que desestimulam o uso de rotas mais eficientes para melhorar a saúde das pessoas. Por exemplo, se houvesse incentivo financeiro para a realização de exames de fundo de olho para pacientes com diabetes a distância, utilizando tecnologias digitais, as sequelas visuais causadas pela evolução da doença poderiam ser reduzidas (ASCH; TERWIESCH; VOLPP, 2017). No entanto, via de regra, esses exames só são remunerados se feitos presencialmente em clínicas ou consultórios.

A necessidade de visitas presenciais ao invés de virtuais, aumenta a demanda sobre um sistema de saúde já sobrecarregado, e não estimula as tendências do tipo “faça você mesmo” observadas em outras áreas, como reservas de passagens aéreas ou serviços bancários (ASCH; TERWIESCH; VOLPP, 2017). Para a adoção em massa desse tipo de serviço na saúde, envolvendo indivíduos, famílias e provedores, há o desafio de criarmos sistemas que funcionem de forma segura para

todos os lados interessados, com agendamento de consultas, *check-in* automático e pesquisas de *feedback* (ABERNETHY *et al.*, 2022).

Os sistemas de saúde precisam reinventar sua relação com seus pacientes, o que inclui, além da possibilidade de atendimento a distância, levar em consideração a quantidade crescente de dados que eles produzem para envolvê-los em seu próprio monitoramento e cuidado.

Isso passa pela utilização das TICs para lidar com as necessidades simples e que não ofereçam risco, escalando à Equipe de Saúde e ao médico os casos mais complexos e que não possam ser resolvidos de outra forma.

Por outro lado, a equipe de atendimento não é, necessariamente, o destinatário correto para todas as informações produzidas pelos pacientes através de seus devices. Além do mais, o fato de as informações poderem ser facilmente coletadas não significa que elas precisem ser analisadas em tempo real. Os próprios pacientes podem realizar a triagem dos dados, pois já existem várias formas de automonitoramento. O diabetes, por exemplo, tem sido administrado dessa forma há muito tempo, utilizando modalidades de autocuidado que evoluíram à medida que a tecnologia de automonitoramento também melhorou. A marcha do Parkinson também é um exemplo, pois pode ser avaliada remotamente, e de maneira assíncrona com a consulta.

Já em outras situações, a avaliação para intervenção breve é necessária, como o ganho de peso abrupto em um paciente portador de Insuficiência Cardíaca Congestiva, que pode demandar uma intervenção imediata. Num paciente saudável esse mesmo montante de ganho de peso pode não colocar a vida do paciente em risco e, por-

tanto, não demandar intervenção rápida. O mesmo ganho de peso pode demandar ações diferentes dependendo da condição clínica do paciente.

Na mesma linha de raciocínio, quais dados precisam ser analisados em um relatório semestral e quais dados justificam uma visita de emergência com a Equipe de Saúde? Essa decisão é mais clínica do que técnica, e não deve ser tomada apenas de acordo com a facilidade em transmitir a informação. Isso acaba gerando aumento desnecessário do tráfego de informação e levando à utilização inadequada dos recursos.

É preciso hierarquizar o cuidado dos pacientes, definindo quais deles podem ser aplicados, em um primeiro nível, pelo próprio paciente, quem precisa evoluir para um segundo nível, envolvendo profissionais como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e outros, ou encaminhados para um terceiro nível, onde as exceções ao primeiro e segundo nível seriam encaminhadas à atenção médica.

Nem todas as informações precisam chegar ao médico, muito menos em tempo real. Há protocolos que começam com o paciente, passam pelo enfermeiro, e, dependendo da complexidade, chegarão ao médico.

A participação das pessoas no primeiro nível em seu próprio cuidado ainda apresenta desafios, pois as informações em saúde não são simples de serem interpretadas pelos pacientes. Apenas para exemplificar, em linhas gerais, os valores de um bom controle para hemoglobina glicada nos pacientes diabéticos deve ficar em torno de 7% ou menos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Em um inquérito conduzido junto aos pacientes, perguntou-se quem deles entendia que tinham “bom controle” ou “mau controle” do dia-

betes. No grupo de pacientes que relatavam ter um “bom controle” da doença, os valores médios de hemoglobina glicada (HbA1c) eram de 9,8%, e aqueles que achavam que tinham “mau controle” tinham uma HbA1c média de 10,2% (ASCH; TERWIESCH; VOLPP, 2017).

Esse exemplo demonstra que, em alguns casos, os pacientes encontram dificuldade em diferenciar um “bom controle” de um “mau controle”. Na verdade, os dois grupos estavam com controles ruins quando comparados com os parâmetros de controle aceitos na literatura médica e nos parâmetros de MBE.

Da mesma forma, os esforços nacionais de rotulagem de calorias foram amplamente malsucedidos. Talvez, o controle de calorias seja algo complexo devido à falta de compreensão das informações sobre o que são calorias, e não só quantas existem em cada alimento (ASCH; TERWIESCH; VOLPP, 2017).

Um passo inicial para solucionar esse problema, seria investir na educação do paciente para capacitá-lo a cuidar da própria saúde. Isso inclui fornecer *feedback* em linguagem não técnica, de maneira fácil de entender, e que forneça orientações sobre “o que fazer com as informações”, e não apenas informar.

Estudos apontam que há disposição dos consumidores para isso. A *Global Consumer Insights Survey* (2019) aponta que eles estão cada vez mais dispostos a se envolver em atividades não tradicionais *on-line*. Essa tendência é especialmente notável nos serviços de saúde, onde quase dois terços da amostra global disseram estar abertos a acessar serviços por meio de empresas que não são normalmente associadas à saúde, como *Amazon*, *Apple* e *Facebook*.

A mistura de elementos tecnológicos e humanos em interações digitais pode resultar em melhores experiências para o usuário, especialmente em setores onde há necessidade de educação, explicação ou personalização.

As empresas podem criar oportunidades, aumentando a interação da pessoa com o conteúdo digital, antes, durante e depois de uma interação presencial. Projetar essas experiências combinadas é uma das maiores oportunidades para impulsionar o *Return on Experience* (ROX)⁵ (GLOBAL CONSUMER INSIGHTS SURVEY, 2019). A IA e a Realidade Virtual (VR) também podem ajudar a criar experiências de conteúdo digital melhores e personalizadas.

REDESENHO DO SISTEMA DE SAÚDE E O CUIDADO HÍBRIDO

Um dos maiores desafios para sustentabilidade em Saúde é cumprir o *Triple Aim*, e nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem estado em foco, por meio do atendimento das populações de modo preventivo, integrado e contínuo, com o objetivo de ajudar na sustentabilidade do sistema. Por outro lado, a medicina personalizada vem ganhando força e novas tecnologias para gestão de saúde populacional certamente irão modificar a relação médico/paciente. Nesse contexto, observa-se a ascensão da Medicina 4P (Preventiva, Preditiva, Personalizada e Participativa).

⁵ Return on Experience, o que chamamos de ROX, é uma abordagem holística para entender e aumentar o valor de seus investimentos em experiência do cliente (CX), experiência do funcionário (EX) e experiência de liderança (LX).

Seja qual for o cenário, APS ou Medicina 4P, o fator comum é a crescente quantidade de dados que essas populações estão produzindo. Os dados estão vindo de inúmeras fontes como biossensores, registro eletrônico de pacientes, Internet das Coisas (IoT), aplicativos de *smartphone* e outros. Desta forma, fica evidente que os sistemas de saúde precisam reinventar sua relação com seus pacientes, o que inclui levar em consideração a quantidade crescente de dados que eles produzem, além de envolvê-los em seu próprio cuidado e monitoramento (**Figura 2**).

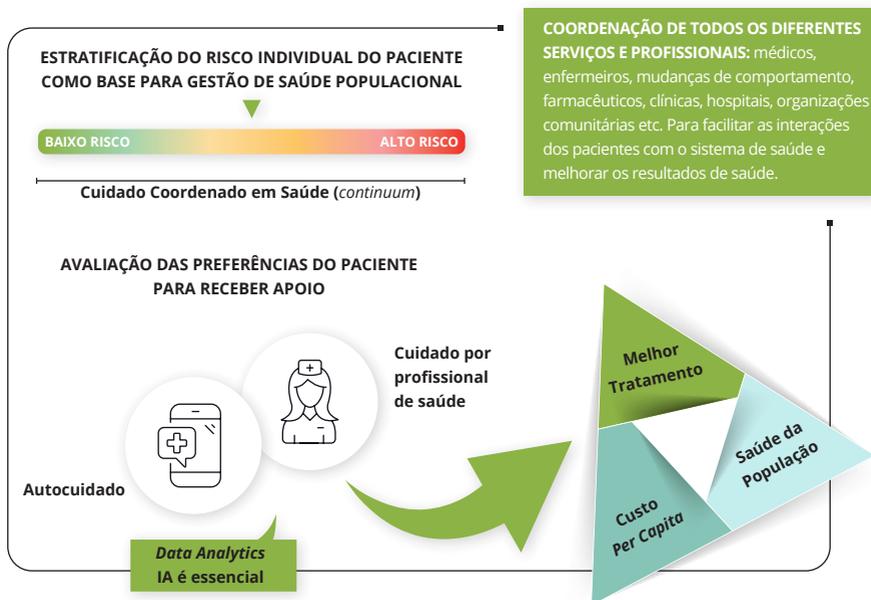


Figura 2 – Redesenho do sistema de saúde

As tecnologias digitais estão modificando drasticamente o setor de saúde, oferecendo serviços cada vez mais centrados no paciente e com custos cada vez mais acessíveis.

O conceito de cuidado híbrido aparece como ponto-chave de conexão entre o cuidado digital e equipe de saúde, mantendo paciente no centro do cuidado e atuando como extensão do atendimento físico. Neste caso, um é complementar ao outro, não importando a proporção do uso de cada um, no processo de cuidado do indivíduo assistido.

O foco na APS, com atendimento das populações de modo preventivo, integrado e contínuo, tem também como objetivo garantir a sustentabilidade do sistema. Isso acontece porque os pacientes bem acompanhados em casa ou ambulatorialmente, têm um maior controle sobre sua saúde, melhor qualidade de vida e um menor número de internações desnecessárias.

Essa é uma das razões pelas quais a inclusão dos serviços de APS tem sido considerada no redesenho do sistema de saúde. Os 4 pilares da APS são:

- **Acesso:** primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, o que implica em acessibilidade e o uso do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema, com exceção das emergências e urgências médicas;
- **Coordenação do cuidado:** implica na garantia da continuidade da atenção. É por meio dela que se torna possível ordenar os fluxos e os contrafluxos nos diversos níveis de uma rede de atenção à saúde. Portanto, o responsável pela APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços;
- **Integralidade:** conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, como a promoção, prevenção, cura e reabilitação, o que

inclui os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, entre outros, e deve se considerar as dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais;

- **Longitudinalidade:** consiste na existência de uma fonte contínua de atenção. Esse cuidado deve suscitar uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os pacientes e os profissionais de saúde, além de um ambiente colaborativo e humanizado. O objetivo do cuidado é a pessoa e não a doença.

A aplicação desses 4 pilares, se devidamente articulados, cria um arcabouço onde as pessoas recebem cuidados pertinentes em todas as fases de sua vida.

O futuro da prestação de cuidados está evoluindo para se tornar centrado no paciente, com cuidados virtuais, mais ambulatorial, mais domiciliar ou nas proximidades, impulsionado por dados e tecnologia, transparente e interoperável (SINGHAL, S.; VINJAMOORI; RADHA, 2022).

Muitas soluções virtuais de saúde se concentraram em aumentar a conveniência e o acesso dos pacientes, mas também é descrito o potencial do atendimento virtual para melhorar os custos e os resultados em saúde (SINGHAL, S; VINJAMOORI; RADHA, 2022). A tecnologia permite o foco no paciente através do acesso virtual, criando uma experiência por 24 horas, 7 dias da semana, através de atendimento remoto contínuo e acumulando grandes quantidades de dados para impulsionar o atendimento proativo por parte do prestador.

Existe um grande potencial para criação de serviços virtuais que substituam ou complementem os serviços prestados presencialmente. As consultas virtuais cresceram 38 vezes, quando comparados os meses

de janeiro e abril de 2020 (BESTSENNYY *et al.*, 2021). Esse número demonstra a capacidade de crescimento do atendimento virtual, estimulando formas cada vez mais inovadoras na prestação desse tipo de atendimento. Quanto mais ele cresce com a aprovação do consumidor, mais atrairá investimentos para a saúde virtual.

Segundo Bestsenny *et al.* (2021), com a extensão da telessaúde para além do atendimento virtual de urgência, há potencial para a transferência de cerca de US\$ 250 bilhões em gastos ambulatoriais para ambientes virtuais, por meio de avanços em modelos de atendimento mais complexos.

Uma outra análise de 2020 descobriu que as visitas virtuais de atendimento de urgência podem reduzir a necessidade de atendimento de emergência em aproximadamente 20%, e 20% de todos os serviços de atendimento em consultório, ambulatorial e domiciliar podem ser prestados virtualmente ou quase virtualmente (BESTSENNYY *et al.*, 2020).

Mesmo cuidados agudos podem ser prestados fora do ambiente de prestação de cuidados de saúde, como foi demonstrado durante a pandemia da Covid-19 (HELLER *et al.*, 2020). As unidades virtuais de terapia intensiva podem fornecer monitoramento remoto de pacientes 24 horas nos 7 dias da semana, por intensivistas que podem gerenciar pacientes em vários locais, permitindo que os pacientes recebam cuidados em nível de unidade de terapia intensiva em hospitais comunitários.

Estão surgindo novos segmentos de atendimento domiciliar, como infusões, diálise, APS e hospital em casa, que estão contribuindo nesse crescimento.

O potencial de economia estimado de US\$ 250 bilhões abrange modelos virtuais para cuidados agudos, incluindo tele-UTI (unidade de terapia intensiva) quando combinados com modelos de atendimento domiciliar, como monitoramento remoto de pacientes e modelos de hospital em casa (BESTSENNYY *et al.*, 2021).

Esses números sinalizam que o atendimento virtual é capaz de estimular uma grande inovação na prestação de atendimento de forma mais ampla, com percepção favorável do consumidor e investimento contínuo contribuindo para o crescimento da saúde virtual.

No Brasil, o estudo da Associação Nacional de Hospitais Privados (2022) avaliou a percepção da população em relação aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela saúde suplementar em 2022 e apontou que o acesso a exames e o agendamento das consultas são os principais desafios enfrentados pelos usuários. Juntas, essas dificuldades foram mencionadas por 8 a cada 10 pessoas (78%) ouvidas na pesquisa, alcançando índices semelhantes entre si, respectivamente, de 40% e 38%. Na mesma linha, a falta de médico é a principal queixa de quem vai a postos de saúde. Essa demanda é citada por 43% dos que frequentam os estabelecimentos.

Quando perguntados se já tiveram dificuldades para agendar consulta ou procedimento no SUS nos últimos 12 meses, 62% dos entrevistados disseram que sim. Aliada a essa dificuldade, quando perguntado sobre as prioridades para o próximo governo na área da saúde, aparece como a principal prioridade mais investimento em tecnologia e inovação, para 28% dos respondentes (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2022).

Para ilustrar como uma jornada tradicional do paciente pode ser fundamentalmente alterada por meio do suporte de modelos virtuais,

ambulatórios e domiciliares, considere uma jornada de atendimento à gravidez. As prescrições de vitaminas durante o acompanhamento pré-natal podem ser *on-line* e enviadas diretamente para a casa da paciente. As visitas virtuais podem substituir as visitas no consultório para perguntas mais imediatas e simples. *Check-ups* para verificar o crescimento fetal no primeiro trimestre podem ser realizados em casa usando equipamentos de ultrassom portáteis (SINGHAL, S.; VINJAMOORI; RADHA, 2022). Esse acompanhamento domiciliar pode se aplicar a casos mais complexos através de *wearables* de monitoramento doméstico (por exemplo, monitores contínuos de glicose para pacientes com diabetes gestacional ou verificações de pressão arterial em casa para pacientes com risco de hipertensão gestacional) podem ser transmitidos aos provedores para monitoramento proativo, especialmente para pacientes de alto risco.

As opções para o parto da criança podem ser expandidas para incluir o parto domiciliar para pacientes de baixo risco que o desejam, obviamente, somente após uma seleção cuidadosa por meio de avaliação clínica e baseada em dados. *Check-ups* pós-natais mais frequentes podem ser realizados em casa pelo médico ou outros profissionais, como um especialista em lactação, doula ou especialista em saúde comportamental. As opções são muitas e crescentes quanto mais as TICs evoluírem.

A sociedade se transformou, e a forma como nos relacionamos e consumimos saúde também. A telemedicina mudou a forma como os serviços médicos são prestados expandindo o acesso ao atendimento, e a telessaúde pode oferecer vários benefícios sob a ótica das pessoas, desde a redução da exposição mútua ao coronavírus entre pacientes e equipe médica, até a preservação de equipamentos de proteção individual, passando por ajudar pacientes com

doenças crônicas e deficiências a receber os cuidados de que precisavam sem colocá-los em risco.

O estudo de Dudley (2022) apontou que 1/3 dos pacientes estava usando telessaúde, representando um aumento de 338% comparado com 2019. Esse estudo também revela que a disponibilidade de opções de telessaúde influencia a escolha e a satisfação dos consumidores com os provedores. Mais de 22% dos consumidores disseram que a disponibilidade de telessaúde influenciaria sua decisão em dar a um provedor uma avaliação 5 estrelas, ou seja, de qualidade superior, e 18% disseram que a falta de disponibilidade de telessaúde os dissuadiria de marcar uma consulta.

OUTROS DESAFIOS DO REDESENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

A prestação de serviços de saúde está sofrendo mudanças significativas em sua forma de entrega e nas condições de saúde prevalentes, incluindo um aumento na carga de doenças crônicas e uma maior compreensão do impacto das desigualdades sociais sobre o bem-estar. Essa transformação tem trazido desafios adicionais à reorganização do sistema de saúde. Os Estados Unidos continuam a ter a menor expectativa de vida, mas os maiores gastos com saúde, quando comparados a outras nações desenvolvidas. Por essa razão, a identificação de causas subjacentes que expliquem essa disparidade tem atraído bastante a atenção, principalmente sobre os SDoH como parte das possíveis causas (DORAN *et al.*, 2022).

Os SDoH são as condições gerais de vida dos pacientes, incluindo questões sociais, econômicas e/ou ambientais, e que podem explicar até 60% do estado de saúde de um indivíduo. Evidências apontam para o fato de que grandes grupos de pessoas sofrem consequências negativas para a saúde devido à falta de recursos adequados (DORAN *et al.*, 2022).

“AS PESSOAS FORAM INCENTIVADAS A FICAR EM CASA DURANTE O AUGE DA PANDEMIA. NO ENTANTO, MUITOS INDIVÍDUOS NÃO TINHAM RECURSOS ADEQUADOS OU UM AMBIENTE DOMÉSTICO ESTÁVEL PARA ATENDER ÀS SUAS NECESSIDADES”

Organizações proeminentes, como a Academia Americana de Pediatria e a Academia Americana de Médicos de Família, têm liderado esforços para solucionar essas necessidades através de ações que consigam reduzir o impacto negativo dos SDoH.

Nos últimos anos, especialmente durante a pandemia da Covid-19, os problemas se torna-

ram mais complexos e evidentes. As pessoas foram incentivadas a ficar em casa durante o auge da pandemia. No entanto, muitos indivíduos não tinham recursos adequados ou um ambiente doméstico estável para atender às suas necessidades básicas. O conceito de comunidades raciais e étnicas vulneráveis também tem sido destacado e contribuiu para o aumento das disparidades de saúde entre as populações (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA; ADAUY *et al.*, 2013).

Há, portanto, uma demanda específica para desenvolver intervenções direcionadas ao sistema de saúde, abordando de forma colaborativa os SDoH.

A assistência à saúde, conforme mencionado anteriormente, pode ser prestada de forma híbrida, ou seja, utilizando um mix entre o cuidado presencial e o cuidado digital a distância, sempre alinhado às melhores opções para os pacientes. Para que a tecnologia tenha um efeito significativo na melhoria dos SDoH, as informações relacionadas devem ser coletadas e incorporadas a aplicativos móveis e ao prontuário eletrônico de saúde, de forma padronizada, para assegurar um manuseio confidencial, respeitando a privacidade.

Desta forma, as ferramentas digitais podem desempenhar um papel na identificação e triagem de fatores ligados aos SDoH, alertando o profissional para discuti-los com o paciente durante a consulta, entender seu impacto para encaminhá-lo aos serviços comunitários mais adequados. Portanto, redesenhar o sistema de saúde passa por incluir a avaliação e implantação de soluções para os SDoH, não só nos Estados Unidos, mas também em outros países como o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Outro ponto que vale ressaltar, principalmente quando a prerrogativa é ter o usuário no centro do cuidado, é a clareza e respeito sobre o conceito “do que é saúde” em diferentes grupos de pessoas e em diferentes países.

A *World Health Organization* (2022) desenvolveu um estudo global com aproximadamente 1.000 entrevistados em cada um dos 19 países para entender como as comunidades ao redor do mundo definem a saúde e quais fatores eles acreditam que têm influência sobre ela.

No geral, os entrevistados valorizam todas as 4 dimensões da saúde: física, mental, social e espiritual, adotando uma visão muito mais ampla e aberta do que os sistemas de saúde dos países onde vivem. Os resultados também mostraram que se sentir saudável não está restrito à ausência ou presença de doença, indicando que pessoas em todo o mundo preferem se concentrar mais em como podem viver uma vida plena e funcional em seus próprios termos, e não apenas a não estarem doentes (DESMOUCEAUX *et al.*, 2022).

Ao mesmo tempo, os resultados da pesquisa revelaram diferenças substanciais nas opiniões individuais, necessidades e apoio esperado, variando de acordo com o país onde vivem, sexo, idade e renda. Por exemplo, embora mais de 70% dos entrevistados tenham classificado sua saúde geral como boa ou muito boa, essa porcentagem varia de cerca de 30% no Japão a cerca de 90% na Nigéria. Menos de 7% do total de entrevistados classificaram sua saúde como ruim ou muito ruim (DESMOUCEAUX *et al.*, 2022).

Na pesquisa, foi mostrado também que a presença de doença nem sempre se alinha a uma percepção ruim de saúde. Mais de 40% dos entrevistados que relataram ter uma doença ainda percebiam sua saúde como boa ou muito boa (DESMOUCEAUX *et al.*, 2022). Em contrapartida, mais de 20% dos indivíduos que não reportaram nenhuma doença relataram estar com a saúde regular, ruim ou muito ruim. Além disso, aproximadamente 25% dos entrevistados que relataram ter uma doença física perceberam sua capacidade de realizar tarefas físicas como alta.

Esses achados geram duas hipóteses encorajadoras que merecem uma investigação mais aprofundada. Primeiro, as pessoas nem sempre se definem ou se sentem constrangidas por suas condições de

saúde. Em segundo lugar, as pessoas podem estar mais focadas em viver suas vidas de acordo com o que importa para elas (por exemplo, realizar tarefas que consideram significativas) do que se prender na presença ou ausência de doenças (DESMOUCEAUX *et al.*, 2022).

Outro ponto interessante, é que o envelhecimento nem sempre equivale a percepções piores de saúde. Os níveis de saúde autorrelatados diminuíram com a idade, embora não muito. Entre aqueles com idade entre 18 e 24 anos, 70% relataram saúde geral boa ou muito boa, enquanto aproximadamente 60% daqueles com idade entre 75 e 84 anos o fizeram. Enquanto isso, os grupos etários mais velhos registraram pontuações mais altas do que os grupos mais jovens em algumas dimensões da saúde, principalmente a de saúde mental.

Esta descoberta é consistente com alguns estudos recentes que destacam que os membros da Geração Z relatam pior saúde mental. Essa observação também é verdadeira para a saúde social: na maioria dos países, uma parcela maior de entrevistados com menos de 24 anos relatou saúde social regular ou ruim do que aqueles com mais de 65 anos (COE *et al.*, 2020).

A percepção de saúde e a renda familiar estão positivamente conectadas na maioria dos países, incluindo o Brasil (DESMOUCEAUX *et al.*, 2022).

No entanto, em média, os entrevistados que vivem em países com renda média mais alta não se consideram mais saudáveis do que os entrevistados que vivem em países com renda média mais baixa. Por exemplo, aproximadamente 75% dos entrevistados mexicanos e indonésios classificaram sua saúde como boa ou muito boa, em comparação com aproximadamente 45% dos entrevistados alemães e italianos.

*“A PERCEPÇÃO DE SAÚDE
E A RENDA FAMILIAR
ESTÃO POSITIVAMENTE
CONECTADAS NA MAIORIA
DOS PAÍSES”*

O apoio percebido pelas pessoas à sua saúde pode vir de várias fontes, incluindo família e amigos, sistema público ou privado de saúde (incluindo cobertura do empregador) e comunidades, como grupos

sociais e religiosos. No geral, as pessoas se sentem mais apoiadas em suas necessidades de saúde por familiares e amigos. Por isso, o amor e o abraço da família e amigos podem ser mais úteis do que o apoio institucional. Esse dado reforça a importância do ambiente social para a saúde dos indivíduos, além do suporte tradicional do sistema de saúde.

Proporcionalmente, mais entrevistados de países com renda mediana mais baixa consideraram as comunidades sociais e religiosas como fontes valiosas de apoio à saúde. Apenas cerca de 15% desses entrevistados relataram o apoio das comunidades como “não aplicável”, em comparação com aproximadamente 45% dos indivíduos em países com renda média mais alta. Pessoas que se sentem mais apoiadas, principalmente por familiares ou amigos, relatam uma saúde melhor. Em nível de país, essa diferença foi maior no Reino Unido, Alemanha, Suécia e Turquia. Na Alemanha, aproximadamente 60% dos entrevistados que relataram alto apoio da família e amigos classificaram sua saúde como boa ou muito boa, em comparação com apenas 20% dos entrevistados que relataram apoio baixo.

A adoção de uma abordagem mais abrangente é provavelmente necessária para criar mudanças duradouras, significativas e materiais nas atitudes e ações da sociedade para alcançar todo o potencial da

melhoria da saúde. Se indivíduos, empresas e países ampliarem sua compreensão sobre saúde, poderão colher os benefícios de ganhos em expectativa de vida e qualidade de vida. Essa mudança de ponto de vista pode levar tempo e exigir uma colaboração sem precedentes com um conjunto muito mais amplo de partes interessadas e dados; e novas formas de medir e avaliar intervenções destinadas a melhorar a saúde dos indivíduos.

SAÚDE POPULACIONAL E OS ECOSISTEMAS DE SAÚDE

A Gestão de Saúde Populacional (GSP) está em transformação. Essa transformação levará a uma GSP centrada no paciente, mais digital, ambulatorial e domiciliar, com entregas baseadas em valor, com compartilhamento de risco com a fonte pagadora, e impulsionada por análise de dados e interoperabilidade (SINGHAL *et al.*, 2020).

O conceito de GSP envolve a coordenação de todos os diferentes serviços e profissionais que assistem o paciente, desde médicos, enfermeiros, farmacêuticos, clínicas, hospitais, organizações comunitárias, até técnicas de mudança de comportamento e outros mais, de acordo com as necessidades de cada população assistida. Atualmente, fica difícil pensar em aplicar os pilares fundamentais de APS para fazer GSP sem incluir as TICs e o cuidado híbrido nos ecossistemas de saúde.

A saúde digital, inserida nos ecossistemas de saúde voltados para GSP, é capaz de melhorar a qualidade da assistência e de forma mais igualitária, à medida que contribui para a hierarquização do cuidado.

O primeiro nível dessa hierarquização envolve o autocuidado. O suporte inicial ao paciente é focado no automonitoramento e pode oferecer, através de um *smartphone*, educação e orientação em questões mais simples de saúde. A OMS recomenda intervenções de autocuidado para todos os países e contextos econômicos como componentes críticos no caminho para alcançar a cobertura universal de saúde (CUS), promover a saúde e atender os vulneráveis. A melhor forma de manter a saúde e evitar as doenças é o autocuidado. A saúde digital pode contribuir muito nesse aspecto. Adicionalmente, ferramentas digitais para checagem de sintomas podem guiar a jornada de saúde, através do apoio da IA, a um custo mais adequado.

Se a pessoa não conseguir obter as respostas que precisa num primeiro nível digital, pode partir para um segundo nível, passando para o atendimento com um profissional por telessaúde, de forma síncrona ou assíncrona, até chegar ao atendimento presencial quando necessário. Essa jornada de saúde híbrida, guiada por ferramentas de IA, tem o potencial de melhorar a qualidade assistencial, ao mesmo tempo que pode reduzir custos com procedimentos desnecessários e tornar o acesso mais fácil e igualitário.

A jornada híbrida também pode contribuir para reduzir o impacto da escassez de mão de obra, uma vez que há previsão de escassez global de cerca de 18 milhões de profissionais de saúde até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Para tornar o cenário mais desafiador, segundo a OMS, pelo menos 400 milhões de pessoas em todo o mundo não têm acesso a serviços essenciais de saúde, e, todos os anos, 100 milhões de pessoas são mergulhadas na pobreza porque têm de pagar os cuidados de saúde do seu próprio bolso.

Há, portanto, uma necessidade urgente de encontrar estratégias inovadoras que vão além das respostas convencionais do setor de saúde. Dentro desse contexto, as ferramentas digitais e a aplicação do conceito de ecossistemas digitais podem agregar valor para a saúde.

Os ecossistemas digitais surgiram em outras indústrias para ajudar a superar as ineficiências do setor, otimizando ativos/recursos subutilizados ou eliminando o atrito na experiência do usuário final. Os ecossistemas, por definição, são beneficiados pelo efeito de rede porque, à medida que crescem, e quanto mais crescem, criam mais valor para consumidores e prestadores. Para terem sucesso, os ecossistemas precisam trabalhar produtos que ofereçam alavanca-gem estratégica para o operador desse sistema. Os dados gerados durante as transações, como, padrões de compra ou comportamentos de visualização dos usuários, são utilizados para personalizar soluções tanto para fornecedores quanto para consumidores. No caso da saúde, a demanda é, historicamente, sempre maior que a oferta, o que pode gerar um ambiente de negócios propício para os ecossistemas digitais.

Em meio à interrupção do atendimento médico tradicional causada pela Covid-19, alguns pacientes encontraram assistência por meio de novos serviços *on-line*, incluindo assistência médica, teleconsultas e medicamentos. Talvez, pela primeira vez, esses pacientes se viram parte de ecossistemas digitais de saúde, que são redes de provedores de serviços digitais que se propõem a oferecer solução em um único lugar para as necessidades de saúde dos usuários (SINGHAL, S.; VINJAMOORI; RADHA, 2022).

Os ecossistemas de saúde, como nos outros ecossistemas, precisam ser centrados nas necessidades do “consumidor de saúde”.

Normalmente, possuem 3 camadas principais: infraestrutura, inteligência e engajamento. A camada de infraestrutura permite a captação, curadoria, gerenciamento, armazenamento e interoperabilidade dos dados, criando o conjunto comum de informações sobre o qual o ecossistema vai operar. Construída sobre a camada de infraestrutura está a camada de inteligência, que transforma dados em *insights* para ação. Por fim, é preciso de uma camada de engajamento robusta para proporcionar uma experiência de ponta a ponta para prestadores e consumidores de saúde.

A saúde digital, inserida nos ecossistemas de saúde, tem potencial para oferecer assistência de qualidade de forma igualitária, à medida que contribui para a hierarquização do cuidado.

Os ecossistemas digitais de saúde têm o potencial de ser a espinha dorsal para a GSP, facilitar as interações dos pacientes com o sistema de saúde e melhorar os desfechos assistenciais. O objetivo é endereçar os problemas de acesso, gestão e qualidade da saúde, aprimorando o cuidado através de jornada integrada e personalizada do paciente suportada por uma forte inteligência de dados.

No futuro, os recursos e serviços que formarão os ecossistemas de saúde incluirão modalidades de cuidados tradicionais e prestados em locais tradicionais, mas também haverá ênfase no suporte ao autocuidado virtual, monitoramento remoto e cuidados prestados em casa. O cuidado domiciliar tende a abranger as redes sociais e comunitárias das pessoas, com foco nos SDoH, na interação com a comunidade e nas necessidades sociais não atendidas, buscando a saúde holística. Como parte dessa rotina estarão as atividades da vida diária, como nutrição adequada e condicionamento físico, reforçando ações e hábitos que propiciem saúde e bem-estar. Como

parte integrante desse ecossistema, destaca-se também o suporte financeiro às pessoas, incluindo soluções de pagamento e financiamento de serviços de saúde (SINGHAL *et al.*, 2020).

Na era da medicina 4P, os ecossistemas de saúde do futuro serão definidos pelas necessidades, cada vez mais personalizadas, de diferentes populações de pacientes e suas jornadas de saúde. Em uma extremidade do espectro, os ecossistemas atenderão às necessidades de pacientes saudáveis, que têm desafios médicos menos consistentes e que, geralmente, se pautam em metas pessoais de bem-estar. Nessa trajetória de saúde, as pessoas saudáveis irão experimentar um ecossistema mais digital do que físico, onde os dados e percepções dos pacientes serão consumidos de uma forma altamente personalizada, com o uso de dispositivos vestíveis. Esse caminho, provavelmente, levará a uma interação virtual maior com o sistema, mas com um menor número de encontros presenciais. O foco estará em modificar o comportamento do paciente e melhorar os resultados em saúde.

No outro extremo do espectro, os ecossistemas de saúde surgirão para atender às necessidades de pacientes que têm várias condições crônicas complexas para os quais a coordenação entre os provedores de serviços virtuais e presenciais tornar-se-á fundamental para garantir uma boa experiência de ponta a ponta durante a jornada. A equipe de saúde incluirá cuidadores informais, como os filhos adultos de pacientes idosos que podem desempenhar um papel cada vez mais importante, facilitado pela tecnologia (SINGHAL *et al.*, 2020).

Esse sistema é complexo e está em desenvolvimento. Atualmente, observa-se o surgimento das plataformas de saúde que podem ser o berço desse ecossistema digital.

Nesse primeiro momento, as principais plataformas existentes no Brasil têm como missão gerar interações de sucesso entre seus participantes. Dessa forma, ela pode aumentar o valor de cada solução individual, conectando as jornadas dos atores, como fornecedores de serviços e produtos de saúde com consumidores, gerando interações de valor para os dois lados.

A principal alavanca de monetização nesse modelo é a cobrança de uma taxa ao provedor da plataforma sobre cada transação realizada conforme **Figura 3**.

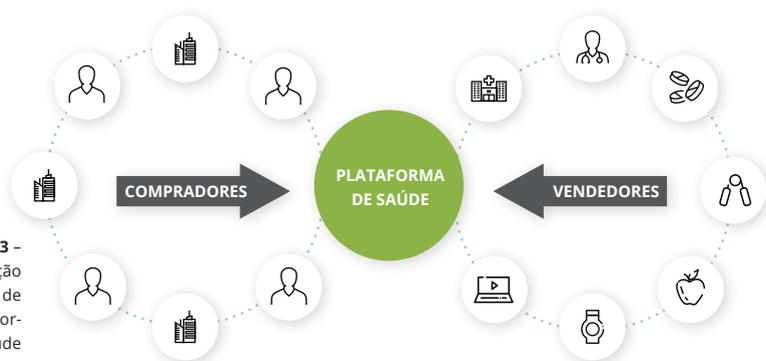


Figura 3 – Representação simplificada de uma plataforma de saúde

Conforme mencionado anteriormente, os ecossistemas de saúde têm três camadas principais: infraestrutura, inteligência e engajamento. Há muitos desafios na terceira e última camada, que corresponde ao engajamento do paciente, sendo um dos pontos mais difíceis de serem alcançados em GSP.

Em geral, a compreensão do conceito de engajamento ainda é fragmentada. Não há definições devidamente acordadas para termos

como “ativação” ou “engajamento” do paciente, bem como não há uma compreensão abrangente de como esses vários aspectos se encaixam entre si.

Para estimular a adesão dos pacientes é preciso tornar mais divertido o cuidado com a saúde. Vale ressaltar que a novidade (e a eficácia) podem desaparecer rapidamente, e por isso os incentivos são importantes. Explorar as redes sociais dos pacientes também pode ser uma ferramenta que ajuda no engajamento. Muitos pacientes têm pelo menos um amigo ou membro da família que estaria disposto a ajudá-los a melhorar sua saúde e apoiá-los em seus objetivos.

Mudar o contexto ou a arquitetura da vida dos pacientes também pode contribuir, propiciando escolhas saudáveis de forma mais automática, segundo princípios da economia comportamental (DOLAN *et al.*, 2009).

O que torna ainda maior o desafio do engajamento do paciente no seu próprio tratamento é a velocidade das mudanças que estamos sendo submetidos em nossas vidas. Esse contexto torna ainda mais desafiador projetar estratégias, pois elas podem perder rapidamente a eficácia devido às mudanças na forma como os consumidores esperam ser engajados.

Outro ponto importante para o engajamento é a falta de vínculo e confiança do paciente com a equipe de saúde. Segundo Levy *et al.* (2018), metade dos pacientes não conta aos médicos detalhes que ameaçam suas vidas. Segundo respostas de 4.510 pessoas em duas pesquisas *on-line*, até 47,5% não compartilharam informações críticas com seus prestadores de cuidados que poderiam oferecer uma ameaça iminente, como o potencial para vivenciar a violência

doméstica, sobrevivência de agressão sexual, luta contra a depressão e pensamentos suicidas.

Pesquisas anteriores mostraram que os pacientes frequentemente mantêm-se calados sobre comportamentos de baixo risco, como falta de exercício ou dieta pobre, mas pouco se sabia sobre as taxas de divulgação de fatores que poderiam ser fatais.

Mais de 70% daqueles que retiveram informações, disseram que o fizeram por causa do constrangimento. A pesquisa aponta para a necessidade de construir confiança e melhorar a comunicação entre médicos e pacientes. A autora sugere que, talvez, os pacientes possam ter a oportunidade de escrever sobre assuntos delicados quando eles comparecerem à consulta. Segunda ela, “Pode ser mais fácil dizer a um pedaço de papel algo sensível do que olhar nos olhos do médico e dizê-lo”. Essa diferença se acentua quando destacamos populações mais vulneráveis, com problemas comportamentais e de saúde mental (LEVY *et al.*, 2018).

Conforme mencionamos logo no início desse capítulo, o sistema de saúde atual não entrega valor de forma igualitária. Esse pode ser mais um ponto onde as TICs podem contribuir, oferecendo uma ferramenta digital para os pacientes reportarem seus sentimentos antes da consulta, por exemplo. Ao contrário do que se prega, o canal digital pode ser uma forma de tornar o cuidado mais humanizado, principalmente em populações mais vulneráveis.

Outro ponto do engajamento que gera debates e dúvidas, principalmente à luz da Lei Geral de Proteção de Dados, é o uso de ferramentas de mídia social para prever condições futuras de risco à saúde.

O estudo de Merchant *et al.* (2018) apontou condições médicas a partir de conteúdo de mídia social. Foram avaliadas cerca de 20 milhões de palavras digitadas por 999 pacientes que consentiram no uso de suas informações.

Segundo o estudo, o uso de mídias sociais contribuiu para a previsão de 18 das 21 categorias de doenças estudadas. Foi particularmente eficaz na previsão de diabetes e condições de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e psicoses. Os dados das mídias sociais poderiam ser um elo quantificável no cotidiano privado dos pacientes, fornecendo um caminho para o estudo e avaliação de fatores de risco comportamentais e de doenças ambientais.

Analogamente ao genoma, os dados de mídia social ligados a diagnósticos médicos podem ser armazenados com o consentimento dos pacientes, como uma codificação da linguagem de mídia, conforme **Figura 4**.

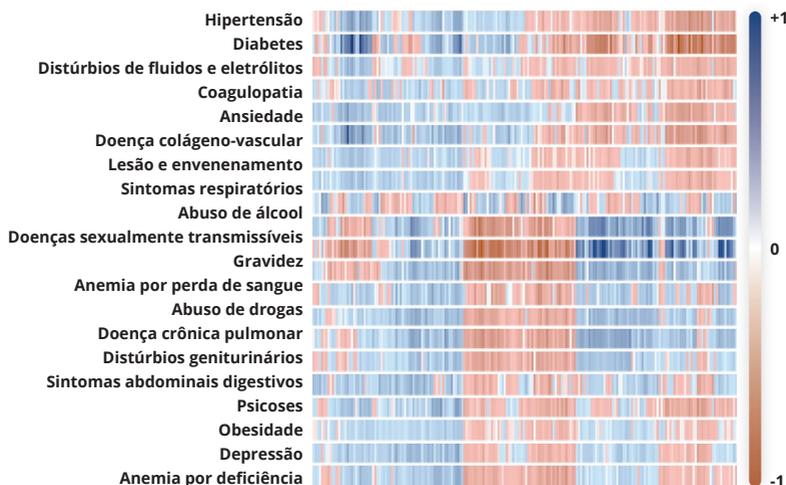


Figura 4 - Expressão diferencial de tópicos entre as condições médicas em mídia social

Análogo ao estudo da expressão diferencial de um genoma, os tópicos da mídia social podem ser explorados diferencialmente entre os diagnósticos.

As 21 linhas representam todas as categorias de condições médicas do estudo ordenadas, enquanto as 200 colunas indicam a força preditiva (medida por área sob a curva ROC) de cada marcador de linguagem potencial (tópicos).

Os tópicos azuis eram mais propensos a serem usados por pacientes com a condição médica estudada e os tópicos laranja eram menos prováveis de serem mencionados nessas mesmas condições. Cada categoria de condição médica tem padrões únicos de marcadores. Essas codificações permitem a previsão e identificação de condições de saúde com padrões semelhantes de marcadores através da utilização das mídias sociais.

Como último ponto a ser discutido sobre a contribuição das TICs em GSP, é importante mencionar como as tecnologias digitais estão acelerando a “revolução genômica”. Discussões envolvendo genoma, normalmente orbitam ao redor de intervenções médicas de precisão para um indivíduo em particular. Embora essa seja certamente uma área de atuação importante, a genômica também pode trazer benefícios em nível populacional, na chamada “saúde pública de precisão”, que é a capacidade de identificar morbimortalidade em populações sob maior risco para implementar intervenções de proteção.

A definição de saúde pública de precisão é ampla e variável, além de controversa para alguns epidemiologistas (ARNOLD, 2022). Para a maioria dos pesquisadores da área, inclui uma variedade de técni-

cas baseadas em dados, como sequenciamento de patógenos para detectar surtos e coleta de dados para monitorar exposições ambientais prejudiciais.

E em setembro de 2019, a Fundação Rockefeller investiu US\$ 100 milhões em Saúde Pública de Precisão para estudar a aplicação de análise preditiva na prevenção de ameaças à saúde e à exploração de big data para abordar os fatores sociais que levam a uma saúde mais precária, como discriminação e pobreza.

Durante a pandemia da Covid-19, esse assunto ganhou força. Além de rastrear casos de Covid-19, epidemiologistas de todo o mundo também começaram a rastrear como o próprio vírus SARS-CoV-2 estava se espalhando e sofrendo mutações, com o objetivo de avaliar quais medidas populacionais seriam mais eficazes.

Para além da Covid-19, o sequenciamento completo do genoma e o escore de risco gerado digitalmente poderão ajudar a identificar indivíduos e grupos em risco para certas condições de saúde em seus estágios iniciais.

Esses dados podem ser usados para apoiar estratégias de mitigação, como mudança de comportamento, uso de medicamentos ou triagem precoce para diminuir o risco de sequelas de uma doença genética ou variantes genéticas em determinadas populações (ARNOLD, 2022).

A integração contínua de dados genéticos ou genômicos e históricos clínicos, acelerados por tecnologias emergentes de IA, aumenta a viabilidade de alavancar a medicina de precisão na prática clínica e na GSP (LUCHINI; PEA; SCARPA, 2021).

RESUMO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um setor em transformação. Para que atinja todo o potencial de benefício que essa transformação pode trazer, as TICs desempenham um papel fundamental. Seja para aumentar o engajamento e a facilidade ao acesso, seja para ajudar a suprir a escassez progressiva de profissionais de saúde.

Nesse contexto, fica clara a interdependência entre Saúde Populacional e TIC, para ampliar o potencial da GSP em entregar saúde às populações de forma mais igualitária, principalmente através das práticas de APS e educação da população em saúde. As TICs também podem atuar como braço executor para o cuidado híbrido em GSP.

Com o avanço das jornadas digitais, a quantidade de dados gerada pelos pacientes vai aumentar de forma exponencial. Desta forma, a IA passa a ser forte aliada na captação, interpretação e geração de *insights*.

Nesse novo contexto, os sistemas de saúde precisarão reinventar sua relação com seus pacientes, o que inclui, além da possibilidade de atendimento a distância, levar em consideração a quantidade crescente de dados que eles produzem e utilizá-los em benefício de seu cuidado e monitoramento. Para haver o engajamento necessário, os recursos tecnológicos ofertados precisam ser intuitivos e confortáveis para o usuário, oferecendo vários canais de comunicação, incluindo mensagens de texto, áudio e vídeo, respeitando a preferência do usuário.

No entanto, ainda existem barreiras a serem vencidas até que esses ecossistemas se tornem uma realidade. As preocupações com a segurança cibernética e a privacidade são obstáculos na adoção da saúde digital e reforçam a preocupação dos sistemas de saúde sobre o compartilhamento de dados. O cenário de ataques cibernéticos destaca a necessidade de colaboração entre governo, organizações de saúde e fornecedores, voltados para o consumidor, para desenvolver um consenso sobre protocolos e infraestrutura de segurança.

A capacidade de usar tecnologia digital interoperável para melhorar a eficácia, eficiência, equidade e continuidade do atendimento permanece ainda pouco aplicável na prática, principalmente em escala populacional

(ABERNETHY *et al.*, 2022). Diante desse desafio, muito tem se discutido sobre o papel dos “gigantes da tecnologia” no mercado de saúde.

Como diferencial competitivo, eles têm recursos que vão, desde plataformas de armazenamento e coleta de dados de diferentes fontes, até potentes ferramentas de IA para análise e processamento. Tudo isso pode ser utilizado em aplicações para prevenção e gestão de doenças. A atuação desses *players* pode ajudar pacientes e usuários a realizar tarefas como obter informações de saúde e trabalhar em rede com prestadores de serviços, otimizando os processos de aten-

*“HÁ POTENCIAL PARA
DESENVOLVER, AINDA MAIS,
A MEDICINA DE PRECISÃO,
COLETANDO DADOS
INDIVIDUAIS DE FORMA
ABRANGENTE, INCLUINDO O
MUNDO DAS ÔMICAS”*

dimento. Há potencial para desenvolver, ainda mais, a medicina de precisão, coletando dados individuais de forma abrangente, incluindo o mundo das “ômicas”.

Os gigantes da tecnologia asiáticos, em particular, usaram seus aplicativos para monitorar e controlar o comportamento durante a pandemia da Covid-19. Com essa ampla gama de ofertas e sua significativa penetração no mercado, os gigantes da tecnologia podem ter um papel importante para conscientizar/engajar os usuários sobre a importância de manter a saúde como parte da vida cotidiana, tarefa que tem sido desafiadora nos sistemas de saúde por todo o mundo (BERGHOLD *et al.*, 2022).

Por outro lado, ainda existem muitos desafios para as empresas de tecnologia nessa área. Gerenciar o setor de saúde, principalmente nos Estados Unidos, não tem sido tarefa fácil. Há riscos financeiros para os serviços especializados e hospitalares que respondem por grande parte do alto custo e desperdício no sistema de saúde americano. A gestão desses custos hospitalares, por enquanto, é desafiadora para as empresas de tecnologia e são, por outro lado, parte importante dos custos de gestão de saúde para as fontes pagadoras, principalmente os empregadores. A maioria ainda prefere pagar no modelo tradicional de “*Fee For Service*”, por ser mais facilmente compreendido pelos gestores. Além do mais, as empresas não querem lidar com as reclamações resultantes dos funcionários sobre as eventuais restrições de utilização da rede de assistência advindas de novos modelos de saúde, especialmente em mercados de trabalho mais competitivos (BLUMENTHAL; GUSTAFSSON, 2022).

Do ponto de vista dos SDoH, os esforços para que as ferramentas digitais possam ser aplicadas para identificar e engajar pessoas em

riscos comportamentais, sociais e ambientais também permanecem bastante rudimentares.

Temos um bom caminho pela frente até que as ferramentas e dados digitais sejam plenamente funcionais para apoiar profissionais de saúde, pacientes e familiares na jornada de saúde fora do hospital e consultório no dia a dia. No entanto, existem alguns casos de sucesso para nos inspirarmos.

Recentemente, Pearl e Wayling publicaram na *Harvard Business Review* (2022) *cases* de saúde digital da *Kaiser Permanente e Intermountain Healthcare*, onde demonstraram como a telessaúde pode reduzir visitas desnecessárias ao pronto-socorro, reduzir a crise de doenças crônicas nos Estados Unidos, abordar disparidades no atendimento, tornar o atendimento especializado mais rápido e eficiente e fornecer acesso de forma fácil aos melhores especialistas. Ao eliminar as barreiras do tempo e da distância, a telemedicina pode ajudar a resolver dois problemas sérios para pacientes com diagnósticos difíceis e doenças raras. O primeiro é o erro no diagnóstico, e o segundo é a longa espera por um diagnóstico certo associado a um plano de tratamento eficaz.

Por fim, mesmo frente aos inerentes desafios que discutimos nesse capítulo, a aplicação da TIC na GSP tende a ser um caminho sem volta e que tem o potencial, se bem utilizado, de levar a saúde das populações para um outro patamar. Parafraseando o título do artigo de Pearl e Wayling, A era da Saúde Digital está apenas começando!

REFERÊNCIAS

ABERNETHY, A. *et al.* *The Promise of Digital Health: Then, Now, and the Future*. 2022. Disponível em: <https://nam.edu/the-promise-of-digital-health-then-now-and-the-future/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ADAUY, M. H. *et al.* Health care access barriers and facilitators a qualitative systematic review. *Rev Panam Salud Publica*, [s. l.], v. 3, n. 33, p. 223-229. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ARNOLD. C. *Spurred by covid, public health gets precise*. [S. l.]: Nature, 2022. v. 601. Disponível em: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-021-03819-2/d41586-021-03819-2.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ASCH, D. A.; TERWIESCH, C.; VOLPP, K. G. How to Reduce Primary Care Doctors' Workloads While Improving Care. *Harvard Business Review*, 2017. Disponível em: <https://hbr.org/2017/11/how-to-reduce-primary-care-doctors-workloads-while-improving-care>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. *A saúde que os brasileiros querem*. [S. l.]: Anahp. 2022. Disponível em: <https://anahp.com.br/pdf/pesquisa-saude-que-brasileiros-querem.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BELLIZIA, P. 2022: para onde vamos? 2022. Disponível em: <https://www.thinkwithgoogle.com/intl/pt-br/tendencias-de-consumo/tendencias-de-comportamento/2022-para-onde-vamos/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BERGHOLD, A. *et al.* Tech Giants in Healthcare. [S. l.]: Bertelsmann Stiftung, 2022. Disponível em: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/en/publications/publication/did/tech-giants-in-healthcare-en>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, [s. l.], v. 27, n. 3, mai/jun. 2008. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BESTSENNYY, O. *et al.* *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?* McKinsey & Company, 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BLUMENTHAL, D.; GUSTAFSSON, L. *Amazon's Foray into Primary Care Won't Be Easy*. Harvard Business Review, ago. 2022. Disponível em: <https://hbr.org/2022/08/amazons-foray-into-primary-care-wont-be-easy>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BROOKS, R. *The seven deadly sins of AI predictions*. MIT Technology Review. 2017. Disponível em: <https://www.technologyreview.com/s/609048/the-seven-deadly-sins-of-ai-predictions/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CALLAGHAN, S. *et al.* Feeling good: The future of the \$1.5 trillion wellness market. *McKinsey & Company*, [S. l.], n. 8, abr. 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/consumer-packaged-goods/our-insights/feeling-good-the-future-of-the-1-5-trillion-wellness-market>. Acesso em: 15 jan.2022.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. *National Health Expenditure Data*. 2020. Disponível em: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData>. Acesso em: 15 mar. 2022.

COE, E. *et al.* Addressing the unprecedented behavioral-health challenges facing Generation Z. *McKinsey & Company*, [s. l.], v. 50, n. 1, jan, 2019. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/addressing-the-unprecedented-behavioral-health-challenges-facing-generation-z>. Acesso em: 15 jan. 2022.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. Institute Of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21 st Century* 2001. Whashington: National Academies Press, 2001.

CRAIG, K. J. T. *et al.* Rapid review: Identification of digital health interventions in atherosclerotic-related cardiovascular disease populations to address racial, ethnic, and socioeconomic health disparities. *Cardiovascular Digital Health Journal*, [s. l.], v. 1., n. 3, p. 139-148, nov./dez. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666693620300566>. Acesso em: 15 jan. 2022.

DESMOUCHEAUX, C. *et al.* *In sickness and in health: How health is perceived around the world*. McKinsey & Company, 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/mckinsey%20health%20institute/our%20insights/in%20sickness%20and%20in%20health%20how%20health%20is%20perceived%20around%20the%20world/in-sickness-and-in-health-how-health-is%20perceived-around-the-world-final.pdf>. Acesso em: 15 jan. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>. Acesso em: 15 jan. 2022.

DOLAN, P. *et al.* *MINDSPACE: Influencing behaviour through public policy* 2009. Institute for Government. Cabinet Office. 2009. Disponível em: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/MINDSPACE.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DORAN, S. *et al.* *Social Determinants of Health: Evidence for Interventions*. Editor MCG Health. 2022.

DUDLEY, J. C. *Telemedicine Goes Mainstream: Now What?*. 2022. Disponível em: <https://info.pressganey.com/press-ganey-blog-healthcare-experience-insights/telemedicine-goes-mainstream>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FARIA, L.; LIMA, J. A. O.; ALMEIDA FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan./mar, p.59-78, 2021.

FINK, L. D. *Uma mudança estrutural nas finanças*. 2020. Disponível em: <https://www.blackrock.com/br/larry-fink-ceo-letter>. Acesso em: 15 jan. 2022.

FUTURO DA SAÚDE. *ESG: uma sigla que pode mudar o setor de saúde de dentro para fora*. 2020. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/tudosobre/esg-na-saude/>. Acesso em: 20 fev. 2022.

GLOBAL CONSUMER INSIGHTS SURVEY. *It's time for a consumer-centred metric: introducing 'return on experience'*. 2019. Disponível em: <https://www.pwc.com/ee/et/publications/pub/Consumer-Insight-Survey-2019-report.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

HELLER, D. J. *et al.* Adapting a Hospital-at-Home Care Model to Respond to New York City's COVID-19 Crisis. *Journal of the American Geriatrics*, [s. l.]: Society v. 68, n. 9, p. 1915-1916, 2020. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16725>. Acesso em: 15 jan. 2022.

KOTTKE, T. E. M.; STIEFEL, M.; PRONK, N. P. "Well-Being in All Policies": Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People's Lives. *Society*, Washington, v. 13, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201604c>. Acesso em: 15 jan. 2022.

LEVY, A. G. *et al.* Prevalence of and Factors Associated With Patient Nondisclosure of Medically Relevant Information to Clinicians. *JAMA Network Open*, [s. l.], v. 1, n. 7, p. 185-293, 2018. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2716996>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LUCHINI, C.; PEA, A.; SCARPA, A. Artificial intelligence in oncology: current applications and future perspectives. *British Journal of Cancer*, [s. l.], v. 126, p. 4-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01633-1>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MCGINNIS, J. M.; FINEBERG, H. V.; DZAU, V. J. Advancing the Learning Health System. *New England Journal of Medicine*, [s. l.], n. 385 p. 1-5. 2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103872>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MCGOVERN, L.; MILLER, G.; HUGHES-CROMWICK, P. The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health Outcomes: researchers continue to study the many interconnected factors that affect people's health. *Health Affairs*, ago. 2014. Disponível em: <https://www.rwjf.org/en/library/research/2014/08/the-relative-contribution-of-multiple-determinants-to-healthout.html>. Acesso em: 20 out. 2022.

MCKINSEY ANALYTICS. *The state of AI in 2021*. 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/McKinsey%20Analytics/Our%20Insights/Global%20survey%20The%20state%20of%20AI%20in%202021/Global-survey-The-state-of-AI-in-2021.pdf> Acesso em: 20 mar. 2022.

MERCHANT, R. M. *et al.* Evaluating the predictability of medical conditions from social media posts. *Plos One*, [s. l.], v. 14, n. 6, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215476>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NETTO, A. V.; BERTON, L.; TAKAHATA, A. K. *A Ciência de Dados e a Inteligência Artificial na Área da Saúde*. [S. l.]: Editora dos Editores, 2021.

PEARL, R.; WAYLING, B. *The Telehealth Era Is Just Beginning*. Harvard Business Review, 2022. From the Magazine (May-June 2022). Disponível em: <https://hbr.org/2022/05/the-telehealth-era-is-just-beginning>.

RIDLEY, M. *Amaral's Law*. 2017. Disponível em: <http://www.rationaloptimist.com/blog/amaras-law/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SANTOS, M.J.L.S de. et al. (coord.). Manual de boas práticas de telemedicina e telessaúde. São Paulo: Saúde Digital Brasil, 2022. Disponível em: https://mcusercontent.com/b47f7d6daa278644421d870af/files/5a4cd733-5826-cd86-a117-fb3e49e21a9b/AF.136.01_Manual_de_Boas_Praticas_DIGITAL.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

SCHROEDER, S. A. We Can Do Better: improving the Health of the American People. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 357, n. 12, p. 1221-1228. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMs073350>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SCHULTE, F.; FORTUNE, E. F. *Death by 1,000 clicks*: where electronic health records went wrong. Kaiser Health News. 2019. Disponível em: <https://khn.org/news/death-by-a-thousand-clicks>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SGB MEDIA. *McKinsey's "Future Of Wellness"*: survey Identifies Six Wellness Trends Gaining Momentum. 2021. Disponível em: <https://sgbonline.com/mckinseys-future-of-wellness-study-identifies-six-wellness-trends-gaining-momentum/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SHROTT, R. *Deep learning specialization by Andrew Ng: 21 lessons learned*. 2017. Disponível em: <https://towardsdatascience.com/deep-learning-specialization-by-andrew-ng-21-lessons-learned-15ffaef627c>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SILVER, D. *et al*. A general reinforcement learning algorithm that masters chess, Shogi, and Go through self-play. *Science*, [s. l.], v. 362, n. 6419, p. 1140-1144, 2018. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/sci/362/6419/1140.full.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SINGHAL, S. *et al*. *The next wave of healthcare innovation: The evolution of ecosystems*. 2020. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-next-wave-of-healthcare-innovation-the-evolution-of-ecosystems>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SINGHAL, S.; RADHA, M.; VINJAMOORI, N. *The next frontier of care delivery in healthcare*. McKinsey & Company, 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com.br/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-next-frontier-of-care-delivery-in-healthcare>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SINGHAL, S.; VINJAMOORI, V.; RADHA, M. *The next frontier of healthcare delivery: ten big shifts will define the future of care delivery in the United States*. McKinsey & Company, 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/healthcare%20systems%20and%20services/our%20insights/the%20next%20frontier%20in%20health%20care/the-next-frontier-of-healthcare-delivery.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SKOCHELAK, S. E. *et al*. *Health System Science*. 2. ed. [S. l.]: Elsevier, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. [S. l.]: Clannad Editora científica, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SUN, C. *et al*. *Revisiting Unreasonable Effectiveness of Data in Deep Learning Era*. International Conference on Computer Vision, p. 843-852, 2017. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/1707.02968>. Acesso em: 15 jan. 2022.

TOPOL, E. *Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future: An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care*. [S. l.]: The NHS Constitution, 2019. Disponível em: <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health care worker compact: technical guidance compilation*. 2022. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/global-health-care-worker-compact.pdf?sfvrsn=5547f5c7_3&download=true. Acesso em: 20 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ZACHRISON, K. S. *et al*. Patient characteristics associated with the successful transition to virtual care: Lessons learned from the first million patients. *Journal of Telemedicine*, [s. l.], v. 13, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X211015547>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ZULMAN, D. *et al*. *Effect of an intensive outpatient program to augment primary care for high-need veterans affairs patients: A randomized clinical trial*. *JAMA Internal Medicine*, [s. l.], v. 177, n.2, p. 166-175. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2594282>. Acesso em: 15 jan. 2022.

O PAPEL DA **MEDICINA DO TRABALHO** NA COORDENAÇÃO DE CUIDADOS DOS **TRABALHADORES**

MARCIA AGOSTI

Médica sanitária pela UFRJ, pós-graduada em Medicina do Trabalho e com MBA Executivo em Saúde pelo IBMEC. Experiência em Gestão de Saúde Corporativa desde 2005.

O trabalho é reconhecido como um elemento determinante de Saúde e Bem-estar. Se, por um lado, pode funcionar como um elemento promotor deste, exige cuidado e monitoramento do ambiente, de sua organização e das interações que ali acontecem, para que não se torne um elemento gerador ou agravador de condições de adoecimento. Desta forma, emprego e saúde relacionam-se de maneira intrínseca e como parte do conjunto de determinantes sociais de Saúde refletem a capacidade de cada pessoa de tornar-se, individual e socialmente, funcional e produtiva. A renda, os contatos sociais e recursos gerados para atender às necessidades de saúde decorrentes, promovem a autoestima, pré-requisito crucial para a saúde e o bem-estar.

O sentido do Trabalho para as Organizações, na vida das pessoas e na comunidade também deve ser considerado em suas múltiplas dimensões: individual, social e organizacional. O seu significado cotidiano, de futuro da sociedade, ultrapassa em muito seu papel como meio de sobrevivência. É significar o “Eu fazer” como importante para autorreferência e referência no grupo social em que vive, como propósito, com sentido de gerar prosperidade, com competência, como empoderador do ser humano como ser individual e social.

No atual cenário de transformação do ambiente e modelos de trabalho, algumas atividades estão sendo substituídas e novas funções e formas de trabalho surgem, desafiando a disposição dos trabalhadores para aprender novas habilidades e a tomada ágil de decisão analisando dados gerados em tempo real. Para essa atuação adequada, com autonomia decisória, as organizações precisam fomentar a cultura de aprendizado e adaptação, que também seja facilitadora da interface entre homens e aplicações, sensores e maquinário orientados a autocontrole e otimização automática de processos. Como

consequência, tarefas monótonas, repetitivas e de alto risco para a vida e a Saúde, deixam de ser realizadas por humanos, movidos a atividades mais criativas e de maior valor agregado. A dimensão da Saúde e Segurança pode aproveitar para ampliar sua natureza promotora do trabalho mais seguro e saudável, se também passar a utilizar recursos que permitam o gerenciamento precoce e contínuo do risco com tecnologias inteligentes e engenharia virtual. Ao evoluirmos o olhar para além da revisão continuada de riscos pré e coexistentes, que influenciam a dinâmica e a interação com o trabalho, percebemos a importância da interação dos múltiplos determinantes globais de saúde, bem-estar e adoecimento.

Uma boa lista de experiências relacionadas a estes fatores demonstraram as consequências destas interações nos subdomínios da vida com o ambiente do trabalho, bem como seus efeitos no bem-estar dos trabalhadores. Suas conclusões remetem ao debate pela consideração das necessidades básicas individuais, familiares e comunitárias e sua inter-relação com os fatores presentes no ambiente de trabalho, suas afinidades e critérios de proteção, assim como seus efeitos recíprocos nas intervenções em Gestão da Saúde e do Bem-estar. Os elementos presentes, bem como as experiências vividas em diversos domínios da vida, expressam seus efeitos nos demais, mostrando a indivisibilidade do

*“EXPERIÊNCIAS VIVIDAS
EM DIVERSOS DOMÍNIOS
DA VIDA, EXPRESSAM
SEUS EFEITOS NOS
DEMAIS, MOSTRANDO A
INDIVISIBILIDADE DO SER
HUMANO INTEGRAL”*

ser humano integral. A chamada “Epidemia” de Sofrimento Emocional, observada nas empresas após a pandemia, reflete a necessidade de inclusão de novos elementos na análise do Bem-estar promovido no Trabalho e percebido pelos empregados, cujos efeitos não eram antes avaliados ou considerados pela gestão de pessoas e pela Saúde nas organizações.

O Bem-estar passa a ser um atributo da pessoa e fica submetido à percepção individual da competência em construir interações autênticas, genuínas e mutuamente reafirmadoras com outras pessoas (bem-estar social); da habilidade de promover e perceber inspiração e emoções positivas com outras pessoas e colegas de trabalho; de um ambiente emocionalmente seguro e suportivo, viabilizando relações positivas no ambiente de trabalho; da habilidade de viver produtivamente sem stressores financeiros e a liberdade de contar e acessar recursos que promovam a saúde física também.

A falta de acesso, ou acesso limitado, aos serviços de assistência à saúde, impacta de forma expressiva o nível de saúde e bem-estar de pessoas e de sua comunidade mais próxima. Um exemplo claro vem informado no reporte sobre Disparidades em Saúde da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ) – Rockville (MD), demonstrando que, nos Estados Unidos, quando os indivíduos não podem adquirir um plano de saúde, são menos propensos a participar de cuidados preventivos e são mais propensos a deixar de procurar tratamento médico (NATIONAL HEALTHCARE QUALITY AND DISPARITIES REPORT, 2022). E nos apresenta as principais barreiras relacionadas ao acesso a serviços de Saúde: (a) dificuldade ou falta de acesso; (b) custos elevados do acesso; (c) falta de condições em manter o plano médico; (d) limitação na Comunicação entre equipe assistente e assistido, estão gerando (a) necessidades de saúde não

atendidas; (b) Atrasos no recebimento de cuidados adequados; (c) Incapacidade de obter serviços preventivos ou reabilitação adequada; e (d), Hospitalizações que poderiam ter sido evitadas.

Estamos em um momento em que o financiamento do acesso, entretanto, não vem se mostrando suficiente para garantir a atenção efetiva para garantir o bem-estar e o valor percebido ao longo do cuidado. Um sistema onde os participantes são, ainda, mutuamente percebidos como competidores em uma relação que não se baseia na transparência de informações médicas e de efetividade do cuidado, passa a atuar como uma barreira para percepção da qualidade e efetividade, gerando ainda insegurança e incerteza.

Aqui, o papel das Organizações patrocinadoras da assistência médica suplementar para empregados e seus dependentes, assume crucial importância. O gerenciamento do acesso aos Serviços de Saúde obrigatoriamente deve incluir a avaliação da efetividade e qualidade.

DETERMINANTES DE ADOECIMENTO E BEM-ESTAR E A PRÓXIMA ERA: PROMOVER MAIS DIAS DE BEM-ESTAR PARA OS ANOS DE VIDA GANHOS

O Instituto McKinsey de Saúde publicou em julho de 2022 (CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTHCARE PROVIDERS AND SYSTEMS, 2022) os resultados de uma pesquisa sobre a forma como alguns povos definem saúde e quais fatores eles acreditam que a influen-

*“A SAÚDE, RECONHECIDA
COMO UM
SUBCOMPONENTE DO
BEM-ESTAR, COMPREENDE
A COMBINAÇÃO DE
INDICADORES DO
ESTADO EMOCIONAL”*

ciam. No geral, os entrevistados valorizam todas as quatro dimensões da saúde – física, mental, social e espiritual – demonstrando uma visão muito mais ampla sobre o conceito percebido de Saúde do que os sistemas de saúde dos países em que vi-

vem. Os resultados indicam ainda que as pessoas podem se concentrar mais em como viver uma vida plena e funcional em seus próprios termos, quando modificado o grau em que se sentem conectadas, valorizadas socialmente ou têm um senso de propósito para a vida.

A Saúde, reconhecida como um subcomponente do bem-estar, compreende a combinação de indicadores do estado emocional, como afeto, frustração e ansiedade e indicadores físicos/fisiológicos, como pressão arterial, condição cardíaca e física geral. Neste sentido, o Instituto Gallup propõe os conceitos de “*Wellness* – Bem Estar” e “*Wellbeing* – viver bem” (PENDEL, 2021) como propostas distintas de avaliação de qualidade de vida percebida. O “BEM-ESTAR (*Wellness*)” traduz um estado de saúde alcançado, principalmente, por meio de estilo de vida e hábitos considerados saudáveis que levam a resultados positivos de saúde física e a saúde mental dos empregados em uma Organização seria considerado resultado positivo de escolhas que promovem o bem-estar físico. Sob a ótica mais holística, “VIVER

BEM (Wellbeing)” reflete a interação de dimensões mais amplas de vida que influenciam a vida pessoal de forma global, refletindo em qualidade e prosperidade percebidas:

- **Bem-estar na carreira:** Você gosta do que faz todos os dias.
- **Bem-estar social:** Você tem amigos significativas em sua vida.
- **Bem-estar financeiro:** Você administra bem seu dinheiro.
- **Bem-estar físico:** Você tem energia para fazer as coisas.
- **Bem-estar da comunidade:** Você gosta de onde mora e sente-se inserido.

O resultado da interação destes diversos domínios e subdomínios da vida mostra a importância em se conhecer o que representa qualidade de vida para o empregado e quais seriam suas prioridades para sentir-se vivendo com qualidade, plenitude e prosperidade neste momento da vida e aprender quais conflitos representam barreiras para este estado. Para alguns será o alimento, para outros, a segurança familiar, o emprego, a dependência de substâncias psicoativas, a tristeza, a solidão... para outros será o acesso a serviços de Educação, Transporte ou mesmo de Saúde. Será fundamental ampliar nossos recursos e ferramentas para a clara compreensão do universo de necessidades e prioridades das pessoas, como formulam suas escolhas, além da forma de organização de identidade dos grupos dentro dessa população e sua expressão. Por meio delas, viabilizaremos uma ótica inclusiva e diversa, revisando e reconstruindo, sempre que necessário, as políticas de gerenciamento de pessoas, de diversidade e inclusão e os programas de Saúde,

garantindo seu alinhamento individual e social como diferencial competitivo sustentável para as Organizações ao longo do tempo, e a cada grupo. As intervenções construídas para atender múltiplos determinantes da saúde têm maior probabilidade de resultar mais eficazes por ultrapassarem as fronteiras dos setores da Saúde e incluir novos aliados no endereçamento destas demandas, como as áreas de educação, suporte social entre tantos.

Apesar da massiva informação a respeito de riscos e protetores da Saúde, hábitos saudáveis de vida e de políticas globais, a carga das doenças não transmissíveis passíveis de prevenção e a prevalência dos fatores de risco para saúde não se reduziram, conforme relatório da VIGITEL 2022 (DESMOUCÉAUX *et al.*, 2021), permitindo concluir que as ações do sistema de Saúde atuais não vêm demonstrando efetividade ou eficiência em termos de Saúde Pública.

Tampouco, as intervenções assistenciais vêm se mostrando custo-efetivas, uma vez que os indicadores de doenças transmissíveis negligenciadas vêm aumentando, demonstrando pouca atenção às ações de prevenção e a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Podemos estar concentrando a atenção e esforços em práticas que não se mostram protetivas à saúde, ou, ainda pior, que representem risco à saúde dos pacientes. Seu reflexo pode ser verificado na avaliação da percepção do impacto das ações, sobre a melhoria no estado de Saúde sob a ótica dos usuários do sistema de saúde. Da mesma maneira, segundo a VIGITEL (DESMOUCÉAUX *et al.*, 2021), os indicadores de frequência de hipertensão autorreferida se mantiveram estáveis entre 2006 e 2020 com aumento relevante entre os homens, e a frequência de Diabetes Mellitus autorreferida, também aumentaram (de 5,5%, em 2006, a 8,2% em 2020) em ambos os gêneros (DESMOUCÉAUX *et al.*, 2021). Como sabemos, es-

tas duas doenças e seus fatores determinantes e de comorbidade, são ainda responsáveis pela grande maioria de óbitos registrados, refletindo sua gravidade.

A associação resultante destes elementos mostra, ainda, que trabalhadores com problemas de saúde e bem-estar no local de trabalho podem ser menos produtivos, tomar decisões de qualidade inferior, apresentar maior propensão a faltar ao trabalho (BOYD, 1997) e é observada queda consistente na Qualidade das interações e nas contribuições globais para os processos e relações de trabalho (PRICE; HOOIJBERG, 1992). Seu custo e impacto podem ser de natureza fisiológica, psicológica e/ou emocional (BOURBEAU; BRISSON; ALLAIRE, 1996; CARTWRIGHT; COOPER, 1993).

O efeito isolado das intervenções, promotoras apenas de hábitos saudáveis pelas empresas, não vem se mostrando suficiente para conter estes mesmos indicadores de prevalência e gravidade do adoecimento por doenças passíveis de prevenção e o crescente custo na assistência médica. Vivemos ainda um modelo de atenção à saúde centrada no tratamento de doenças e focada em intervenções de alta complexidade sem ainda avaliar propostas consistentes para reduzir a necessidade destes serviços na população. O reflexo pode ser verificado na dificuldade da inclusão de trilhas de cuidado completas, que incluam também serviços de atenção primária, na estrutura de serviços de assistência na saúde suplementar, tornando ainda mais distante o propósito de oferecer mais dias de vida com qualidade e prosperidade em plena capacidade funcional aos usuários do sistema. Este cenário deixa claro que ainda temos barreiras estruturais e culturais a serem transformadas para que o caminho da atenção integral, centrada nas necessidades do paciente, possa ser alcançado.

A compreensão pelos participantes do Sistema de Saúde, Organizações e Equipes de Saúde Ocupacional, a respeito dos fatores que levam ao alcance do pleno potencial de vida e de saúde humana, nos habilitará na colheita dos benefícios com os ganhos em expectativa e qualidade de vida observados. Essa expectativa exige, entretanto, uma cultura de mútua colaboração por parte de todos os envolvidos, na geração de informações mais abrangentes e melhores sobre os determinantes de saúde e adoecimento na população e novas formas de medir e avaliar intervenções destinadas a melhorar a saúde dos indivíduos. Necessitamos políticas e protocolos que garantam o acesso aos serviços fundamentais de prevenção do adoecimento, de promoção e assistência efetiva à saúde e do bem-estar, quase nunca considerados.

A discussão em torno da necessária transformação do sistema de saúde vem assumindo importância central nas discussões entre organizações patrocinadoras comprometidas com a experiência do empregado e prestadores de serviços de saúde. Em especial, favorecendo alinhamento de cultura organizacional e política de cuidado e de saúde decorrente do compartilhamento de valores e propósitos para geração de resultados positivos em termos de mudanças de comportamento e engajamento dos empregados.

Alcançar esse objetivo exigirá que nós, como sociedade, desafieemos nossas crenças sobre saúde e reorientemos a economia, as políticas e os investimentos na direção de política de benefícios, de saúde e segurança, que considerem as necessidades da pessoa no centro do projeto. Requer de todos os participantes alinhamento e compreensão modernizada sobre as dimensões de saúde (física, mental, social e espiritual) além de toda a riqueza de fatores que influenciam esses domínios determinantes. Exige de toda Sociedade olhar

a saúde como um investimento, não uma despesa, além de priorizar soluções de dimensionamento e efetividade de Serviços, que atuem de forma a impactar a atual carga de doenças. Envolve inovação e liderança de instituições fora do setor de saúde tradicional também na Capacitação da população para administrar sua própria Saúde.

É um momento que nos desafia na construção de parcerias sólidas e comprometidas com um sistema de saúde dirigido por uma nova lógica, metas novas, mais ambiciosas e relevantes para a saúde hu-

mana que galvanize comunidade, setores e organizações para o “acrécimo de anos à vida, com plenitude e prosperidade nestes anos ganhos”.

“A DISCUSSÃO EM TORNO DA NECESSÁRIA TRANSFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE VEM ASSUMINDO IMPORTÂNCIA CENTRAL NAS DISCUSSÕES ENTRE ORGANIZAÇÕES”

A estimativa das intervenções Sociais e em Saúde devem resultar na ampliação da qualidade de vida média, enquadrando ou ampliando a porção da vida que vivemos em boa saúde e prolongar a

esperança de vida. As estimativas econômicas destas intervenções são demonstradas em diversos estudos. Entre estes, o Instituto de Saúde McKinsey (MHI) estima que nas próximas décadas poderíamos adicionar até 45 bilhões de anos extras de vida com melhor qualidade – aproximadamente seis anos por pessoa, em média, e substancialmente mais em alguns países e populações, e que o impacto de falta de saúde, sobre o PIB global, é de 15%, mas que

priorizar uma saúde melhor poderia adicionar US\$ 12 trilhões a PIB global em 2040, um aumento de 8% que se traduzirá em crescimento 0,4% mais rápido deste, a cada ano. O Instituto afirma ainda em seus estudos de impacto econômico da Saúde, que seria possível reduzir em 40% o impacto das doenças nas próximas 2 décadas com o conhecimento já disponível. Deste efeito, 70% dos ganhos poderia ser alcançado a partir da prevenção, criando ambientes mais limpos e seguros, incentivando comportamentos mais saudáveis e abordando os fatores que estão por trás disso, bem como ampliando o acesso a vacinas e medicamentos. O restante viria de tratamento de doenças e condições agudas com terapias comprovadas, incluindo medicamentos e cirurgia (REMES *et al.*, 2020).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MEDICINA DO TRABALHO – UMA UNIÃO SAUDÁVEL!

A Medicina do Trabalho, parte integrante do sistema de cultura da saúde, é a especialidade médica que lida com as relações entre trabalhadores e seu trabalho, visando não somente à prevenção dos acidentes e das doenças do trabalho, mas à promoção da saúde e da qualidade de vida, e tem por objetivo assegurar ou facilitar aos trabalhadores a melhoria contínua das condições de saúde, nas dimensões física e mental, e a interação saudável entre as pessoas, e estas com seu ambiente social e o trabalho (ANAMT em anamt.org.br).

Com a percepção da Atenção Primária como elemento fundamental para o bem-estar das comunidades e a saúde global, seja no cenário

comunitario ou dentro de uma empresa, é fácil concluir que a Saúde Ocupacional é parte desse ferramental que deve focar esforços na promoção ou garantia do bem-estar daqueles que se serviam de seus Serviços.

Como integrante do Sistema de Vigilância à Saúde, os Serviços de Saúde Ocupacional são responsáveis por monitorar a Saúde e as causas de adoecimento decorrente das exposições ambientais, atividades realizadas e da organização do Trabalho. Seu princípio básico em termos de vigilância à Saúde, considera o trabalhador como ser integral e parte de um contexto individual e social mais amplos, garantindo que a presença de comorbidades clínicas, sociais e econômicas preexistentes ou desenvolvidas ao longo da vida do trabalhador, sejam consideradas no processo de determinação de Bem-estar e Saúde. Todos os elementos e pilares da vida do trabalhador devem ser considerados para garantir a atenção e a funcionalidade plena de vida e para o trabalho. Por outro lado, aqueles afetados por alguma forma de adoecimento ou incapacidade, precisam contar com suporte de uma equipe de saúde no acesso a recursos adequados para sua plena recuperação e navegação nas trilhas de cuidado durante sua assistência para garantir a efetividade no cuidado e pleno restabelecimento clínico e funcional. Contam ainda com a equipe na mediação do adequado retorno a suas atividades e adequação das tarefas, respeitando sua capacidade funcional e promover sua reintegração na equipe, na atividade anterior ou na reabilitação para uma nova função ou atividade no retorno ao trabalho.

Por estar organizado em torno de atividades laborativas de uma Organização, a Medicina do Trabalho conhece a forma como as atividades são planejadas e realizadas, os riscos clínicos relacionados a estas atividades ou decorrentes da exposição no ambiente, integran-

*“A SAÚDE DO
TRABALHADOR É PARTE
INTEGRANTE DA
SAÚDE GERAL E DA
VIDA DIÁRIA”*

do conhecimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Clínica com os elementos que regulamentam a relação de Trabalho dos empregados nas organizações, as regras e programação da pro-

dução ou de Serviços. Por essa natureza tem atribuído uma capacidade diferenciada para prescrição de ações de proteção à vida, promoção da Saúde, de recomendação e avaliação da efetividade das intervenções clínico-terapêuticas, e de preparar o ambiente, as equipes e o trabalhador para o retorno seguro às suas atividades em sua melhor capacidade e retorná-lo à vida com plenitude.

O debate sobre a abordagem do impacto do trabalho e do ambiente de trabalho na saúde, como responsabilidade compartilhada de Atenção Primária à saúde e Atenção à Saúde Ocupacional, vem ocorrendo em diversas esferas desde a Declaração de uma Ata da OMS de 1978, que recomendava a oferta dos cuidados de atenção primária, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Em 2007, a Conferência de Haia volta a debater a estratégia de melhorar a cobertura de saúde ocupacional, uma vez que ao menos 70% da população global tinha acesso a alguma forma de Atenção Primária à Saúde, enquanto o acesso a cuidados de saúde ocupacional alcançava apenas 10 a 15% dos trabalhadores globalmente. Parecia razoável aos membros participantes, considerar as estruturas da Atenção Primária para ampliar a atenção à Saúde do Trabalhador. O debate evidenciou um terreno comum entre as áreas de cuidados primários com a saúde e de cuidados de saúde ocu-

pacional, e um conjunto de princípios foi formulado para abordar a saúde dos trabalhadores de forma mais eficaz àquela época. Trouxe como mensagens-chave:

- A saúde do trabalhador é parte integrante da saúde geral e da vida diária.
- Os sistemas de saúde devem facilitar estratégias locais para atender às necessidades de saúde dos trabalhadores.
- Ao avançar para a cobertura universal, aqueles em maior risco ou com maiores necessidades devem ser incluídos em primeiro lugar.
- Ao desenvolver políticas sobre a saúde dos trabalhadores, todas as partes interessadas relevantes devem ser envolvidas.
- A formação em saúde e no trabalho deve fazer parte de toda a formação profissional dos profissionais de saúde.
- O empoderamento dos trabalhadores e o incentivo dos tomadores de decisão são fundamentais para a promoção da saúde e segurança dos trabalhadores.

Como observado, o debate segue atual e nos convida à sua ampliação em torno de reformas para o sistema de Saúde centradas nos valores de atenção primária com a expectativa de melhorar a prestação de serviços e garantir a integração entre os setores de saúde e trabalho, prevenção e cuidado.

Os poucos países que evoluíram na conexão dos cuidados de atenção primária à saúde e os cuidados de saúde ocupacional, vivem

ainda os efeitos e altos custos da fraca integração nos cuidados de saúde pessoais convencionais: cerca de 2 mil milhões de euros por ano poderiam ser poupados quando os cuidados gerais de saúde consideram o local de “trabalho” para prevenir ou reduzir as ausências médicas e a perda de capacidade de Trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Os debates nacionais sobre as reformas sanitárias muitas vezes abordam a insuficiente colaboração entre os setores de saúde e trabalhistas, a organização de serviços de saúde preventivos e curativos para as populações trabalhadoras e sua relação com a atenção primária (ALLEN; WIESENTHAL; COX, 2022).

A integração enfrenta duas grandes barreiras: o modelo verticalizado autônomo da organização dos Serviços de cuidados à saúde do trabalhador, resultando na perda de continuidade e coordenação dos cuidados percebida como de baixa eficácia e, enquanto isso, os profissionais envolvidos no cuidado de assistência à Saúde assumem posição de pouco ou nenhum envolvimento com os aspectos da saúde relacionados ao Trabalho, e terminam negligenciando estes fatores geradores de Saúde-Adoecimento. Em especial, deixam de conhecer o impacto das propostas de intervenção em Saúde e seu efeito sobre a capacidade funcional e laborativa dos pacientes.

A colaboração mútua, de ambas as áreas de intervenção em Saúde, é um promotor importante do Bem-estar do empregado por facilitar o planejamento das intervenções, avaliação de seus efeitos sobre a incapacidade do paciente, das atividades de retorno ao Trabalho e em muito contribuirá para a ampliação e integração do conhecimento, trazendo ambas as partes para um diálogo centrado na demanda e capacidade dos indivíduos.

Esta integração coloca a assistência à saúde em uma excelente posição para detecção e intervenção precoce em problemas de saúde relacionados ao trabalho, evitando licenças médicas desnecessárias e promovendo o efeito “salutogênico” na prevenção da incapacidade precoce para o Trabalho e para a vida.

As tendências demográficas – envelhecimento, migração e mobilidade, as modificações no perfil epidemiológico e a natureza mutável do Trabalho exigirão ainda mais a abordagem integrada dos diversos fatores determinantes da saúde pela possibilidade de produzir maior impacto na garantia do trabalho focado na atenção à saúde centrada na pessoa.

A DIMENSÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL NA ORGANIZAÇÃO

A responsabilidade das organizações com o Dever de Cuidar, se traduz pela responsabilidade legal e ética assumida pela Liderança para com os funcionários, na garantia do bem-estar, a saúde, a integridade e a segurança dessas pessoas que ali trabalham. É parte de um conceito jurídico mais amplo de negligência que gerou o compromisso das organizações com o gerenciamento de Saúde e Segurança no Meio Ambiente do Trabalho. Seu efeito traduz na experiência dos empregados que, sentindo-se acolhidos, valorizados e cuidados, conhecem os riscos a que estão expostos e percebem com clareza os fatores de proteção à sua integridade, o que termina por impactar diretamente a performance e desempenho na função.

A garantia do Sucesso de tal compromisso envolve o gerenciamento de fatores diversos que afetam e determinam o bem-estar e a Saúde dos trabalhadores. Quais seriam, então, os fatores relacionados ao bem-estar do trabalhador que possam ser acolhidos e endereçados pela liderança? Certamente, o foco nos determinantes de Saúde, adoecimento e Bem-estar assume importância especial. Além disso, crítica se torna a mudança de paradigma em relação ao papel da área de Saúde na Organização para a implementação da Cultura de Cuidado Centrada na Pessoa.

Como consequência, as organizações não mais concentram sua Proposta de Valor de Bem-estar para os empregados em iniciativas pontuais como caminho para o engajamento dos empregados. Uma estratégia holística para a experiência do funcionário, promotora do engajamento aos valores da empresa, do sentimento de inclusão e pertencimento, onde exista a escuta genuína e a oportunidade de equilibrar aspectos da vida pessoal e de Trabalho, da manifestação transparente de ideias e interesse, é o caminho mais provável para que as organizações tenham sucesso no ambiente corporativo competitivo de hoje e alcancem suas metas de talentos impulsionando os resultados de clientes da Organização como um todo.

MÉDICO DO TRABALHO COMO GESTOR DE SAÚDE

A saúde do trabalhador é uma área que se caracteriza por um grau significativo de diversidade na sua composição, tamanho, responsabilidades e serviços oferecidos. Considerando as diversas organiza-

ções, com atuação em distintas áreas econômicas, distintos produtos e Serviços, modelos de gestão e de negócio, cultura e valores, é esperado que encontremos diferentes pontos de vista sobre os principais objetivos deste serviço. Esta diversidade é responsável pelas variações de prioridades, estrutura, recursos e função observadas destes Serviços que necessitam apresentar um alto grau de autonomia, flexibilidade e capacidade de adaptação como consequência.

A estes fatores, somam-se outros determinantes que incluem a natureza do processo de produção, o tamanho e composição da força de Trabalho, além do fato que profissionais de saúde ocupacional têm origem nas profissões médicas ou de enfermagem, que são áreas tradicionais com seus próprios códigos de prática. A trajetória individual destes profissionais termina por moldar o seu perfil para atuar neste cenário ao lado de gerentes e outros profissionais que também têm estabelecido um código de prática profissional específica de sua área e distinto da Saúde ocupacional.

Como resultado, os profissionais de saúde ocupacional navegam entre a tarefa de integrar o seu papel médico ou de enfermagem com o de membro da equipe de gestão da empresa. A base do sucesso aqui, está na capacidade de integração de diversos valores, interesses e expectativas com garantia da sua neutralidade e imparcialidade para equilibrar valores gerenciais e médicos potencialmente conflitantes.

O escopo ampliado deste profissional inclui, portanto, a habilidade de colaboração no desenho e contratação de benefícios pela áreas de Gestão de pessoas, e de recomendações precisas quanto ao gerenciamento de riscos organizacionais com outras áreas funcionais, como Contratos, Previdenciário, Jurídico Trabalhista com subsídio

para o Cumprimento de exigências de auditorias e fiscalizações públicas do Trabalho e sanitárias, e análise de formas de aplicação de recolhimentos Tributários por meio de convênios. Além disso, o perfil do Médico do Trabalho no centro do cuidado com os empregados deve considerar um olhar que aproxime conhecimento médico, regulatório, de tecnologia, pessoas e organizações integrando recursos e meios em métodos organizacionais para manter a equipe motivada, disponível e produtiva em um mercado de trabalho cada vez mais flexível. O que também contribuirá para o potencial de inovação das organizações em seus Projetos e processos de Gestão de riscos relacionados a pessoas.

No papel de conselheiro de temas relacionados à Saúde na Organização, o profissional de saúde Ocupacional contribui hoje em áreas de valor agregado à experiência dos empregados, produtos, Benefícios e Serviços oferecidos, considerando que tem por definição a responsabilidade direta com o bem-estar dos empregados e deve contribuir para a melhor recomendação quando se refere a minimizar ou eliminar possíveis riscos relacionados a pessoas.

Como vemos, a necessidade de consultor executivo da área de Saúde vem sendo, a cada ano, reconhecida como estratégica e um grande diferencial competitivo para as Organizações. Estamos na era do Gestor Corporativo de Saúde com Formação em Medicina do Trabalho.

Muitas empresas já contam com um executivo médico com experiência em saúde e administração de funcionários – Gerente Médico Corporativo –, que garante orientação à organização durante uma crise, como no caso de uma Pandemia, que representou uma crise de Saúde. Este profissional atua como principal consultor para a

Organização e Negócios em assuntos relacionados à medicina ocupacional e ambiental, programas de saúde e de promoção humana, medicina preventiva e atividades de saúde pública. É, em geral, um Médico Especializado ou experiente em Gestão em Saúde que represente fonte confiável de informações para os funcionários, interpretando e atualizando diretrizes de saúde e segurança em ambientes de rápida mudança, garantindo que suas diretrizes sejam efetivamente disseminadas e aplicadas.

Inicialmente eram membros do Departamento de Segurança e Meio Ambiente e, mais recentemente, fazem parte da equipe de *Business Partner* de RH ou até do *Staff* da Liderança Sênior das Organizações – e compõe a equipe de consultoria interna responsável pela gestão inteligente de pessoas, alinhada às estratégias de negócio de uma empresa.

Sua atuação como mediador e influenciador da construção da experiência única para empregado, durante sua relação com a empresa, visa potencializar os resultados do negócio com políticas e programas de Saúde promotoras de um ambiente de Trabalho saudável e seguro. É considerado, portanto, elemento importante da estratégia de Gerenciamento de Recursos Humanos e de Promoção de Pessoas ultrapassando, em muito, o universo específico da Medicina do Trabalho, cujo programa deve, também, estar sob sua supervisão.

Uma das principais responsabilidades dos CMOs é manter-se atualizado sobre as mudanças de estado de políticas e protocolos que possam interferir no sistema de Saúde, monitorando novos regulamentos para imediato posicionamento e ajuste interno de Serviços, quando necessário. É importante ser um “comprador” informado ao invés de estar apenas aspectando o que as demais organizações de-

envolvem. Participar de grupos de influência, discutir as evidências sobre o que funciona é importante para implantar e avaliar as diretrizes de Saúde e ajudar nas estratégias coletivas que envolvem cuidados de saúde para o grupo populacional sob sua responsabilidade.

Sua atuação exigirá conhecimento e experiência para análise crítica e embasamento para o posicionamento sobre como e quanto os recursos e Serviços disponíveis estão alinhados à visão para o gerenciamento de riscos relacionados a pessoas e de desenvolvimento humano, que por sua vez suporta a estratégia de negócios e crescimento da organização que serve. Neste sentido, pode e deve buscar conhecer e contribuir com a política de Benefícios relacionados à Saúde. Tal análise perpassa muitas variáveis, como a efetividade real dos resultados do cuidado à Saúde oferecido por parceiros e prestadores; o estado de prontidão dos Serviços para comprometer-se com o propósito de “trazer mais bem-estar aos anos de vida da população assistida”; a transparência quanto às informações referentes à experiência de cuidado e sua capacidade de flexibilidade e adequação a este propósito.

Relevantes são suas habilidades de interação social e inclusão, navegando na diversidade com interesse e olhar crítico, para o que melhor contribui para construção de uma rede de apoio e de serviços e fornecedores com capacidade de resposta e excelência, alinhadas com a estratégia para gerenciamento das pessoas na Organização que representa. E por serem profissionais da saúde, devem representar a adequada compreensão de todos os dados que envolvem a saúde em sua organização, analisar informações buscando identificar interesses, antecipar riscos e necessidades que possam ajudar de forma significativa os trabalhadores e as comunidades em que a Organização está operando. Esse compartilhamento de informa-

ções pertinentes ajuda a estabelecer melhores estratégias de saúde que beneficiarão mais pessoas em suas comunidades.

Em termos de assistência à saúde, seu papel no gerenciamento da efetividade e eficácia dos recursos mobilizados para assistir o grupo de pessoas trabalhando na Organização assume, ainda, maior criticidade. Da mesma forma, devem buscar meios e conhecimento para ajudar a equilibrar o bem-estar dos funcionários com os interesses da empresa.

Como parte de uma equipe organizacional que se debruça sobre a estratégia de pessoas para o negócio, ele assume o papel relevante em garantir que a experiência do empregado, em termos de Saúde e bem-estar, represente valor para os empregados e seus familiares – escutar é também uma habilidade fundamental para adaptar a rota do programa sempre que necessário ou não, percebido como valor agregado pelos usuários. Sua formação em Saúde capacita sua atuação no mapeamento e compreensão dos fatores e dinâmica dos determinantes de Saúde e adoecimento destes grupos para buscar soluções que, de fato, representem oportunidade de solução efetiva. Uma outra área importante é conhecer a Política e a Estratégia de Comunicação interna da organização, integrando os temas e calendário de Saúde, garantindo a precisão médica das mensagens de saúde de sua organização.

Várias são as experiências deste modelo, cujo valor pode ser reconhecido pelos empregados durante a Pandemia de Covid-19, quando perceberam ser a Saúde um valor para a Liderança que optou por um profissional de Saúde no grupo de decisores, com capacidade de influenciar políticas e programas na alta Gestão e integrando áreas funcionais como RH, Jurídico e EHS.

CONCLUSÃO - A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUTURO

Mudanças intensas no ecossistema organizacional vêm sendo observadas, com modelos alternativos de Trabalho e novas relações com o emprego, a incorporação de novas tecnologias, além da automação, que desafiam também os modelos de gestão de riscos e de saúde no ambiente de trabalho. Resulta destas mudanças, a importante reflexão sobre o papel, a organização e alcance das ações da Área de Saúde no Ambiente de Trabalho, o papel da Saúde e Bem-estar na Gestão do Capital Humano, em especial, em um macroambiente que luta pelos talentos com apetites semelhantes.

Como conectar a experiência do empregado com o futuro bem-sucedido para a organização? O que prescrever nesse momento, que assegure a prosperidade tão almejada por ambas as partes? Quais elementos do cuidado fazem com que trabalhadores percebam-se acolhidos, respeitados, considerados, valorizados ou reconhecidos? Como entregar o que agrega valor ao empregado no sistema de reconhecimento e valorização por parte da empresa, que faria escolher viver essa experiência de forma única? Não há receita pronta para estas perguntas. Mas um momento importante para refletirmos juntos sobre o que precisamos desenvolver, flexibilizar, criar, abandonar ou alcançar, para o que pretendemos em termos de futuro sustentável. Pudemos refletir aqui sobre a importância de um passo atrás em nossas posições, verdades e conhecimento para escutar, aprender, para podermos prescrever o que podemos trazer de Bem-estar e Saúde percebidos pelos empregados, e que seja promotor de prosperidade para estes, suas famílias, sua comu-

nidade e para a empresa. Um atual presente de muitas reflexões, considerações e revisão do quanto estamos dispostos a aprender para movermos ações efetivas, eficientes e geradoras de Bem-estar. Em quais métodos vamos nos apoiar para movermos do micro ao macroambiente promotor ou detrator do Bem-estar e com quais recursos. Todos, certamente, perpassam o entendimento do que é relevante e gerador de valor para pessoas, seu desenvolvimento, sua prosperidade e seu interesse em dividir os anos de vida produtiva na empresa que melhor alinhar-se com seus valores e propósitos.

Os anos de vida ganhos a partir da evolução tecnológica em Saúde agora pedem mais dias de Bem-estar associados. Se, por um lado, as pessoas estão vivendo mais, observamos, por outro, o aumento da carga de doenças crônicas, com um número maior de problemas impactantes em sua funcionalidade e habilidades para atividades de vida diária (AVDs). Este grupo de doenças inclui, em geral, qualquer condição de saúde física ou mental que perdure por mais de 3 meses e limite a capacidade ou requeira tratamento contínuo (por exemplo, colesterol alto, pressão alta, ansiedade, artrite, coração doente, diabetes, dores nas costas e no pescoço e depressão) impulsionado, principalmente, pelo aumento no número de trabalhadores com algum grau de insuficiência, deficiência ou incapacidade funcional residual.

Infelizmente, a atual organização e complexidade do sistema de saúde, com mínima interação entre os participantes, não atua como facilitador do Modelo de Atenção Clínica Centrada no Paciente, e usuários do sistema enfrentam uma cultura departamentalizada. Além disso, o Modelo de Assistência à Saúde atual enfatiza a busca de uma “razão controlável” para o sintoma ou a disfunção, incentivando, portanto, os pacientes a buscarem assistência médica quan-

do percebem o sintoma ou sinal da doença, que já compromete sua funcionalidade ou capacidade de vida diária. Em geral, os pacientes iniciam tratamento médico para buscar cuidados para melhor lidar com condições médicas ou psicológicas que afetam sua capacidade de funcionar na vida, que já reconhece como comprometida pela condição de saúde. Em um ambiente em que os custos dos cuidados de saúde estão disparando e a prevalência de fatores de risco determinantes de doenças crônicas não transmissíveis não se modifica ao longo do tempo, a abordagem sensata é tentar reduzir a carga de doença que leva à necessidade de cuidados de alta complexidade e alto custo ou geradora de incapacidade precoce.

Desde 2020, vimos experimentando uma colisão de forças aceleradora de mudanças na indústria da saúde em direção a um futuro sistema de saúde, cuja aposta é num impacto positivo em termos de Bem-estar e Serviços dirigidos a necessidades distintas das que observamos, como o centro do sistema hoje (THE OCCUPATIONAL PHYSICIAN, 2017).

A movimentação no Ecosistema de Saúde vem acontecendo em direção a modelos de saúde populacional centrados na pessoa, baseados em valor, com foco na prevenção e no bem-estar, à medida que mais cuidados passam a ser realizados em casa, no trabalho e nas comunidades. O efeito de, o quê, como e onde o trabalho é realizado e por quem, remodelará também a distribuição e a composição da força de trabalho na área de Saúde.

O desafio da transformação do cuidado com a doença para o cuidado com a Saúde exige imediata mudança de paradigma quanto à forma de ofertar serviços e cuidados e a capacidade de ofertar o cuidado direcionada pela demanda dos usuários, será crítica para

*“A MOVIMENTAÇÃO NO
ECOSSISTEMA DE SAÚDE
VEM ACONTECENDO EM
DIREÇÃO A MODELOS DE
SAÚDE POPULACIONAL
CENTRADOS NA PESSOA,
BASEADOS EM VALOR, COM
FOCO NA PREVENÇÃO E NO
BEM-ESTAR, À MEDIDA QUE
MAIS CUIDADOS PASSAM A
SER REALIZADOS EM
CASA, NO TRABALHO E
NAS COMUNIDADES”*

os organiza e integra, sim, uma vez que organiza um conjunto de serviços dirigido a aspectos específicos do desafio da jornada do paciente ao longo da cadeia de cuidado. Entretanto, a atuação colaborativa e interoperabilidade de informações entre os participantes do modelo será fundamental para garantir o efetivo gerenciamento e promoção da melhor qualidade de vida ao longo dos anos, ganhos com as transformações demográfico-epidemiológicas e sociais.

O cuidado e atenção na avaliação dos ganhos funcionais, resultantes de tratamentos médicos, também têm aceitação crescente na

endereçarmos os determinantes de Saúde e Bem-estar e a atenção confiável, segura, eficiente e customizável para o cuidado mais efetivo, na forma e local de preferência do usuário – em casa, em clínicas, no Trabalho ou por meio virtual. É o que os consumidores de serviços de Saúde buscam neste novo cenário.

Não existe um serviço de atenção e cuidado que seja ou venha a ser absoluto. O modelo e o sistema que

literatura científica. O sistema de saúde se beneficiaria muito ao alinhar os objetivos de saúde da população com um modelo centrado no paciente com a integração das ferramentas assistenciais e da Medicina do Trabalho, em decorrência da focada atuação na manutenção e ganho de funcionalidade e prevenção de adoecimento.

O uso de ferramentas que meçam e considerem o estado de funcionalidade relatada pelo paciente pode facilitar uma discussão de significado mais profundo e a comunicação horizontal e aberta entre médicos assistentes e do trabalho e pacientes, para tomada de decisão melhor fundamentada que inclua a documentação sobre a morbidade prévia sistêmica do paciente, e a gravidade da doença. A comunicação aberta e horizontal promoveria mais engajamento, o incentivo ao autocuidado e a satisfação dos pacientes com seus cuidados e cuidadores.

A experiência acumulada com a assistência multidisciplinar gerou diversas ferramentas de avaliação funcional que, associadas à Medicina Baseada em Evidências, ampliam o conhecimento e a capacidade de estabelecer a efetividade do cuidado na assistência à Saúde. A integração dos saberes certamente tem muito para contribuir na ampliação da “caixa de ferramentas” da atenção à Saúde, permitindo acesso a informações que orientem a atenção à Saúde para alcançar a mais alta Qualidade de vida para os pacientes e uma remuneração baseada em valor justo. A maneira mais poderosa de alcançarmos isso está na prescrição de medidas de promoção de saúde, de prevenção do adoecimento e no cuidado centrado na pessoa baseada em evidências. Neste sentido, estamos iniciando uma jornada de captura do impacto da condição e plano de tratamento na vida dos pacientes, incluindo sua participação no trabalho, vida doméstica e sociedade. Estes são os principais elementos de um

modelo centrado no paciente e, a meu ver, um modelo disruptivo que pode ser vencedor. Os Princípios Fundamentais dos Serviços Médicos Corporativos nessa jornada devem garantir:

- Atenção obrigatória para o empregado;
- Ações de Atenção Primária;
- Atenção Centrada no paciente;
- Manejo de casos com navegação por serviços com efetividade comprovada;
- Suporte para as demandas valorizadas pelo empregado;
- Oportunidade de educação e empoderamento social;
- Equipe multiprofissional com suporte e colaboração mútua.

Um novo aspecto deste olhar para saúde centrada na Pessoa inclui ganhos de longo prazo, que garantem a sustentabilidade do bem-estar global dos pacientes com a promoção de cuidados eficientes e eficazes, por meio da alocação adequada e tempestiva de recursos e investimentos nos elementos determinantes do Bem-estar e prosperidade individual.

Este processo recomenda a disponibilidade, tempo, compaixão e prática de presença e atenção plena a cada interação para uma construção conjunta da experiência do paciente que é única. Exige uma equipe com Mentalidade distinta. Se adequada e intimamente integrada aos princípios da Medicina Baseada em Evidências, o

método amplia a capacidade de educação, informação, formação e multiplicação de conceitos corretos que fundamentarão uma decisão clínica com responsabilização mútua, de médico e paciente.

A Experiência do Empregado usuário na interação com os recursos dos sistemas de saúde, deve ser entendida como uma ferramenta muito robusta na captura do valor percebido dos elementos de Saúde e Bem-estar, e quais as necessidades individuais que representam valor para estas pessoas, transformando sua experiência na empresa em uma experiência única. (Modelo de Atenção Centrada na Pessoa)

O Modelo Clínico de Atenção Centrada no Paciente (**Figura 1**) considera quatro componentes, que interagem de forma a construir o modelo de experimentação do processo saúde-doença por qualquer pessoa. Os três primeiros componentes decorrem da interação equipe-médico-paciente como a base desse modelo de atenção clínica no diagnóstico do modelo de promoção de saúde ou adoecimento individual e ajudar sua navegação nos serviços adequados efetivos.

O primeiro componente – Explorando a Saúde, Doença e a Experiência de Adoecimento – explora a doença sob as percepções de saúde e adoecimento pelo paciente, e a forma como pensa e sente a respeito deste processo, com foco em identificar o que agrega valor para ele. O segundo componente – Entendendo a Pessoa Integralmente – integra estes conceitos com as diversas dimensões de vida do paciente, contextualizando seu processo de viver. O terceiro componente do modelo, foca na integração das perspectivas do médico e do paciente sobre o processo, estabelece metas, prioridades e responsabilidades de cada um. O quarto componente foca no empoderamento do paciente a cada encontro, entendendo e



Figura 1 – Componentes interativos do Modelo de Atenção Centrada no Paciente

Fonte: Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method
 – By Moira Stewart, Judith Belle Brown, Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas Freeman

atuando sobre barreiras, identificando oportunidades de melhoria e aproximação entre ambos, de forma a ajudar no alcance de propósitos e aspirações de vida para o paciente.

A capacidade de os serviços de Medicina do Trabalho contribuírem de forma significativa para essa transformação cultural deve ser considerada por todos no sistema. Sua distribuição e lógica de atuação amplia a possibilidade de monitoramento da resposta ao tratamento assistencial e na detecção de problemas não reconhecidos. O que é muito pouco considerado, mas extremamente relevante para o cuidado centrado no trabalhador e que pode ser uma ferramenta muito robusta para operadoras de plano de saúde e segurados, no aperfeiçoamento de seus sistemas e recursos. Nos programas de gerenciamento de casos e acompanhamento de afastamento e internação, realizados pelas equipes de saúde ocupacional, a interação da equipe multiprofissional com os trabalhadores e seus familiares é, além de acolhedora, uma ferramenta de promoção de engajamento com as equipes assistenciais e de avaliação de efetividade do tratamento.

A possibilidade de considerar informações relativas a ausências e incapacidades pelos serviços de saúde ocupacional, amplia a capacidade de acesso a informações relativas a efetividades do cuidado e das intervenções selecionadas, necessidades específicas dos empregados com base em sua comorbidade e rede social de suporte, que também funcionam como condicionantes de um resultado efetivo das intervenções médicas. Além disso, a captação com neutralidade da percepção de valor e ganho funcional autorreferida por pacientes e completada por equipes de Medicina do Trabalho, muito colabora na divergência de informações entre cobranças médicas e atestados, além de permitir medir a interação das comorbidades

físicas, emocionais e sociais dos pacientes e da gravidade das morbididades geradas pela assistência.

A atuação da equipe de Saúde Ocupacional no gerenciamento de casos vem se mostrando uma ferramenta de engajamento fundamental, para os pacientes se tornarem mais ativamente envolvidos em seu tratamento e comprometidos com o plano de recuperação funcional prescrito. Esta equipe captura e busca recursos adequados para endereçar suas preocupações e necessidades, além de identificar rapidamente efeitos não desejados ou previstos de saúde mental e física ou problemas sociais, que interfiram na efetividade do atendimento assistencial prescrito. A ferramenta de gerenciamento dos casos ajuda médicos assistentes e pacientes a definir intervenções baseadas em evidências que considerem, também, as preocupações, expectativas e capacidade de engajamento do paciente e seus recursos sociais, com objetivo de promover não só a efetividade do tratamento, mas também o engajamento com um melhor resultado.

Sua atividade estende-se do cuidado com a saúde no ambiente de trabalho para uma contribuição real para os serviços privados e públicos de Medicina do Trabalho, capturando informações sobre efetividade dos recursos e identificando necessidades de ajuste no sistema de saúde como um todo. Os indicadores de efetividade do sistema de saúde e da prática médica vêm sendo largamente discutidos em vários fóruns internacionais de saúde. Uma aplicação prática foi sugerida pela ACOEM (*American College of Occupational Medicine*) em 2019 às equipes de Saúde Ocupacional nos Estados Unidos da América. Estes indicadores foram recomendados após diversas discussões entre sociedades médicas distintas acerca das vantagens, desvantagens e barreiras à sua aplicação. Entretanto,

constitui-se num modelo que pode ser adotado para os que desejam ampliar sua visão de efetividade do sistema de atenção à saúde.

São eles: (1) Retorno à Função/trabalho mais eficiente com menor índice de incapacidade residual; (2) Índice de dor menor, com menor uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios de uso agudo e crônico; (3) Menor tempo de incapacidade (gravidade) com menos sequelas; (4) Capacidade Ampliada de participação nas atividades familiares, sociais, de lazer e comunitárias, além do trabalho; (5) Menor necessidade de cuidados prolongados e Assistência individual decorrentes das intervenções; (6) Melhoria nos indicadores de Qualidade e Efetividade assistenciais com uso de Protocolos baseados em evidência científica; (7) Melhoria nos indicadores de adesão aos princípios do cuidado centrado na Pessoa; (8) Melhoria nos indicadores de satisfação do paciente com a navegação na trilha de cuidado.

A consideração destes indicadores de forma sistemática pode fornecer um registro de melhoria, declínio ou documentar altos e baixos nas condições de assistência à saúde ao longo do tempo, apoiar a comunicação entre os cuidados de saúde e prestadores de serviços em diferentes especialidades, e direcionar referências mais adequadas aos serviços necessários, fortalecendo a efetiva coordenação e a experiência na trilha do cuidado. Considerando o relato autorreferido do empregado e o conhecimento científico de melhores práticas baseadas em evidências. Neste sentido, identificar pacientes que tiveram períodos de incapacidade prolongados ou com recuperação retardada ou pacientes recebendo cuidados médicos que não são necessariamente benéficos, nos permite contribuir para melhoria do sistema de saúde como um todo. Considerando sua finalidade primária, de promover a vida, a segurança e a promoção da saúde e do Bem-estar, a Medicina do Trabalho muito tem a agregar com a

avaliação dos fatores promotores de resultados funcionais sugeridos pela ACOEM. Esse recurso traz à Medicina do Trabalho um olhar integrativo da atenção à saúde centrada na pessoa, quando propõe a inclusão da análise dos ganhos de longo prazo em saúde, garantindo a Sustentabilidade do Bem-estar global dos pacientes com a promoção de cuidados eficientes e eficazes por meio da alocação adequada e tempestiva de recursos e investimentos nos elementos determinantes do bem-estar e prosperidade individual.

A saúde não é apenas de grande valor para os indivíduos e a população, mas também para as empresas, e muitas estão começando a olhar além dos custos a serem gerenciados, e consideram os benefícios de uma boa saúde e percepção de Bem-estar e prosperidade como um investimento a ser alavancado. Isso promove um cenário em que uma extensão proativa da “cultura de saúde e segurança” no local de trabalho tornou-se peça crítica na reforma do sistema de saúde. A definição ampla de saúde, com maior ênfase no bem-estar, foi proposta já em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Este exemplo promove, a meu ver, uma provocação muito forte sobre podermos, juntos, definir uma meta nova, mais ambiciosa e mais relevante para a saúde humana – uma meta que galvaniza comunidades, setores e organizações para apoiar no acréscimo de anos às nossas vidas e vida aos nossos anos.

O exemplo de como a reunião dos esforços entre diversos setores da Sociedade e organizações e mesmo entre áreas de uma organização, no enfrentamento da Covid-19, deixa como legado a certeza de nossa capacidade de atuar na sociedade, nas organizações

e entre entidades de forma colaborativa, suportiva e centradas na Pessoa. Quando recursos e motivação se unem, avanços científicos e mudanças de comportamento em larga escala são possíveis em períodos muito curtos de tempo.

O olhar do sistema de saúde vigente é bastante centrado nas decisões clínicas médicas, com intuito de aplicar soluções terapêuticas aos problemas relacionados à perda da saúde identificados. Se por um lado é necessário reconhecer que os serviços médicos constituem apenas cerca de 20% do total de dólares gastos em cuidados de saúde, por outro, os médicos estão no controle de praticamente todos os gastos adicionais na assistência médica: hospitalizações, cirurgias, prescrições e equipamentos médicos duráveis. Desta forma, a mudança no olhar da atenção centrada no paciente, a redução dos custos com cuidados à saúde, requer a destinação e gerenciamento eficiente e eficaz dos recursos investidos para promover essa funcionalidade individual e social de maneira sustentável.

As equipes de saúde ocupacional, lideradas pelo Médico do Trabalho, são, ainda, uma ferramenta de gestão de riscos bastante negligenciada, apesar de sua relevância na cadeia de valor do sistema de saúde pela contribuição de sua atividade de proteção da vida, promoção do Bem-estar e na prevenção do adoecimento. E agora, não menos importante, como elemento de essencial importância, que representa na garantia da adequada navegação dos pacientes pelos recursos do sistema de saúde e na avaliação da efetividade dos serviços em termos de vida, com capacidade plena para os trabalhadores e seus familiares.

A atuação da Saúde Ocupacional mantém-se ou vem sendo mantida à parte dos recursos do sistema de atenção à saúde. Apesar de sua

natureza fundamentalmente preventiva e de monitoramento de riscos, sua contribuição na integração dos serviços de saúde assistenciais, prescritores de serviços de promoção de saúde e de prevenção do adoecimento vem, muito recentemente, sendo reconhecida como área de oportunidade fundamental para implementação da atenção centrada na pessoa. Com atuação primordial centrada na prevenção de adoecimento e integrando áreas funcionais de gestão de pessoas, permitiu às empresas contratantes de serviços de saúde, a tão sonhada integração e escalonamento das ações compartilhadas entre o Sistema de Saúde Assistencial com uma rede de parceiros e a Saúde Ocupacional na construção de uma experiência única para empregados. Entendemos como fundamental a atuação integradora da equipe na construção dessa navegação e avaliação de efetividade dos serviços assistenciais, bem como na transformação da cultura.

A Gestão de Saúde e Bem-estar de Trabalho assume hoje importância fundamental para construção de um ambiente de mútua confiança, valorização, engajamento e inclusão dos trabalhadores como um ser integral na Organização.

Um contexto, por um lado, desafiador e, por outro, inovador para as Organizações, que por meio da área de Gestão da Saúde e do Bem-estar dos trabalhadores necessita incluir, em seu rol de atuação, a crescente conscientização sobre os elementos que contribuam ou componham, no local de Trabalho, para este cenário de riscos e determinantes de saúde e Bem-estar.

Muito ainda há na caminhada para essa transformação monumental, que convida todos os participantes deste sistema de gestão e de desenvolvimento humano, incluindo, mas não limitados à lideran-

ça, gerentes, supervisores e trabalhadores, assim como os diversos participantes do sistema de Saúde público e suplementar em um trabalho verdadeiramente colaborativo, priorizando o que realmente possa contribuir para promover o encontro das necessidades mapeadas, com os recursos adequados, eficientes e eficazes que, sem sombra de dúvidas, muito contribuirão para o futuro sustentável das economias e desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

ALLEN, S. PHD; WIESENTHAL, A.; COX, M. *Hospitals in the future 'without' walls* – What does this mean for health care delivery systems in the future? Deloitte Global Health & Social Services, 2022. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-care-without-walls.pdf>

BEACH, J.; WATT, D. General practitioners and occupational health professionals. *BMJ*, [s. l.], v. 327, n. 7410, p. 302-303, 2003.

BROWN, D.; FLERON, A.; SINGHAL, S.; UNGERMAN, D. *The gathering storm: An opportunity to reorder the healthcare industry*, by McKinsey Health Institute, 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-gathering-storm-an-opportunity-to-reorder-the-healthcare-industry>

BUJIS, P. C.; WEEL, A. N.; NAUTA, N. P. *et al.* Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: Joint training to provide better care for European workers. *Eur J Gen Pract.*, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 125-127, 2009.

BUJIS, P.; VAN WEEL, C. Primary Health care: What the role for Occupational Health? *Editorials British Journal of General Practice*, [s. l.], v. 62, n. 605, p. 623-624, dez. 2012.

CLARK, E.; GORDON, J.; RAO, N.; UNGERMAN, D.; WOL, L. *Overcoming the cost of healthcare transformation through partnerships*, by McKinsey Health Institute, 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/overcoming-the-cost-of-healthcare-transformation-through-partnerships>

CLARK, E.; SINGHAL, S.; WEBER, K. *The future of healthcare: Value creation through next-generation business models*, by McKinsey Health Institute, 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/the-future-of-healthcare-value-creation-through-next-generation-business-models>

CLIFTON, J.; HARTE, J. *Wellbeing at Work: How to Build Resilient and Thriving Teams*. USA: Gallup Press, 2021.

COE, E.; DEWHURST, M.; HARTENSTEIN, L.; HEXTALL, A.; LATKOVIC, T. *Adding years to life and life to years: At least six years of higher-quality life for everyone is within reach*, by McKinsey Health Institute, 2022. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/mckinsey%20health%20institute/our%20insights/adding%20years%20to%20life%20and%20life%20to%20years/mhi-adding%20years%20to%20life%20executive%20summary-2022-3-28.pdf?shouldIndex=false>

CONSUMER Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. – Content last reviewed July 2022.

DESMOUCHEAUX, C.; DEWHURST, M.; MAUREL, D.; PAUTASSO, L. *In sickness and in health: How health is perceived around the world*. McKinsey Health Institute, 2022.

LESO, V.; FONTANA, L.; LAVICOLI, I. The occupational health and safety dimension of Industry 4.0. *Med Lav.*, [s. l.], v. 109, n. 5, p. 327-338, 2018. DOI: 10.23749/mdl.v110i5.7282. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7682172/pdf/MDL-109-327.pdf>

MUELLER, K. L. *et al.* *ACOEM Symposium Recommendations*. Patient-reported Functional Status Recommendations on Including Functional Status Measurement in Standard Patient Care. 2019. Disponível em: [https://acoem.org/acoem/media/PDF-Library/Publications/Recommendations_From_the_2019_Symposium_on-26-\(1\).pdf](https://acoem.org/acoem/media/PDF-Library/Publications/Recommendations_From_the_2019_Symposium_on-26-(1).pdf)

NATIONAL HEALTHCARE QUALITY and Disparities Report. *Content last reviewed January 2022*. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD, 2021. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr21/index.html>

PENDEL, R. Wellness & Wellbeing at Workplace. *Gallup Press*, 2021. Disponível em: <https://www.gallup.com/workplace/340202/wellness-wellbeing-difference.aspx>

REMES, J.; LINZER, K.; SINGHAL, S.; DEWHURST, M.; DASH, P.; EVERS, M.; WILSON, M.; RAMDORAI, A. *Prioritizing health: A prescription for prosperity – McKinsey Global Institute Report*, 2020. Disponível em: <https://www.mckinsey.com.br/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>

SINGHAL, S.; LIBARIKIAN, A. *Leap to the future of healthcare*: Reinvent through business building, by McKinsey Health Institute, 2021. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/leap-to-the-future-of-healthcare-reinvent-through-business-building>

THE OCCUPATIONAL physician. *Occupational medicine committee British Medical Association*, BMA 20170132. 2017. Disponível em: https://www.bma.org.uk/media/1072/bma_the_occupational_physician_oct_2019.pdf

VIGILÂNCIA de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de morbidade nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2022. 2022. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2006_2020_morbidade_referida.pdf

WADDELL, G.; BURTON, A. K. *Is work good for your health and wellbeing?* London: TSO, 2006. Disponível em: <http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>

WHO Global Conference 29 November – 1 December 2011. *Connecting Health and Labour Bringing together occupational health and primary care to improve the health of working people*. Hague – Netherlands, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-PHE-ES-2012.1>

WORLD HEALTH ASSEMBLY. World Health Organization. *WHA resolution 60.26. 'Workers' health: global plan of action'*. Geneva: WHO, 2007. p. 94-100. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Connecting health and labour*. What role for occupational health in primary health care? Geneva, 2011. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma Ata*. 1978. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Connecting health and labour*. What role for occupational health in primary health care? Geneva, 2011. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/index.html

GESTÃO DE **PROGRAMAS** DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM EMPRESAS E SEUS **PRINCIPAIS** **INDICADORES** DE **MENSURAÇÃO** E **MONITORAMENTO**

ALBERTO OGATA

Médico, doutor em Saúde Coletiva (USP) e pesquisador associado ao Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da FGV EAESP.

Durante muitos anos, os programas de promoção da saúde ou de qualidade de vida nas empresas visavam basicamente a contenção de custos, sejam assistenciais (na sinistralidade) ou ocupacionais (no absenteísmo, presenteísmo, acidentes no trabalho). Neste

sentido, tais programas tinham caráter operacional, estando ligados, geralmente, a um setor da área de recursos humanos.

“NO ENTANTO, O ENFOQUE GERALMENTE SE DÁ NO INDIVÍDUO, QUE PRECISA SE ‘AJUSTAR’ OU TER ‘RESILIÊNCIA’, MESMO QUE O AMBIENTE DE TRABALHO SEJA TÓXICO”

Estes programas ofereciam, basicamente, programas focados na saúde física, como alimentação saudável, atividade física, tabagismo e controle do peso. Neste contexto, adotavam-se ações semelhantes, por muitos anos, como descontos em academias (ou academias de ginástica *in company*), modificações no cardápio do refeitório, ginástica laboral e grupos de corrida, palestras, dias comemorativos “coloridos”, feiras de saúde e sessões de massagem e relaxamento.

Mais recentemente, alguns programas incorporaram novos temas como gestão financeira pessoal (com orientação em grupo ou individual) e sono (com avaliações, encaminhamentos e palestras).

A questão da saúde mental tem recebido grande ênfase nos programas, com incorporação de atendimento psicológico (presencial ou virtual), orientação familiar e de casal e interface com a atenção secundária (com psiquiatra ou hospital-dia). No entanto, o enfoque

geralmente se dá no indivíduo, que precisa se “ajustar” ou ter “resiliência”, mesmo que o ambiente de trabalho seja tóxico.

Da parceria com corretoras ou planos de saúde, muitas vezes, tem surgido uma nova “panaceia” que é a oferta de serviços de atenção primária à saúde com médicos de família ou atendimento médico com telemedicina. No entanto, sabemos que a maioria dos trabalhadores não possuem queixas médicas ou sintomas para procurar o ambulatório de atenção primária, mas estão cada vez mais desengajados, desmotivados ou com sinais de burnout.

Além disso, alguns programas incorporaram alguns serviços, como espaços de relaxamento ou descanso, sessões de meditação ou “*mindfulness*”, horário flexível ou “*casual days*” e passaram a se auto-denominar programas de “bem-estar”.

Todos esses programas são iniciados com avaliações que podem fazer parte (ou não) do exame periódico de saúde. As atividades são oferecidas internamente ou através de prestadores externos ou da parceria com o plano de saúde ou a corretora. Em geral, elas são selecionadas de acordo com a disponibilidade, o orçamento e a avaliação é feita de maneira fragmentada, por serviço, em geral, com indicadores de processo, como satisfação do usuário ou o famigerado “NPS”.

Em conclusão, ano após ano, esta prática é repetida, e os mesmos resultados de falta de engajamento, resultados aquém dos desejados ao final do exercício são observados, mas não se observa uma evolução no modelo de gestão dos programas.

No entanto, constata-se que cada vez mais a alta liderança das organizações tem identificado que o bem-estar da força de trabalho é

estratégico para as organizações e não um mero custo a ser gerenciado. Concluíram que somente colaboradores motivados, equilibrados e engajados tornam uma organização viva e produtiva e que tem sido um fenômeno cada vez mais frequente, particularmente nas gerações mais jovens, o *turnover* voluntário, onde profissionais talentosos procuram um lugar para trabalhar no qual encontre valores, propósitos e respeito. Estas lideranças buscam mudanças sistêmicas na cultura organizacional, aprimorar o modelo de gestão e o *job design*, integrando o bem-estar com o desempenho e a retenção de talentos.

Isso tem desafiado os gestores dos programas de promoção de saúde que não podem mais se limitar a ações isoladas, fragmentadas, de resultados limitados e pouco alinhadas com a estratégia da companhia.

Neste capítulo, iniciaremos abordando os determinantes sociais de saúde e os inquéritos populacionais brasileiros. Em seguida, apresentaremos um modelo lógico de programa de promoção da saúde e os indicadores que são utilizados com maior frequência.

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

A saúde não se limita a cuidados médicos ou oferecidos pelo sistema de saúde. Ao contrário, fatores relacionados aos meios que as pessoas utilizam para se deslocar, onde moram, com quem se relacionam, se têm acesso à educação e como trabalham trazem grande influência sobre o estado de saúde. Muitos estudos têm demonstrado fortes associações entre indicadores de saúde e aspectos socioeconômicos, como renda, nível educacional, saneamento básico e tipo de ocupação.

A Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde definiu os determinantes sociais de saúde como “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WHO, 2008).

O setor saúde deve buscar alternativas de colaboração e trabalho integrado para o enfrentamento das condições desfavoráveis em alguns grupos populacionais. Este movimento se inicia pela abertura para identificar os fatores que podem influenciar os desfechos em saúde e inseri-los como fatores associados e que devem ser considerados no planejamento do cuidado.

Certamente que os fatores comportamentais, como atividade física, alimentação, uso de álcool, drogas ou tabaco devem ser considerados nas estratégias de promoção de saúde e abordagem multiprofissional.

Um modelo propõe cinco elementos para um ecossistema na comunidade (ESTERHAY *et al.*, 2017) (**Figura 1**). O primeiro elemento envolve os determinantes sociais, onde aspectos como habitação, cultura, acesso à educação, saneamento básico têm impacto significativo na vida das pessoas. O segundo elemento envolve as comunidades onde as pessoas vivem e se desenvolvem. As condições sociais são, com frequência, os determinantes das desigualdades no acesso aos recursos de saúde e podem estar associados a fenômenos como migração, urbanização e precarização na qualidade de vida. O terceiro elemento envolve as políticas. Se elas forem multissetoriais, envolvendo as questões econômicas, urbanas, de saúde e sociais têm ramificações que afetam a saúde das pessoas, principalmente as mais vulneráveis. O quarto elemento envolve as populações vulneráveis que incluem as minorias, as crianças, os idosos, as pessoas com incapacidades, dentre outros. Devem ser construídas estraté-

gias na comunidade que envolvam estes grupos. O último elemento envolve as coalizões na comunidade. Os esforços colaborativos nas comunidades devem envolver o engajamento multissetorial e multidisciplinar pelas organizações, para propiciar a mudança social e melhorar o nível de saúde da população. Esta colaboração pode ser definida como um “processo em que as partes que enxergam diferentes partes de um problema pode explorar, de maneira construtiva, suas diferenças e buscar soluções que vão além de sua visão limitada do problema” (LASKER; WEISS; MILLER, 2001).



Figura 1 – Elementos do ecossistema na comunidade composto por quatro elementos integrados num tópico central (coalizões na comunidade)

Fonte: adaptado de Esterhay et al. (2017)

Neste contexto, vale a pena citar a proposta de cadeia de valor de Michael Porter, ou seja, buscar (1) a proposição de valor para os participantes (cidadãos, pagadores, prestadores); (2) proposta de

valor para os parceiros (planos de saúde, governos, ONGs) com uma cadeia de valor customizada usando um processo de aprendizado, testagem e mensuração (PORTER, 1985).

ESTUDOS POPULACIONAIS

Estudos de base populacional constituem importante ferramenta para estimar indicadores de condição de saúde, de comportamentos relacionados à saúde, de acesso e uso de serviços de saúde, e de morbidade referida pela população.

Estes inquéritos de saúde são ferramentas essenciais para fornecer informações confiáveis que possibilitam orientar as políticas de saúde para atender às necessidades e expectativas da população, seja nas áreas de assistência, promoção da saúde ou prevenção de doenças (SZWARCOWALD; STOPA; MALTA, 2022).

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) é uma pesquisa de base populacional implantada pelo Ministério da Saúde em 2006. Essa pesquisa visa monitorar continuamente a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Os procedimentos de amostragem adotados pelo Vigitel visam obter amostras probabilísticas de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa (BRASIL, 2021). Esta pesquisa é realizada anualmente e é uma fonte importante de informações sobre condições crônicas, fatores de risco e aspectos comportamentais, inclusive através da análise de curvas históricas desde 2006. O estudo pode ser obtido,

em todas as suas versões, no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. O Vigitel contempla várias condições e fatores de risco, como:

- Tabagismo e fumo passivo
- Excesso de peso e obesidade
- Consumo de frutas, hortaliças, feijão, refrigerantes, alimentos ultraprocessados;
- Atividade física e sedentarismo;
- Percepção de estado de saúde;
- Rastreamento de câncer de colo de útero e mamas;
- Hipertensão arterial, diabetes.

Merece destaque também a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que visa coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados. Tem como objetivo caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população, bem como a atenção à sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência.

A PNS foi realizada pela primeira vez em 2013 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A segunda edição do PNS, realizado em 2019, possi-

bilitou monitorar indicadores de saúde e examinar os avanços no período e os desafios a serem enfrentados, e é o mais abrangente inquérito populacional em saúde realizado no País e conta com duas edições – 2013 e 2019 (PINHEIRO *et al.*, 2021).

A PNS incluiu a coleta da medida da pressão arterial e material biológico (sangue e urina) em uma subamostra de cerca de 9.000 participantes. Os resultados dos exames laboratoriais da PNS possibilitam monitorar as metas dos Planos de Ação de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Um estudo analisou as medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e colesterol elevado através da PNS. Constatou que a sensibilidade é baixa, pois as prevalências podem ser mais elevadas que as medidas autorreferidas. Para caracterizar as tendências socioespaciais das doenças crônicas e outros problemas de saúde, dos estilos de vida da população brasileira e da assistência à saúde, no que se refere ao uso dos serviços de saúde, no período de 2013-2019 foi desenvolvido o Painel de Indicadores no sítio da PNS (www.pns.icict.fiocruz.br). Neste painel são apresentados indicadores de saúde, segundo características demográficas, socioeconômicas e geográficas, sob a forma de tabelas, gráficos e mapas, disponíveis para *download* em diferentes formatos (SZWARCOWALD; STOPA; MALTA, 2021).

A iniciativa "*Global Burden of Disease*" é, atualmente, o esforço (humano e computacional) mais abrangente em estudos populacionais, epidemiológicos e de saúde que utiliza métodos híbridos, mistos e big data aplicados à morbimortalidade das principais doenças, agravos e fatores de risco para a saúde-doença em níveis global, nacional e regional (SALDANHA; BARCELLOS; PEDROSO, 2021). Esta plataforma inclui 286 causas de morte, 369 doenças e lesões e 87 fatores de risco em 204 países e territórios. Com relação ao Brasil, são

apresentados também dados dos Estados e do Distrito Federal e algumas informações podem ser obtidas também em português. A plataforma é liderada pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, dos Estados Unidos, e conta com a colaboração de milhares de pesquisadores em todo o mundo. As informações estão disponíveis no endereço eletrônico www.healthdata.org. Além das informações acima, traz métricas que estão sendo cada vez mais utilizadas por pesquisadores e tomadores de decisão em saúde, como o DALY (*Disability-Adjusted Life Year*) ou anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade. Permite comparar diferentes populações e condições em saúde e representa a soma dos anos de vida perdidos (YLL – *Years of Life Lost*) e anos vividos com incapacidade (YLD – *Years Lived with Disability*). Um DALY é equivalente a um ano de vida saudável perdido. A plataforma está disponível no sítio www.healthdata.org.

Os gestores de programas de promoção de saúde nas organizações precisam acompanhar os estudos epidemiológicos realizados em nosso meio para ter parâmetros confiáveis, estabelecer metas e realizar um planejamento realista.

Os estudos populacionais têm apontado um aumento na prevalência de fatores de risco e condições como hipertensão arterial, obesidade e diabetes. Além disso, a frequência dos fatores de proteção, como atividade física e alimentação saudável não tem melhorado. Estes dados se constituem em alertas para que se busquem ações mais efetivas, atingindo os diferentes públicos, utilizando os recursos humanos, materiais e tecnológicos adequados e realizando uma abordagem intersetorial. Neste contexto, é fundamental que se utilizem modelos lógicos, evitando ações isoladas, fragmentadas e sem a avaliação adequada.

MODELO LÓGICO DE PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

Cada vez mais tem se demonstrado a importância da organização das atividades dos programas em um conjunto coordenado, sistematizado e abrangente de estratégias que englobam as políticas, os benefícios, as atividades e o suporte para a mudança no ambiente de trabalho.

Neste contexto, é fundamental a participação da área de saúde ocupacional e segurança desde o primeiro momento do programa e em todas as etapas da sua execução.

De acordo com o *Centers of Disease Control* (CDC, 2022), a gestão dos programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho deve seguir um modelo lógico que compreende as seguintes etapas (**Figura 2**).

ETAPA 1 – AVALIAÇÃO DE SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO

Esta etapa visa capturar as principais informações de saúde do grupo selecionado para participar do programa. As informações individuais podem ser obtidas através de várias maneiras, como: Exame periódico de saúde; Aplicação de questionários; Realização de reuniões em grupos de trabalhadores; Feiras de saúde; e, Dados de utilização do sistema de saúde (internações, exames, procedimentos).

Além das informações sobre o estado atual de saúde, é importante conhecer os fatores de risco relacionados ao estilo de vida (como nível de atividade física, padrão alimentar, uso abusivo de álcool, sono) e a

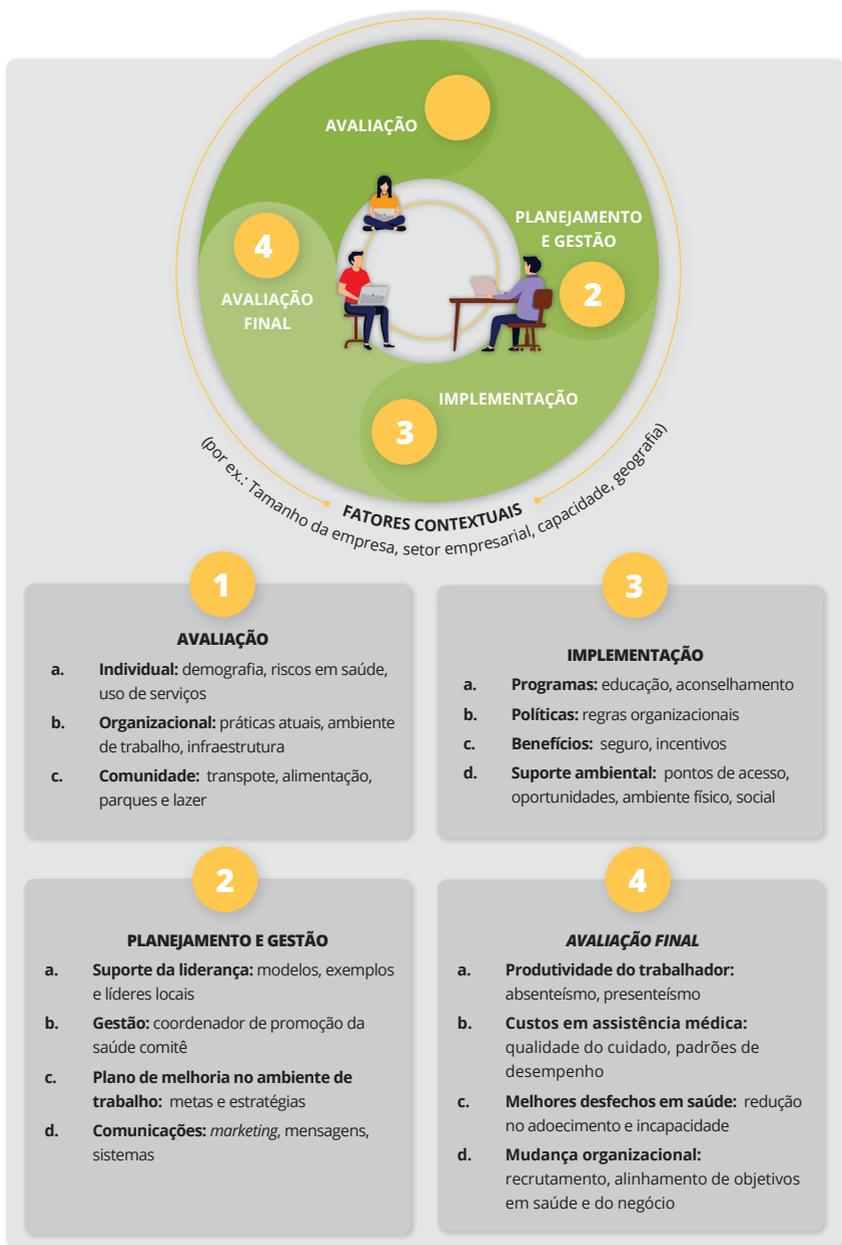


Figura 2 – Modelo de saúde no ambiente de trabalho

Fonte: adaptado de CDC. (2022)

sua percepção sobre o ambiente de trabalho. Especificamente sobre o programa, é uma boa oportunidade para colher os interesses e necessidades dos empregados para a programação.

A avaliação inicial deve incluir as questões organizacionais, através de várias fontes, como relatórios de sustentabilidade, benefícios oferecidos pela empresa, pesquisa de clima organizacional, dados de rotatividade voluntária e taxas de absenteísmo. É importante realizar uma auditoria das atividades e programas já realizados pela organização e buscar obter os resultados conseguidos e as estratégias adotadas.

Finalmente, realizar um levantamento do ambiente físico, tais como o local de trabalho, área de repouso, restaurantes, áreas verdes e acesso. Os relatórios do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) podem trazer contribuições para o planejamento dos programas. Os gestores devem estar atentos à proteção dos dados obtidos, particularmente com o cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

ETAPA 2 – PLANEJANDO O PROGRAMA

Com as informações obtidas, inicia-se o planejamento definindo-se uma estrutura básica de governança do programa e a infraestrutura disponível. Definir os recursos humanos disponíveis, inclusive se haverá (ou não) um profissional dedicado exclusivamente ao programa. Determinar se há algum aspecto que exigirá um treinamento específico.

Considerar o porte da empresa, o número de funcionários, a distribuição geográfica e a sua atividade econômica. O planejamento deve considerar a interface com a liderança da organização para que se conheça a direção estratégica e os objetivos desejados.

A estrutura de governança do programa inclui a definição sobre a formação (ou não) de um comitê, a identificação de um coordenador, a criação de um plano de melhoria (e os recursos necessários), estabelecer a comunicação interna (que deverá ser clara, abrangente, consistente e realizada por várias vias) e um sistema de dados que permita monitorar as informações necessárias e a avaliação dos resultados.

Sempre é importante ressaltar que não é possível abranger todos os tópicos ou temas relevantes. É necessário estabelecer as prioridades, de acordo com as orientações estratégicas da liderança, os resultados desejados e os recursos disponíveis.

O uso da tecnologia da informação é importante para a integração das múltiplas fontes de dados, sempre garantindo a confidencialidade dos dados dos funcionários.

O planejamento sempre deve considerar fatores como a diversidade, buscando garantir o acesso ao programa a todos os funcionários, com especial atenção às minorias, aos de menor renda ou aos que estão expostos aos maiores riscos ambientais.

O plano deve definir os objetivos (bem claros e mensuráveis) e os indicadores a serem monitorados periodicamente. Além disso, um cronograma deve ser construído com datas e responsáveis por cada atividade e o orçamento destinado.

ETAPA 3 – IMPLEMENTANDO O PROGRAMA

Muitas vezes, os gestores dos programas projetam ações ou iniciativas em saúde que as pessoas podem tomar, como perder peso, controlar seus indicadores de saúde, parar de fumar etc. No entanto, é impor-

tante ter em mente que a mudança de comportamento envolve muitas variáveis, inclusive os determinantes sociais de saúde, como os ambientes em que as pessoas moram, vivem, se divertem e se deslocam.

A saúde de uma pessoa é resultado de ações individuais e do contexto ou ambiente no qual essas ações são tomadas. As estratégias e intervenções disponíveis dividem-se em quatro grandes categorias:

- 1. Programas relacionados à saúde** – oportunidades disponíveis para os funcionários no local de trabalho ou através de recursos externos para começar, mudar ou manter comportamentos positivos em saúde.
- 2. Políticas relacionadas com a saúde** – declarações escritas formais / informais que visam proteger ou promover a saúde dos funcionários. Eles afetam grandes grupos de funcionários simultaneamente, como a proibição do fumo nas dependências da empresa.
- 3. Benefícios de Saúde** – parte de um pacote global de benefícios, incluindo cobertura do plano de saúde e outros serviços ou descontos em serviços relacionados à saúde.
- 4. Suportes Ambientais** – refere-se aos fatores físicos no local de trabalho e nas proximidades, que ajudam a proteger e melhorar a saúde dos funcionários, como disponibilização de vestiários, bicicletários, alimentos saudáveis na lanchonete e nos "*Coffee breaks*".

ETAPA 4 – DETERMINAR O IMPACTO ATRAVÉS DE AVALIAÇÕES

Por fim, é importante planejar a avaliação dos programas, políticas, benefícios ou apoios ambientais implementados. A avaliação deve

“IDEALMENTE, OS PLANOS DE AVALIAÇÃO DEVEM SER DESENVOLVIDOS COMO PARTE DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ANTES DE INICIAR AS ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO”

concentrar-se em questões que sejam relevantes, práticas e úteis para aqueles que utilizarão os resultados, e que o processo de avaliação se alimente num ciclo contínuo de melhoria da qualidade para aprimorar e reforçar as atividades existentes;

identificar lacunas potenciais nas ofertas atuais e descrever a eficiência e eficácia dos recursos investidos.

Da mesma forma que os dados de avaliação são críticos para o planejamento e implementação de programas baseados em evidências, a avaliação também prova que as intervenções de saúde no local de trabalho têm sido eficazes e construído um incentivo financeiro para continuá-los. Idealmente, os planos de avaliação devem ser desenvolvidos como parte do processo de planejamento e antes de iniciar as atividades de intervenção.

De acordo com o CDC, “a avaliação eficaz do programa examina sistematicamente a implementação e os resultados das estratégias e intervenções com o objetivo de utilizar os resultados para melhorar essas ações”. Como tal, é importante que a abordagem de avaliação seja útil, viável, ética e precisa.

O nível de investimento e o engajamento da liderança da empresa nos programas dependerá do valor percebido desses programas.

As decisões sobre o valor de um programa de saúde no local de trabalho podem variar de empresa para empresa ou mesmo por interessados e responsáveis dentro de uma única empresa. É por isso que a estrutura inclui o engajamento das partes interessadas como o primeiro passo – identificar precocemente as diferentes preferências e necessidades que as partes interessadas vão trazer para avaliar o valor e o sucesso de um programa.

O valor consiste em três dimensões: mérito (se o programa foi um programa de qualidade), valor (custo-eficácia, os benefícios excederam os custos) e significado (fez algo importante). Um programa pode ter êxito em todas essas dimensões ou apenas algumas. Um programa pode ter mérito, mas ser julgado como tendo um custo-benefício ruim, talvez porque ele está levando a um resultado que não é muito importante para os responsáveis pela implementação deste.

Importante definir quais partes do programa devem ser avaliadas e cujos resultados serão considerados pelos tomadores de decisão.

Os resultados são exibidos no curto, médio ou longo prazo e indicam a eficácia do programa. Os resultados no curto prazo, em geral, estão relacionados a indicadores de estrutura, ou seja, a implementação das ações previstas no planejamento com participação e adesão do público-alvo. Por outro lado, no médio prazo é possível avaliar aspectos relacionados a processos, ou seja, mudanças de comportamento como atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo etc. Finalmente, indicadores de longo prazo estão relacionados a desfechos em saúde com redução do adoecimento, complicações ou lesões, assim como os custos associados a ela. Ressalte-se que os resultados a longo prazo somente podem ser observados após alguns anos de execução do programa.

INDICADORES

VARIÁVEIS OCUPACIONAIS E DE SEGURANÇA NO TRABALHO (PRODUTIVIDADE DO TRABALHADOR)

Há evidências de que os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho, ao prevenir, controlar ou reduzir as condições de saúde podem afetar a produtividade do trabalhador. A avaliação em relação à produtividade pode ser feita com indicadores de:

a. Absenteísmo:

- **Índice de frequência (licenças)** – número de licenças médicas por ano/população;
- **Índice de duração** – número de dias de ausência por ano/população;
- **Índice de gravidade** – número de dias perdidos/população;
- **Índice de frequência (trabalhadores)** – número de trabalhadores com uma ou mais licenças por ano/população;
- **Índice de prevalência momentânea** – número de trabalhadores ausentes em determinado dia/população trabalhadora referente ao mesmo dia (MENDES, 2018).

b. Presenteísmo – utilizar questionários de autoavaliação traduzidos e aculturados para o português, como o WPAL-GH (*Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire – General Health*) com 6

questões, o WLQ (*Work Limitation Questionnaire*) com 25 questões ou o SPS (*Stanford Presenteeism Scale*) com 6 questões;

- c. **Acidentes do trabalho;**
- d. **Custos tributários** (como o Fator Acidentário Previdenciário – FAP);
- e. **Turnover (rotatividade) voluntário** – nº de demissões/nº de funcionários ativos;
- f. **Número de horas extras** para cobrir funcionários ausentes;
- g. **Custos para treinar** funcionários substitutos.

CUSTOS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

Os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho podem ter impacto nos custos assistenciais, particularmente quando conseguem manter os funcionários com poucos fatores de risco e controlar as condições crônicas já diagnosticadas. A avaliação em relação aos custos em assistência médica pode ser feita com indicadores de:

- a. Sinistralidade – índice calculado através da razão entre sinistros realizados (custos de assistência) e o prêmio (receitas da assistência), medida em percentual. (ARAÚJO; SILVA, 2018);
- b. Número de eventos – hospitalização, consulta ambulatorial, consultas no pronto-socorro;

- c. Número de trabalhadores diagnosticados com alguma condição que permanecem controlados (como hemoglobina glicada no caso do diabetes ou pressão arterial no caso da hipertensão);
- d. Número de trabalhadores que realizam os exames preventivos de câncer na periodicidade prevista;
- e. Número de trabalhadores que recebem imunização na periodicidade prevista.

DESFECHOS EM SAÚDE

- Morbidade (tempo de acompanhamento de condições crônicas sem complicações);
- Mortalidade;
- Prevalência de condições em saúde;
- Prevalência de condições sensíveis à atenção primária. Elas podem ser abordadas de maneira coordenada, em linhas de cuidado, com equipes multiprofissionais e, em muitos casos, se evitam as internações e as complicações. No Brasil, elas foram catalogadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria 221/2008 (BRASIL, 2008), e agrupadas em: Doenças preveníveis por imunização; Gastroenterites infecciosas e complicações; Anemia; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas; Deficiências nutricionais; Asma; Doenças pulmonares; Hipertensão; Angina; Insuficiência cardíaca; Doenças cerebrovasculares; Diabetes; Epilepsias; Infecção no rim e trato

urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

MUDANÇA ORGANIZACIONAL

- Clima organizacional;
- *Turnover* voluntário;
- Percepção de qualidade de vida no trabalho.

CONCLUSÕES

Os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho se constituem em elementos importantes para contribuir para que as pessoas tenham melhores níveis de saúde e bem-estar. Para atingir tal objetivo, é importante atentar para algumas premissas como os determinantes sociais de saúde e o perfil da população a ser abordada.

A gestão dos programas deve considerar um modelo lógico como referência, evitando a realização de atividades isoladas, sem conexão com os objetivos do programa. Além disso, é importante selecionar indicadores para acompanhamento e estabelecimento de metas. A integração com diferentes *stakeholders* é fundamental. Estabelecer parcerias com o plano de saúde, a corretora, a empresa de alimentação e com as diferentes áreas da empresa, como recursos humanos, comunicação, finanças, logística, saúde ocupacional e benefícios.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. A. S.; SILVA, J. R. S. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, [s. l.], v. 23, n. 8, ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 221, de 17 de abril de 2008. Brasília. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sau/legis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 9 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [internet]. Atlanta. Workplace Health Model. Disponível em: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html#:~:text=A%20coordinated%20approach%20to%20workplace,safety%20needs%20of%20all%20employees>. Acesso em: 15 jun. 2022.

ESTERHAY, R. J.; NESBITT, L. S.; TAYLOR, J. H.; BOHN JR, H. J. (ed). *Population health: management, policy, and innovation*. 2. ed. Virginia Beach, VA: Conurgent Publ., 2017.

GOETZEL, R. Z.; SHECHTER, D.; OZMINKOWSKI, R. J.; MARMET, P. F.; TABRIZI, M. J.; ROEMER, E. C. Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 111, 2007.

GOETZEL, R. Z.; ANDERSON, D. R.; WHITMER, R. W.; OZMINKOWSKI, R. J.; DUNN, R. L.; WASSERMAN, J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures: an analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], v. 40, n. 10, p. 843-854, 1998.

LASKER, R. D.; WEISS, E. S.; MILLER R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Millbank Q.*, [s. l.], v. 78, n. 2, p. 179-205, 2001. doi: 10.1111/1468-0009.00203.

LINNAN, L.; WEINER, B.; GRAHAM, A.; EMMONS, K. Manager beliefs regarding worksite health promotion: findings from the Working Healthy Project 2. *Am J Health Promot.*, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 521-8, jul./ago. 2007.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (ed.). *Social determinants of health: the solid facts*. 2. ed. Copenhagen: World Health Organization (WHO), 2003.

MENDES, R. *Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador*. Novo Hamburgo: Proteção Publicações Ltda., 2018.

PINHEIRO, P. C.; BARROS, M. B. A.; SZWARCOWALD, ÍSIS C. L.; MALTA, D. C. Diferenças entre medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e hipercolesterolemia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1207-1219, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.44582020>.

PORTER, M. E. *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York, NY: Free Press, 1985.

SALDANHA, R. F.; BARCELLOS, C.; PEDROSO, M. M. Ciência de dados e big data: o que isso significa para estudos populacionais e de saúde. *Cad. Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 29 (esp.), p. 51-58, 2021.

SIMURRO, S. A. B.; OGATA, A. J. N. *Temas avançados em qualidade de vida*. Londrina: Midiograf, 2015. v. 2.

SZWARCWALD, C. L.; STOPA, S. R.; MALTA, D. C. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Cad. Pública*, [s. l.], 38 (Supl. 1), 2022, e00276021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. CSDH final report. Geneva: WHO; 2008.

DEGRADAÇÃO AMBIENTAL, DETERMINANTES SOCIAIS E SEUS IMPACTOS DIRETOS E INDIRETOS NA **SAÚDE DA POPULAÇÃO**

JÚLIO BARBOZA CHIQUETTO

Pesquisador de pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Sustentabilidade da EACH/USP.

PATRICIA MARTINELLI

Geógrafa e doutora pelo Instituto de Geociências e Ciências Exatas da UNESP.

INTRODUÇÃO

O planeta Terra é a nossa moradia no cosmos. Tudo o que já se passou na história do ser humano ocorreu aqui, e embora tecnologias de exploração espacial estejam surgindo cada vez mais, ainda teremos bastante tempo aqui nesta nossa morada. Por isso, é muito importante entender como podemos nos manter em harmonia com o meio ambiente, do contrário a nossa própria sobrevivência estará comprometida.

Podemos dividir a Terra em compartimentos que interagem uns com os outros. Eles são a Atmosfera, a Hidrosfera, a Pedosfera, a Litosfera e a Biosfera. A Atmosfera é a fina camada de ar que envolve nosso planeta. A Hidrosfera, a água, em todos os seus estados físicos. A Pedosfera responde pelas dinâmicas do solo, principalmente a sua estrutura interna. A Litosfera é a superfície da Terra, onde encontramos as formas de relevo e os outros elementos todos interagem. Finalmente, a Biosfera é o compartimento que diz respeito à vida, na terra, na água, no ar e no solo, em todas as suas expressões, desde microscópicos vírus e bactérias até as enormes baleias brancas, bem como o ser humano.

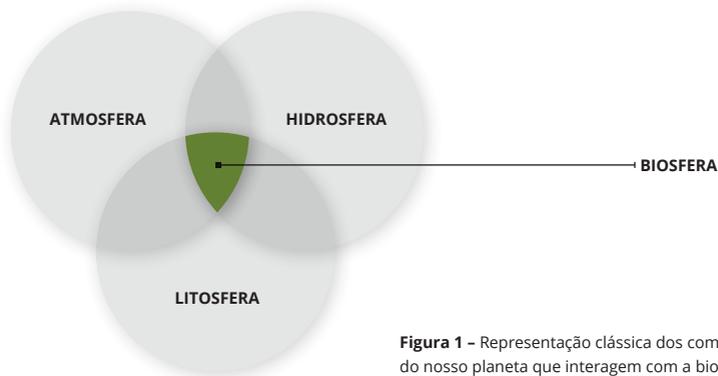


Figura 1 – Representação clássica dos componentes do nosso planeta que interagem com a biosfera

É importante ter em mente uma visão sistêmica, de que, embora possamos analisar e estudar esses compartimentos separadamente, eles estão completamente interconectados; se um destes compartimentos entra em desequilíbrio, isso necessariamente impactará os outros. Assim, o planeta Terra deve ser concebido como um grande sistema, cujo equilíbrio (e, conseqüentemente, a manutenção da vida) depende também do equilíbrio de todas as suas outras partes.

Infelizmente, temos visto uma crescente degradação do meio ambiente como um todo em nosso planeta. Os ambientes naturais e urbanos têm sido progressivamente contaminados, espécies têm entrado em extinção, os ecossistemas, desequilibrados. Entende-se como poluição ambiental a introdução de substâncias nocivas à saúde humana, aos outros animais e ao próprio ambiente, que altera de forma significativa o equilíbrio dos ecossistemas e compromete a capacidade das próximas gerações de suprir as próprias necessidades. A Organização Mundial da Saúde estima que, globalmente, 30% dos danos à saúde estão relacionados aos fatores ambientais decorrentes de inadequação do saneamento básico (água, lixo, esgoto), poluição atmosférica, exposição a substâncias químicas poluentes, desastres naturais, fatores biológicos (vetores, hospedeiros e reservatórios), entre outros

As principais formas de contaminação ambiental são a poluição do ar, das águas e do solo. Os danos à saúde causados por essa contaminação são inúmeros e variam muito de acordo com a substância. Em termos de exposição de saúde ambiental, pode-se falar em exposição aguda ou crônica. A exposição aguda caracteriza-se por um alto grau de exposição (a concentrações muito altas de substâncias poluentes) em um curto período de tempo, como um acidente rodoviário no transporte de substâncias poluentes que espalha um produto químico na mata que circunda a estrada, nas moradias próximas ao acidente

etc. Já a exposição crônica ocorre, paulatinamente, não por conta de um episódio, mas devido às condições insalubres nas quais o ser humano se encontra, tal como ao consumir alimentos com altos níveis de agrotóxicos todos os dias, ou ao respirar um pouco de ar poluído todos os dias – por exemplo, como se fossem fumantes passivos. De fato, estima-se que passar cerca de uma hora exposto à poluição do trânsito em São Paulo seja equivalente a fumar cinco cigarros (TAKANO *et al.*, 2019). Normalmente, os efeitos à saúde da exposição crônica só são sentidos muitas décadas após essas substâncias terem se acumulado no organismo, podendo levar a problemas respiratórios, renais, cânceres, entre outros.

Claramente, os impactos da contaminação ambiental dependem muito também de questões socioeconômicas, uma vez que populações mais carentes tendem a ser mais expostas aos diversos contaminantes ambientais, devido à moradia de baixa qualidade construtiva, e em ambientes mais insalubres, localização em áreas de risco ou contaminadas, por dependerem mais do transporte público, pela falta de acesso ao saneamento básico e à alimentação saudável, terem menos acesso à saúde, menos instrução, menos autonomia etc. (RAUH; LANDRIGAN; CLAUDIO, 2008).

As formas de enfrentamento da poluição ambiental podem ser, em um primeiro momento, classificadas em: prevenção, controle e reparação. Prevenção se trata de evitar que a contaminação aconteça, e é de longe a melhor opção, pensando-se na proteção da saúde da população e do meio ambiente, principalmente tendo em vista que diversos poluentes podem se propagar expressivamente pelos compartimentos ambientais, tais como a poluição do ar que altera o PH da água e gera chuva ácida. Essa chuva ácida irá se precipitar em regiões distantes da qual foi emitida, contaminando seu solo, os lençóis freáticos, os

recursos hídricos etc. Desta forma, para não ser necessário recorrer a ações de controle ou reparação, recomenda-se evitar que os poluentes sejam lançados ao ambiente, sempre que possível. Porém, uma vez emitidos, estes poluentes precisam ser monitorados, é onde entra a etapa do controle. As diversas substâncias tóxicas possuem diferentes limites de emissão e concentração, que não podem ser ultrapassados para proteger a saúde humana e o meio ambiente. Neste ponto é importante fazer a distinção entre emissão, que é o ato de se lançar poluentes no meio ambiente (e onde se pode reduzir esse impacto significativamente, por exemplo, ao se aplicar filtros em chaminés industriais), e a concentração, que é a quantidade destes poluentes no meio em que foram lançados (visto que, uma vez lançados, os poluentes das chaminés dependerão das condições meteorológicas para determinar seu transporte, sua concentração e dispersão – etapa em que os seres humanos têm pouca capacidade de influenciar). Por isso, é importante que se tenha redes de monitoramento da qualidade do ar, das águas e do solo, incluindo satélites, radares, boias e todas as tecnologias disponíveis capazes de se detectar a localização e concentração destas substâncias no ambiente. Finalmente, após a contaminação, entra a etapa de reparação, que engloba ações destinadas a restaurar o equilíbrio químico-biológico do ambiente poluído (por exemplo, com técnicas de dragagem para retirada de poluentes da água). Estas ações são mais comuns para a contaminação das águas e do solo, sendo importantes formas de se evitar o acúmulo nocivo dos poluentes e se garantir a melhor qualidade dos recursos, e permitir que continuem sendo usufruídos pelas próximas gerações.

A seguir, iremos detalhar os impactos na saúde advindos da poluição do ar, das águas e do solo, bem como das mudanças climáticas, seus determinantes sociais e formas de mitigação.

POLUIÇÃO DO AR E SAÚDE NAS CIDADES

A POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA

Atualmente, a poluição do ar representa um dos maiores desafios para o gerenciamento ambiental, de saúde, e qualidade de vida, principalmente nos grandes centros urbanos. No século XX, ocorreram episódios históricos como o *smog* industrial em Londres (1952), associado à morte de mais de 4.000 pessoas. No Brasil, episódios semelhantes de poluição foram observados em Cubatão, na Serra do Mar entre São Paulo e o litoral, principalmente entre as décadas de 1950 e 1990. Estes e outros episódios chamaram a atenção da comunidade mundial para os efeitos indesejados da contaminação do ar, e diversas políticas de redução da poluição foram sendo formuladas, tais como o *Clean Air Act* na década de 1960. A Organização Mundial da Saúde estima que ocorram cerca de 7 milhões de mortes prematuras devido à poluição do ar todos os anos.

A contaminação do ar leva à deterioração generalizada da saúde e da qualidade de vida da população, em especial associada a problemas cardiorrespiratórios. Conhecer as fontes e propriedades dos diferentes poluentes na atmosfera é fundamental para se entender os processos de concentração, transporte, dispersão e impactos da poluição atmosférica (**Tabela 1**).

Muitos poluentes são emitidos a partir de processos de combustão incompleta, que podem ocorrer nos motores de veículos leves e pesados, pela queima de lixo ou biomassa (incluindo queima-

Poluente	Fontes/Origem	Impactos	Tempo de vida na atmosfera
Monóxido de carbono (CO)	Combustão: lixo, veículos (leves), biomassa (queimadas)	Sistema circulatório, efeito estufa	2 semanas a 2 meses
Dióxido de enxofre (SO ₂)	Atividade industrial, uso de carvão	Sistema respiratório, chuva ácida, <i>smog</i> industrial	2-3 dias
Material particulado (MP)	Indústria, veículos, ressuspensão do solo, queimadas, formação secundária, entre outras	Sistema respiratório, circulatório, carcinogênico e cancerígeno	Minutos a semanas*
Óxidos de nitrogênio (NO _x)	Veículos (pesados), indústria, oxidação do NO (para o NO ₂), fertilizantes	Sistema respiratório, <i>smog</i> fotoquímico, chuva ácida, formação do O ₃	Algumas horas a 2 semanas
Compostos orgânicos voláteis (COV _s)	Veículos, oxidação da gasolina/álcool, solventes, produtos de limpeza, entre outros	Sistema respiratório, <i>smog</i> fotoquímico, cancerígenos, formação do O ₃	Alguns minutos a alguns anos**
Ozônio (O ₃)	Luz solar + NO _x e COV _s	Tóxico para os tecidos vivos, principalmente mucosas e sistema respiratório	2 semanas a 3 meses

Tabela 1 – Principais poluentes, suas fontes, impactos e tempo de vida na atmosfera

* A depender do tamanho das partículas: quanto menores, maior o tempo de vida na atmosfera.

** A grande variação ocorre devido à enorme quantidade de espécies diferentes de COVs

Fonte: CETESB (2021), elaboração dos autores

das), e como subprodutos da atividade industrial. Atividades como a construção civil, a mineração e a produção de energia também são importantes fontes de poluentes, além de substâncias como solventes, tintas e borrachas de pneus. Até mesmo compostos naturais, como o sal marinho e a ressuspensão de partículas do solo, podem poluir o ar a depender de sua concentração. Os impactos da poluição do ar são diversos, mas os principais são a deterioração da saúde humana, podendo levar ao desenvolvimento de doenças,

ao agravamento de quadros já existentes e até à morte, em casos mais extremos, além de poluírem o meio ambiente levando a danos nas plantações, chuva ácida, perda de visibilidade e maus odores. A poluição do ar pode ser carregada pelos ventos e se depositar em regiões distantes, contaminando ecossistemas situados longe das fontes de emissão, e poluindo a água e o solo.

Os poluentes do ar podem ser divididos em duas categorias: primários e secundários. Os poluentes primários são emitidos diretamente pelas fontes, tais como o CO. Já os secundários são formados na atmosfera a partir da emissão de poluentes primários que interagem com outros poluentes ou variáveis, tais como a umidade do ar ou a luz solar – como é o caso do ozônio em superfície¹. Os COVs e o MP são categorias abrangentes que indicam grupos de poluentes (no caso dos COVs, gases, e no caso do MP, partículas líquidas ou sólidas), por isso suas características são bastante variáveis (ver Tabela 1). O MP pode ser classificado em grosso (com diâmetro superior a 10 µm), inalável (MP10, com diâmetro entre 2,5 e 10 µm), fino (MP2,5, com diâmetro entre 1,1 e 2,5 µm) e ultrafino (MP1, igual ou menor a 1 µm)

OS POLUENTES DO AR: IMPACTOS NA SAÚDE HUMANA

Há um fluxo de processos que se observa desde a emissão de poluentes até os impactos na saúde, que são intermediados pelas

¹ Não confundir com a camada de ozônio, localizada na estratosfera, a cerca de 30 km de altitude, que nos protege dos raios solares ultravioletas danosos.

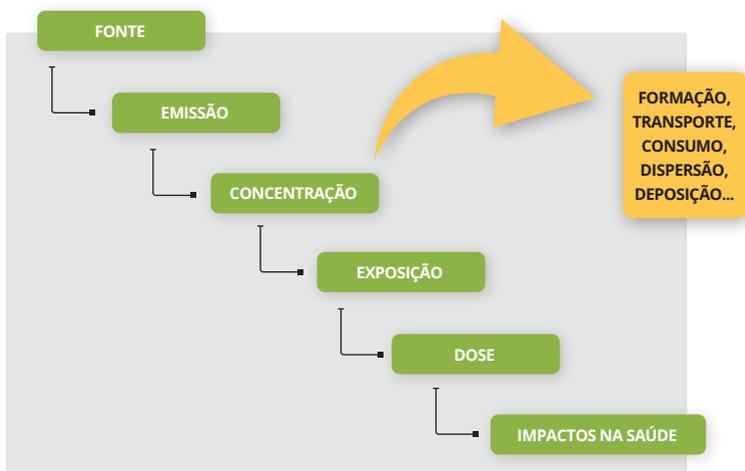


Figura 2 – Diagrama esquemático da poluição do ar, das fontes aos impactos na saúde

Fonte: adaptado de Ott (1982)

condições atmosféricas e individuais (**Figura 1**). Assim, é importante ressaltar que os efeitos prejudiciais à saúde humana, causados pelos poluentes do ar nas cidades, dependem não somente da concentração, mas também de uma série de fatores (vulnerabilidade social, genética etc.); em essência, são multicausais.

As populações tradicionalmente consideradas como vulneráveis para a poluição do ar são idosos e crianças e pessoas com comorbidades respiratórias prévias, tais como asma, bronquite, rinite, alergias etc., pela maior fragilidade do sistema respiratório que estas populações apresentam a agentes tóxicos externos. Recentemente, estudos indicam que a população de baixa renda e gestantes também devem ser incluídas como grupos vulneráveis. As primeiras porque a condição de baixa renda induz a vulnerabilidade socioambiental como um todo –

por residirem em moradias de baixa qualidade construtiva, em áreas mais poluídas (ex.: favelas à beira de rodovias), por terem menos acesso à saúde etc., e as segundas, porque diversos estudos apontam para impactos na saúde e desenvolvimento dos fetos, recém-nascidos e na saúde materna devido à exposição à poluição do ar (OMS, 2014).

A cada $10\mu\text{g.m}^{-3}$ de aumento na concentração de $\text{MP}_{2,5}$, aumenta em 6% a chance de nascimentos prematuros, bem como na diminuição de 10g de peso ao nascer, importantes indicadores de mortalidade infantil (KLOOG *et al.*, 2012). Em geral, as partículas finas representam riscos mais graves à saúde em comparação às mais grossas, devido ao fato de que penetram mais profundamente no sistema respiratório humano, ultrapassando as barreiras naturais do sistema respiratório superior (tais como os pelos do nariz etc.) e podendo se depositar diretamente no pulmão, até os alvéolos pulmonares. Neste contexto, estão associadas a inflamações e até ao desenvolvimento de câncer. Assim, o controle da concentração do material particulado é vital para a promoção da saúde da população.

*“DADAS AS DIVERSAS
FONTES DE POLUIÇÃO
DO AR, UMA ABORDAGEM
SETORIZADA NÃO É
CAPAZ DE ATENUAR OS
IMPACTOS À SAÚDE”*

O ozônio, em função de sua natureza tóxica, gera muitos tipos de problemas diferentes a depender de sua concentração, que variam desde irritação nos olhos e no trato respiratório superior, envelhe-

cimento precoce da pele, até inflamação nos tecidos do pulmão – impactos que também são comuns devido à exposição ao SO₂. Já para o CO, há uma associação entre o aumento de sua concentração em 0,8 ppm e o aumento da mortalidade geral em 2,9%, e por doenças cardiovasculares em 4,1% (CHEN *et al.*, 2012). Isto ocorre porque este gás apresenta afinidade com a hemoglobina do sangue humano, podendo se combinar com ela no lugar do oxigênio, o que, efetivamente, leva à redução das taxas de oxigenação do sangue. Finalmente, o NO₂ está associado à diminuição da função pulmonar em crianças, aumento nos sintomas alérgicos e diversos outros sintomas cardiorrespiratórios.

COMO ATENUAR O PROBLEMA – UMA ABORDAGEM INTERSETORIAL

Dadas as diversas fontes de poluição do ar, uma abordagem setorializada não é capaz de atenuar os impactos à saúde de forma satisfatória. Tecnologias mais limpas são necessárias, tais como as promovidas pelo Programa de Controle da Poluição do Ar por Veículos Automotores (PROCONVE), bastante importante para a definição de limites máximos de emissão para veículos. Por exemplo, na fase 1 para os veículos leves, o fator de emissão de CO era 50 g/km (1986), e, na fase 7, apenas 1,5 g/km (2013). Porém, abordagens mais intersectoriais são necessárias, como a aproximação física entre trabalho e moradia nas grandes metrópoles, que, por meio da redução da demanda por transporte, mitigam a emissão de poluentes e a exposição da população à poluição do ar – ao diminuir o tempo no trânsito (CHIQUETTO *et al.*, 2021). Assim, a promoção de cidades po-

licêntricas, aliadas a investimentos expressivos em transporte público de qualidade e na mobilidade ativa (caminhada, bicicletas etc.), são importantes aliados no enfrentamento da poluição do ar, na medida em que também contribuem para a mitigação da emissão de gases de efeito estufa em escala local.

Nos setores industriais, de construção civil e de mineração, além de novas tecnologias, mais limpas, faz-se necessária a intensa fiscalização por parte do estado, bem como ações de regulação, que garantam a proteção da saúde coletiva. A melhora nos processos logísticos pode trazer benefícios financeiros associados às melhores práticas para o meio ambiente. No Brasil, há um enorme desafio associado à prevenção das queimadas no arco de desmatamento da Amazônia, importante fonte de poluentes que atingem regiões remotas do país, e que vêm se agravando em anos recentes, bem como a implementação de uma rede de monitoramento da qualidade do ar que seja especialmente representativa em nosso País.

Finalmente, há que se considerar o papel das agências ambientais estaduais e federais, tais como o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), enquanto importantes agentes reguladores da poluição do ar. Os Padrões de Qualidade do Ar² são níveis de concentração que, se ultrapassados, podem comprometer a saúde das populações. Infelizmente, os padrões atuais em vigor no território brasileiro estão desatualizados em relação às principais recomendações da OMS. Isso significa que nossas populações estão expostas a concentrações de poluentes danosas à saúde, mas que, devido à nossa desatualiza-

² Os padrões de qualidade do ar em vigor atualmente podem ser encontrados neste link: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51058895/do1-2018-11-21-resolucao-n-491-de-19-de-novembro-de-2018-51058603

da legislação, são consideradas “seguras”. É urgente que se atualize estes valores e se trabalhe de forma integrada, promovendo melhor qualidade de vida e proteção da saúde coletiva.

POLUIÇÃO DAS ÁGUAS

A ÁGUA E O CICLO HIDROLÓGICO

A água é o elemento básico associado à vida. Na história humana, o gerenciamento dos recursos hídricos foi fundamental para o desenvolvimento da agricultura e da manutenção de todas as grandes civilizações, e em muitos casos pode ter ocasionado sua queda, uma vez que não só precisamos da água para o consumo humano, mas para a prática da agricultura, transporte, pesca, comércio, indústria e tantas outras aplicações.

No entanto, até hoje ainda não temos a devida responsabilidade sobre os recursos hídricos. Atualmente, cerca de um bilhão de pessoas ainda não têm acesso à água potável. Mais pessoas morrem devido à contaminação das águas do que por todas as mortes associadas à violência. No Brasil, 80% do esgoto não tem tratamento adequado (IBGE, 2008).

A água flui no planeta Terra por meio do ciclo hidrológico, onde ela passa por todos os estados físicos (sólido, líquido e gasoso), em diversos reservatórios, como os oceanos, lagos, rios, e por meio de processos como a precipitação (chuva) e a infiltração no solo. Assim, a contaminação de um reservatório pode levar ao transporte da poluição por meio do ciclo hidrológico, ampliando os seus impactos.

Por estas razões, a contaminação das águas tem impacto sistêmico, afetando os ecossistemas terrestres e marinhos, prejudicando a agricultura, a pesca e a biodiversidade (CETESB, 2014).

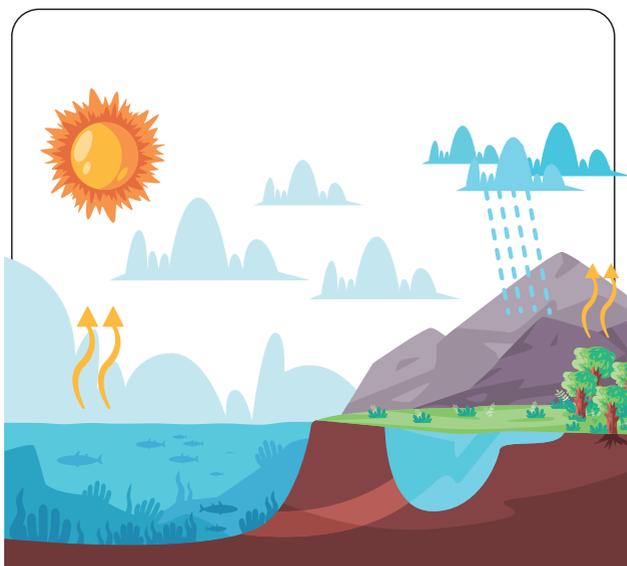


Figura 3 – Representação clássica do ciclo da água no ambiente

A QUALIDADE DA ÁGUA

O monitoramento da qualidade da água é importante para se garantir sua potabilidade e qualidade, bem como mapear os agentes poluidores e as áreas de risco. Os padrões de qualidade da água variam para cada tipo de uso. Assim, os padrões de potabilidade (água destinada ao abastecimento humano) são diferentes dos de balneabilidade (água para fins de recreação de contato primário), os quais, por sua vez, não são iguais aos estabelecidos para a água de irrigação ou destinada ao uso industrial. Neste sentido, indicadores foram de-

envolvidos para assegurar a qualidade da água. A fórmula para o cálculo da qualidade da água é:

$$IQA = \prod_{i=1}^n q_i^{w_i}$$

IQA – índice de qualidade da água (varia entre 0 e 100 – **Tabela 3**)

q_i – qualidade do parâmetro, medido entre 0 e 100, em função de sua concentração ou medida

w_i – peso correspondente ao parâmetro, advindo da **Tabela 2**

Parâmetro	Peso (w)	Impacto
Oxigênio dissolvido	0,17	sobrevivência de organismos aeróbios, indica lançamento de dejetos
Coliformes termotolerantes	0,15	prejudiciais à saúde, vetores de doenças
pH	0,12	acidez, alcalinidade ou neutralidade
Demanda bioquímica de oxigênio	0,1	quantidade de oxigênio necessária à oxidação da matéria orgânica por ação das bactérias aeróbias
Temperatura	0,1	influencia na densidade, no oxigênio dissolvido e na proliferação de algas
Nitrogênio total	0,1	indica lançamento de esgoto doméstico ou industrial, pode ser tóxico
Fósforo total	0,1	Composto advindo da dissolução de compostos e rochas
Turbidez	0,08	indica presença de materiais ou organismos indesejáveis em suspensão
Resíduo total	0,08	matéria que permanece após a secagem, evaporação ou calcinação da água

Tabela 2 – Indicadores de qualidade da água, peso no cálculo de qualidade e sua definição

Fonte: Agência Nacional de Meio Ambiente, ANA, <http://pnqa.ana.gov.br/indicadores-idade-aguas.aspx>

Índice	Avaliação
80-100	Ótima
52-79	Boa
37-51	Razoável
20-36	Ruim
0-19	Péssima

Tabela 3 – Índice de qualidade da água utilizada no estado de São Paulo

Fonte: Agência Nacional de Meio Ambiente, ANA, <http://pnqa.ana.gov.br/indicadores-idade-aguas.aspx>

A relação estreita entre a qualidade dos estoques naturais de água e o abastecimento público, irrigação etc., reforçam relevância ao suporte institucional e técnico de gerenciamento dos recursos hídricos, incluindo uma série de medidas que vão muito além do monitoramento da qualidade das águas.

Sendo a água um componente de um ciclo que perpassa todos os compartimentos ambientais, como explicitado anteriormente, para garantir sua qualidade e gerenciamento é também necessário um esforço sistêmico.

Dito de outro modo, a qualidade da água é garantida quando o ambiente está saudável. Para tanto, a qualidade do ar, a preservação de estoques de vegetação natural e coberturas do solo que garantam uma “filtragem” das águas, bem como a própria qualidade dos mananciais e do que nele dispomos, são essenciais. Não é tarefa simples, mas há um número significativo de instituições e pessoas que trabalham para garantir esses controles de riscos.

ÁGUA, SAÚDE E SOCIEDADE

Há estruturas institucionais ligadas ao controle da poluição que orientam, regulam e fiscalizam as atividades potencialmente poluidoras. Nestas atividades, que são fontes potenciais de poluição, os resíduos e efluentes líquidos ou gasosos gerados, se não seguirem alguns critérios de controle, podem entrar em contato com compartimentos ambientais e acabam atingindo os estoques de água em algum momento. Deste modo, apesar de não ter tanta visibilidade, as ações de controle das atividades potencialmente poluidoras, desde o ato de seu projeto e instalação, até sua operação, são alvo de regulação ambiental.

Assim, é importante para a população em geral entender que estudos de impacto ambiental, processos de licenciamento ambiental, ente outros instrumentos da política ambiental, não são apenas um compilado de estudos e levantamentos. São, primordialmente, uma ferramenta para prevenir e determinar quais riscos uma atividade pode gerar negativamente ao ambiente, entre eles, muito comumente, a água superficial, estoques de água atmosféricos ou subterrâneos, farão parte deste ciclo de poluição.

A saúde da população nem sempre foi contabilizada durante o processo de crescimento da economia. Entretanto, o grau de poluição que atingimos passa a ser sistematicamente visto como uma externalidade negativa irrefutável, ou seja, as atividades econômicas potencialmente poluidoras passaram a ser cobradas pelas externalidades que geram encargos para outras organizações, entre elas sobrecarga de sistemas públicos de saneamento, poluição de mananciais que fazem parte de abastecimento público de água e até mesmo para o setor da saúde, que passa a ser demandado de for-

ma mais sistemática para mitigar problemas de saúde relacionados à poluição das águas.

De modo geral, a preocupação de poluição das águas que possui maior visibilidade pela população, são as doenças de veiculação hídrica ligadas a diferentes organismos, tais como rotavírus, cianobactérias, salmonelas etc. Esses micro-organismos patogênicos causam impactos negativos à saúde humana. Quando há aumento de ocorrências de casos ligados a esses patógenos, os centros de vigilância epidemiológica, juntamente com instituições de meio ambiente são acionados.

Para além destes casos de micro-organismos patógenos, há ainda problemas associados a outros componentes, como as alterações de elevação das concentrações de metais nas águas superficiais e subterrâneas, que geram uma cadeia de impacto para todo o ambiente, e, consecutivamente, gera impacto à saúde humana. Elementos metálicos que ocorrem naturalmente nos ambientes, quando alteradas a suas concentrações pelas atividades antrópicas, podem causar nas pessoas desordens de naturezas muito variáveis, como alterações neurológicas, intoxicações crônicas, fraqueza muscular, perda de apetite, lesões no trato respiratório, sistema respiratório, e reprodutor, alterações teratogênicas (influência sobre fetos humanos) (CETESB, 2014).

Outro grave problema de poluição das águas, ainda com visibilidade muito pequena pela população, são os contaminantes emergentes. Essa forma de contaminação das águas possui alto potencial de impacto sobre a saúde das populações. Utilizamos uma infinidade de produtos no nosso cotidiano que chegam nos ambientes aquáticos. Isso ocorre, pois em geral esse produtos possuem um controle por

grau estipulado de presença máxima nos efluentes, ou nem mesmo são regulados e monitorados pelos órgãos ambientais. Essas substâncias vão se acumulando nos ambientes aquáticos devido ao largo uso em nosso cotidiano (produtos como domissanitários, cosméticos, fármacos, entre outros). Os sistemas de abastecimento de água e de tratamento de efluentes convencionais raramente são concebidos para remover esses elementos e eles retornam indiretamente aos nossos corpos por meio das águas e alimentos que consumimos. Estudos mostram que muitos dos contaminantes emergentes são responsáveis por um conjunto de desordens hormonais (REYNOL, 2010). E como sabemos, os hormônios regulam uma infinidade de funções no corpo humano, entre eles crescimento, equilíbrio interno, vida sexual e reprodutiva, e outros.

Assim como nos outros compartimentos ambientais, a poluição das águas impacta de forma desproporcional as pessoas de baixa renda e mais vulneráveis socioeconomicamente. Por exemplo, no Brasil, apenas 60% da população negra possui acesso a saneamento básico, em comparação a 77% das pessoas brancas (SANTOS, 2013). Isto é um exemplo clássico de injustiça ambiental, caracterizada pela desproporcionalidade entre a geração da poluição (em geral, populações mais ricas tendem a ter um estilo de vida que utiliza mais recursos, mais energia etc., ou seja, mais danosa ao meio ambiente) e os impactos da poluição (que são mais sentidos pela população de baixa renda, que apesar de não participar da geração desses contaminantes com o mesmo peso, sofrem mais seus impactos por não terem acesso à saúde, morarem em áreas mais expostas etc.). Quando consideramos as populações dos povos originários, estas desigualdades se aprofundam, pois são populações com estilos de vida muito mais fortemente ligados ao meio ambiente de maneira direta, tais como ribeirinhos, quilombolas e diversos grupos indíge-

nas. Eles dependem da qualidade ambiental muito mais do que as populações urbanas (ex.: indígenas pescam no rio próximo, enquanto que as populações urbanas têm acesso a alimentos muito mais convenientes e com diferentes opções), portanto a contaminação de um rio impactará estes povos de maneira mais intensa, apesar de utilizarem métodos de menor escala, mais sustentáveis etc. Assim, o acesso justo ao saneamento básico e o monitoramento e garantia de boa qualidade das águas estão intrinsecamente ligados a alguns determinantes socioambientais que devem ser levados em consideração para a solução destes problemas.

O quadro apresentado acima tem sido alvo de pesquisas em diversas frentes, especialmente por instituições públicas, que garantem algum grau de independência em relação aos resultados obtidos. Mas cabe a toda sociedade reconhecer tais riscos e desenvolver estratégias que permitam mitigação destes riscos às populações. Todos eles, em diferentes graus, passam por um conhecimento da estreita relação entre saúde do ambiente e da população e todos eles geram as externalidades negativas, que serão pagos com perda da saúde das pessoas e impactos negativos sobre as organizações que dela dependem.

SAÚDE HUMANA E POLUIÇÃO DO SOLO

Nós humanos, diferentemente das árvores, passeamos livremente carregando nossas raízes internamente. É no sistema digestório que decomparamos e absorvemos, com auxílio de uma infinidade de micro-organismos, tudo o que precisamos para nos nutrir. Essa condição de termos “raízes móveis” de modo algum nos afasta da total de-

pendência que temos em relação ao solo. O solo é o responsável por fornecer todos os nutrientes para os produtores primários, principalmente vegetais e os micro-organismos dos quais dependem. Toda a cadeia de alimentos que acessamos, de algum modo, estão num delicado e complexo sistema que nasce e retorna aos minerais e aos solos.

Apesar de sua indiscutível importância, o solo tem pouca visibilidade enquanto recurso que deve ser utilizado de modo coerente com sua capacidade de restauração nos diferentes ecossistemas. A FAO

(2021), órgão das Nações Unidas voltado para temas de Agricultura e Alimentação, destacou em relatório recente que cerca de 33% do solo em nível global está moderado ou altamente degradado e isso inclui diversos tipos de degradação, incluindo a poluição.

Há uma enorme pressão por aumento de terras para uso agrícola no mundo por diversos fatores, entre eles estão a superexploração das terras já disponíveis, que foram degradadas pelo mau uso a tal ponto que muitas vezes são abandonadas. Há ainda o fator de aumento da urbanização. Apesar de ser um uso de solo com pequena

“O SOLO TEM POUCA VISIBILIDADE ENQUANTO RECURSO QUE DEVE SER UTILIZADO DE MODO COERENTE COM SUA CAPACIDADE DE RESTAURAÇÃO NOS DIFERENTES ECOSSISTEMAS”

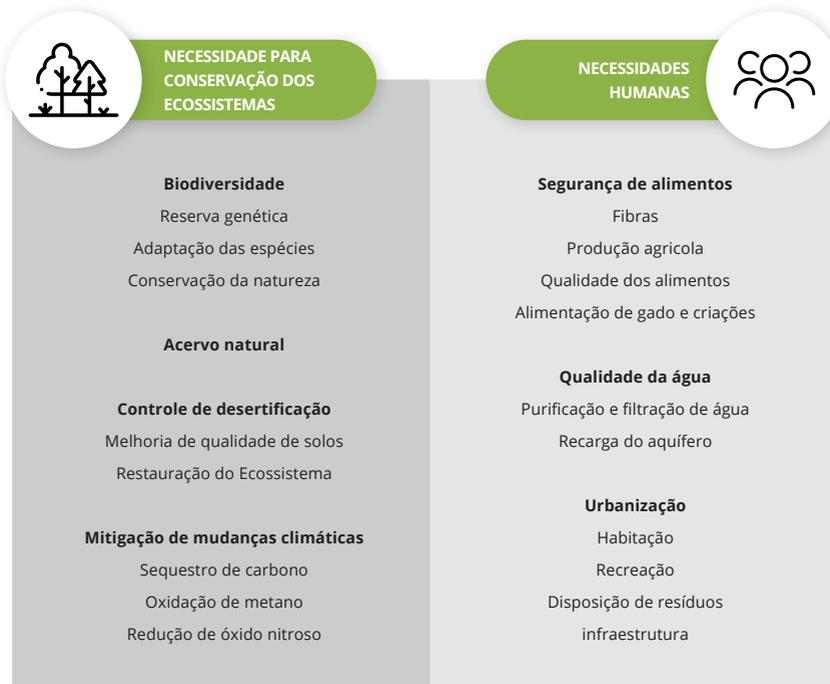
expressão espacial frente a outros tipos de uso, a urbanização impacta diretamente todos os demais ambientes, por demandar toda matéria e energia que precisam para sustentar populações cada vez mais exigentes e demandantes de recursos. Toda a matéria (alimentos, qualidade e quantidade da água, materiais para construção, instalações de comunicação etc.) e energia demandadas para funcionamento dos ambientes urbanos dependem, em algum grau, da saúde dos solos.

É neste contexto que destacamos a relevância de compreender o que é o solo e como se forma, e uso indevido e a poluição implicam diretamente nas piores condições de saúde da população.

NA NATUREZA NADA SE CRIA, NADA SE PERDE, TUDO SE TRANSFORMA...

O solo, enquanto compartimento ambiental, é muitas vezes relegado a condição de um suporte ou substrato inerte, sem vida. Na realidade o solo, de modo geral, tende a ser vivo e muito dinâmico. O solo, assim como ocorre com a nossa pele, intestinos, boca, também possui uma diversidade de micro-organismos benéficos. Ele pode ser habitado por uma diversidade variável de micro-organismos (bactérias e fungos) e mesofauna (besouros, minhocas, entre outros) a depender da história de formação do ambiente onde se encontra. Quando os micro-organismos benéficos do solo estão em equilíbrio dinâmico, proporcionam melhores condições de saúde para todo o ambiente. Segundo a pesquisadora Ana Primavesi, um solo com a biota equilibrada e diversificada tende a ser saudável, a produzir plantas e alimentos saudáveis com maior valor nutricional, contribuindo diretamente com a saúde humana. Numa perspectiva mais ampla, o

Quadro 1 – Funções do Solo – fornece um panorama das múltiplas interações que o solo tem com as diferentes demandas para a manutenção da vida no planeta, tal como conhecemos hoje.



Quadro 1 – Funções do Solo

Fonte: LEPSCH, I. F. Formação e Conservação dos Solos, Oficina de Textos, 2010 (adaptado)

Não é possível pensar em atendimento consistente e sustentável das necessidades humanas no século XXI, sem considerar os limites de regeneração dos sistemas naturais, grande parte deles, fornecidos a partir de solos saudáveis e funcionais.

Ampliando nosso entendimento para a formação dos solos, este relevante compartimento ambiental, podemos dizer que solos são

o resultado de um processo natural que ocorre quando as dinâmicas internas e externas do planeta expõem rochas aos caprichos do tempo e do clima. Ao longo de bilhões de anos o planeta “renova sua pele”... sua pele são rochas e solo e esse processo caminha ativamente com a ciclagem de materiais dos ecossistemas. Além disto, a ação das mais diversas formas de vida são fundamentais na formação dos solos. Há uma contribuição árdua e paciente de colonização dos solos com vidas das mais variadas formas. A erosão de materiais oriundos das rochas, tanto quanto o transporte destes materiais por vento, água, gravidade, são elementos que fazem parte ativa da história da formação dos diferentes tipos de solos. O solo possui ainda em sua composição fases sólida, líquida e gasosa (por exemplo, água e oxigênio no solo são fundamentais para a vida das plantas e dos micro-organismos que lhes dão condições de absorver nutrientes). Nada se perde, nada se cria, no solo, tudo se transforma e dá vida.

O tempo, essa unidade de medida que nós humanos contamos como dias, semanas ou anos no nosso cotidiano, consiste num outro fator fundamental para a formação de solos. No entanto, a escala de tempo para formação dos solos é muito diferente e muito mais extensa do que nossas escalas da vida humana. Para formação de um centímetro de solo, por exemplo, são necessários cerca de 400 anos. Muitos tipos de solos, quando saudáveis, possuem uma capacidade de metabolizar algumas pequenas quantidades e tipos de poluentes e se restaurarem. Contudo, essa capacidade tem sido sistematicamente cerceada pela velocidade e qualidade da degradação causada pelas atividades humanas.

O crescente deste impacto das atividades humanas começa com a sedentarização humana, que ocorreu com a Revolução agrícola

há cerca de 10 mil anos e só foi possível ao aprendermos a manipular o solo como fonte de recursos diretamente explorável. De certo modo, foi a agricultura e sedentarização que nos levou a uma possibilidade de criar aglomerados humanos cada vez maiores. Já mais recentemente na história humana, a Revolução Industrial inaugurou um momento em que a capacidade humana de revolver o solo e dele extrair recursos ganhou uma escala muito maior. Maior também se tornou o abismo para percebermos o tempo de regeneração que o solo demanda para se manter sadio. E foi com essa ampliação de escala da capacidade de interferir no solo que parimos novos riscos à saúde das populações.

SÓ A DOSE É QUE FAZ A DIFERENÇA ENTRE O QUE É REMÉDIO OU VENENO?

Os solos em sua diversidade podem sofrer degradação por diversos processos, incluindo aqueles promovidos pelas ações humanas que causam alterações de suas condições físicas (desagregação, compactação, perda etc.): biológicas (perda ou redução de micro-organismos e mesofauna) ou químicas (contaminação). Não raro, uma alteração pode gerar gatilhos e efeitos sobre os outros tipos de degradação. Aqui exploraremos as alterações do solo relativas à poluição. A tecnologia permite, em alguns casos e escalas, o uso de “solos mortos”. Para lhes dar vida é preciso deslocar uma quantidade imensa de recursos, como nutrientes, água, mobilizando grande quantidade de energia e matéria para que possam ser utilizados. Essas transferências têm um custo ambiental elevadíssimo, incluindo poluição e impacto sobre a saúde humana. Esses altos custos sociais e ambientais, em geral, costumam ser transferidos entre lugares, países e populações, recaindo de forma desigual sobre gru-

pos mais vulneráveis socialmente e do ponto de vista fisiológico – a exposição à poluição tende a ser mais danosa sobre corpos de bebês, crianças e idosos.

Há atividades humanas que possuem reconhecidamente potencial de gerar poluição no solo. Entre eles, os mais comuns são manipulação inadequada de substâncias/elementos químicos em processos industriais; destinação inadequada de resíduos das mais diversas atividades e com diferentes potenciais de impacto sobre a saúde humana; liberação de efluentes (líquidos e gasosos); mineração e agricultura.

Na literatura especializada podem ser observados tratamentos diferenciados para os termos associados à degradação dos solos. Contaminantes e poluentes são tratados de modo diferenciado e às vezes heterogêneo em diferentes áreas. Aqui trataremos os contaminantes como aqueles elementos de origem antrópica que podem ou não ocorrer em quantidades menores do que limites permitidos³. Esses limites são estabelecidos com base em estudos ecotoxicológicos, epidemiológicos, toxicológicos, entre outros. Se tais substâncias/elementos são encontradas em concentrações superiores aos limites estabelecidos, elas necessariamente causarão danos ao ambiente e à saúde, e assim podemos tratá-los como poluentes.

Há uma infinidade de estudos que relacionam a poluição do solo com riscos à saúde humana. No Brasil, um dos mais discutidos tem sido o uso de agrotóxicos no solo para controle de pragas na

³ Há normas e legislações que garantem proteção ao meio ambiente e parâmetros comparativos para orientar a manutenção da qualidade de solo, água e ar. Para o solo, em termos nacionais, temos a Resolução Conama N° 420/09, que dispõe sobre critérios e valores orientadores de qualidade do solo quanto à presença de substâncias químicas e estabelece diretrizes para o gerenciamento ambiental de áreas impactadas por essas substâncias.

agricultura (LOPES; ALBUQUERQUE, 2018). Os limites brasileiros impostos para uso destes químicos são muito mais permissivos que outros países e isso gera uso mais intensivo, provocando poluição de solo que migra para as águas. Cabe ressaltar que não há estudos sistemáticos sobre a exposição quando há interação de mais de um destes químicos no corpo humano, mesmo quando estão abaixo dos limites legais. Neste caso, o “coquetel” seria um veneno e não a dose individual das substâncias, ainda que atendam aos limites legais. Recentemente, um levantamento utilizando dados públicos do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade de Água apontou a presença de 27 agrotóxicos nas águas de abastecimento de 1 a cada 4 cidades brasileiras⁴. Esse fato não deixa dúvidas de que é preciso atentar para a forma como os compartimentos ambientais estão conectados (atmosfera, solo, água e biota), afetando tanto as pessoas do meio rural quanto urbano. Outra atividade de destaque, num país que cresce a partir do extrativismo de suas riquezas, é a mineração. A poluição causada por essa atividade é recorrente no Brasil e deve ser tratada como uma questão que afeta diretamente a saúde coletiva (PORTO, 2016).

Já em relação aos solos urbanos, podemos considerar como pertencentes ao mosaico mais complexo do ponto de vista dos potenciais impactos a que estão sujeitos pelas atividades antrópicas, incluindo poluição. Só mais recentemente o solo urbano tem sido encampado nos estudos de ciências do solo e saúde humana. A revisão sistemática proposta por Li *et al.* (2018) mostra a relação entre os poluentes e a saúde humana nos centros urbanos. Explora a diferenciação en-

⁴ ARANHA, A.; ROCHA, L. “Coquetel” com 27 agrotóxicos foi achado na água de 1 em cada 4 municípios brasileiros. A Publica, 15 de abril de 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/04/coquetel-com-27-agrotoxicos-foi-achado-na-agua-de-1-em-cada-4-municipios-consulte-o-seu/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

tre cinturão verde urbano e a diversidade microbiana do solo e sua relação com a saúde humana, citando, entre diversos exemplos, as relações de maior prevalência de alergias na população onde a microbiota do solo encontra-se mais impactada/degradada.

SALVE O SOLO

A despeito da invisibilidade do solo e suas dinâmicas para manutenção da saúde e ambiente, os estudos que relacionam a poluição do solo aos impactos negativos à saúde humana são múltiplos e irrefutáveis. O próprio referencial para determinar o que é poluição do solo está em constante revisão diante de novas evidências de seus efeitos nocivos à saúde e ambiente. Devemos, portanto, incentivar um avanço na divulgação sobre a relevância e urgência da conservação dos solos, incluindo o controle da poluição, como uma condição fundamental para a saúde das populações rurais e urbanas neste século.

MUDANÇAS CLIMÁTICAS E IMPACTOS NA SAÚDE

AS MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Em 2022, uma onda de calor sem precedentes afetou a província de Sichuan na China, trazendo recordes de temperatura em diversas cidades (acima de 45 °C), paralisações na indústria, no fornecimento de energia e na produção de alimentos, sendo a mais longa da história já registrada na região (no momento com mais de 64 dias de duração). No mesmo verão de 2022, sucessivas ondas de

“ALÉM DE ONDAS DE CALOR, OUTROS EVENTOS METEOROLÓGICOS EXTREMOS SÃO ESPERADOS, TAIS COMO SECAS PROLONGADAS, INCÊNDIOS, EVENTOS EXTREMOS DE CHUVA E ATÉ MESMO ONDAS DE FRIO EXTREMO”

calor assolaram diversos países da Europa ocidental e central, trazendo recordes de temperaturas (algumas que eram previstas apenas para o ano de 2050, tais como valores acima de 40 °C no Reino Unido), causando incêndios e milhares de mortes.

De acordo com as previsões dos principais e mais atuais estudos climáticos disponíveis,

eventos extremos como estes infelizmente se tornarão cada vez mais comuns, como resultado do aumento das temperaturas médias globais que levam às mudanças climáticas, que por sua vez são desencadeadas pela contínua emissão de gases de efeito estufa (GEE) (IPCC, 2021). Segundo o Painel Intergovernamental de Mudança Climática (IPCC), as emissões globais de GEE provêm dos seguintes setores/atividades: eletricidade/aquecimento – 25%, agropecuária e mudança de uso da terra – 24%, indústria – 21%, transportes – 14%, energia – 10% e construções – 6%. Assim, é necessário um esforço global e conjunto para se diminuir ou zerar as emissões de GEE e frear as mudanças climáticas. Em 2022, o planeta já aqueceu em 1,1 °C e prevê-se que o aquecimento possa chegar até 5 °C ao final deste século se nenhuma ação for implementada (IPCC, 2021). A janela para se limitar o aquecimento a 1,5 °C está se fechando

rapidamente, conforme o tempo avança e as emissões de GEE continuam de forma desenfreada.

Além de ondas de calor, outros eventos meteorológicos extremos são esperados, tais como secas prolongadas, incêndios, eventos extremos de chuva e até mesmo ondas de frio extremo. Estima-se que 85% da população mundial (mais de 6 bilhões de pessoas) já sofreu o impacto de eventos extremos causados pelas mudanças climáticas (CALLAGHAN *et al.*, 2021). Temperaturas extremas estão se tornando mais comuns à medida que as mudanças climáticas se aceleram e são responsáveis por 5 milhões de mortes em todo o mundo todos os anos (ZAO *et al.*, 2021).

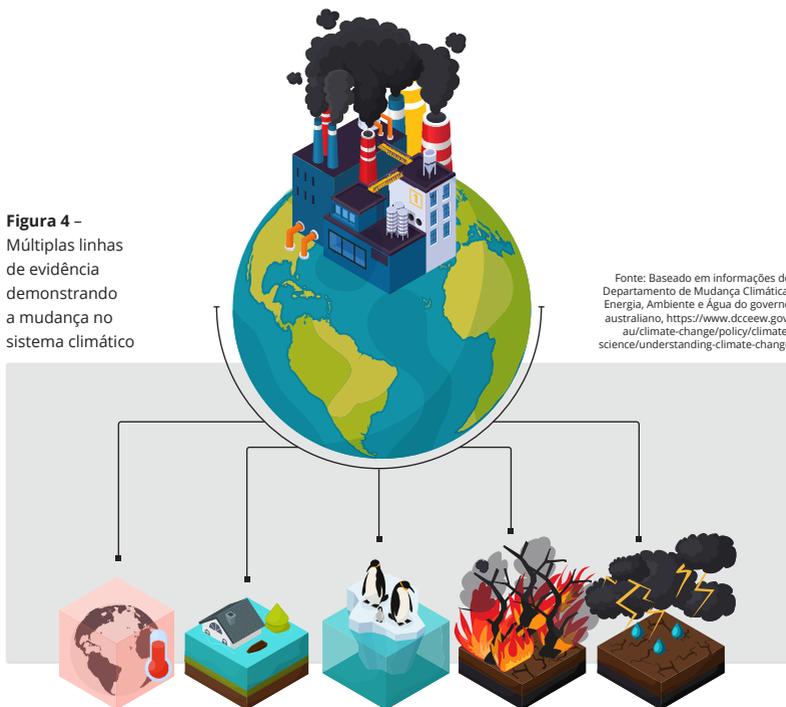
No entanto, os impactos das mudanças climáticas são sistêmicos e vão além de eventos meteorológicos, afetando o gerenciamento de recursos hídricos, a segurança alimentar, as infraestruturas de indústrias, transportes, a propagação de doenças, e ocasionando o derretimento das geleiras, das calotas polares e o aumento do nível e a acidificação dos oceanos. Deve-se entender que a elevação média nas temperaturas perturba o sistema climático, e este possui estreita relação com outros componentes do nosso planeta, tais como a biosfera, os ecossistemas e os oceanos, levando a um desequilíbrio ambiental generalizado. A **Figura 4** mostra alguns dos impactos que já são observados no meio ambiente em nosso planeta.

VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E IMPACTOS DAS MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Os impactos das mudanças climáticas sobre o meio ambiente se refletem na saúde humana, de variadas formas. O aumento nas temperaturas e a ocorrência de ondas de calor afetam o ser humano, tanto

diretamente (por meio da desidratação, estresse térmico etc.) quanto indiretamente (por meio de impactos na produção de alimentos).

Figura 4 -
Múltiplas linhas
de evidência
demonstrando
a mudança no
sistema climático



Fonte: Baseado em informações do Departamento de Mudança Climática, Energia, Ambiente e Água do governo australiano, <https://www.dcceew.gov.au/climate-change/policy/climate-science/understanding-climate-change>

Altas temperaturas e ondas de calor afetam principalmente o sistema circulatório, podendo levar a problemas cardiovasculares, tais como acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e problemas respiratórios (principalmente na população idosa), além de afetar o conforto térmico humano. Condições mais quentes e úmidas favorecem a proliferação de patógenos (bactérias, vírus, vermes, fungos etc.) e de seus vetores (tais como insetos ou moluscos), levando à maior propagação de doenças, em especial as doenças tropicais como a den-

gue, em particular, em regiões litorâneas (NOBRE, 2009). Além disso, concentrações mais altas de dióxido de carbono (CO₂) aumentam a quantidade de pólen e outros agentes alergênicos. Secas constantes poderão diminuir o acesso à água potável, o que pode levar a doenças e problemas associados à falta de saneamento e desidratação.

Eventos extremos de chuva levam a um aumento na ocorrência de deslizamentos de terra e enchentes, bem como também comprometem a produção, estocagem e distribuição de alimentos. Estas condições são particularmente perigosas pois afetam a população mais pobre e vulnerável de forma desproporcional, devido à sua maior vulnerabilidade (por residirem em moradias de baixa qualidade construtiva em áreas mais vulneráveis a deslizamentos de terra, por terem menos acesso à saúde etc.). A soma destes fatores pode também levar à sobrecarga dos sistemas de saúde. A relação entre os impactos e desdobramentos das mudanças climáticas na saúde humana é, portanto, bastante complexa, sendo também moldada pelas condições socioeconômicas de cada grupo populacional, a depender de sua vulnerabilidade socioambiental.

Os principais impactos à saúde e as forças motrizes por trás destes são resumidos na **Figura 5**.

SOLUÇÕES (TAMBÉM) LOCAIS PARA PROBLEMAS GLOBAIS

Muitos esforços estão sendo direcionados para a mitigação da emissão de GEE, pois, afinal, esta é a raiz do problema. No entanto, o CO₂, o principal GEE, tende a permanecer na atmosfera por longos períodos, de 100 anos ou mais. Desta forma, ainda que toda a emissão de GEE seja encerrada, o desequilíbrio na atmosfera do nosso planeta permanecerá por décadas. Isto faz com que seja ne-



Figura 5 – Impactos das Mudanças Climáticas na Saúde Humana

Fonte: CDC - *Center of Disease Control*, EUA, tradução pelo grupo Iberdrola, <https://www.iberdrola.com/sustentabilidade/aquecimento-global-saude>

cessário buscar soluções mais imediatas para os efeitos das mudanças climáticas já em andamento, em especial pelas populações mais pobres e vulneráveis. Assim, a adaptação climática, que é nossa habilidade de planejar para minimizar os impactos e efeitos adversos já existentes, assume papel fundamental nas políticas de enfrentamento das mudanças climáticas.

Embora as ações de mitigação da emissão de GEE exijam cooperação internacional para se atingir uma escala global, ainda é possível minimizar os impactos de eventos extremos na escala local, por meio do planejamento adequado das cidades e pelo fomento de políticas de prevenção. O uso de infraestruturas verdes, como

parques e arborização urbana, diminui a probabilidade e a intensidade de inundações, principalmente em áreas de risco, como encostas íngremes, onde residem as populações mais vulneráveis. Além disso, contribuem para a remoção de GEE da atmosfera. Aumentar a quantidade de verde em nossas cidades é uma solução barata e relativamente fácil de ser implementada, porém necessita de planejamento e governança política intersetorial. Neste âmbito, a articulação entre serviços de monitoramento e a defesa civil também é fundamental para se emitir alertas e permitir ação rápida em momentos de risco. Monitorar os ecossistemas terrestres, urbanos e marinhos se torna fundamental para evitar desequilíbrios ecológicos em larga escala. Políticas habitacionais podem também minimizar esta exposição – neste sentido, qualquer ação que procure diminuir as desigualdades já terá um efeito benéfico ao diminuir a vulnerabilidade da população de baixa renda aos piores efeitos das mudanças climáticas.

Assim, embora uma estratégia combinando soluções de mitigação e adaptação seja ideal para o enfrentamento deste problema a médio e longo prazo, as medidas adaptativas ganham destaque por apresentarem um retorno mais rápido para a sociedade, e, em especial, na proteção de grupos vulneráveis e no combate às desigualdades e à injustiça ambiental. Desta forma, é imperativo que medidas de adaptação climática sejam incorporadas no planejamento urbano e regional (DI GIULIO *et al.*, 2019).

No Brasil, os principais desafios para proteção da saúde da população, em face das mudanças climáticas, estão relacionados aos seguintes pontos: aumento na intensidade de eventos extremos de chuva, em especial no Sul e Sudeste, desestabilização dos ecossistemas costeiros em todo o litoral brasileiro, intensificação da de-

certificação na região Nordeste, aumento da temperatura em todo o território, em especial no arco do desmatamento amazônico, e controle do desmatamento nesta região (IPCC, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, buscou-se detalhar como a poluição e degradação ocorrem em diferentes contextos e ambientes, listar seus principais impactos à saúde humana e o meio ambiente, demonstrar quais são as condicionantes socioeconômicas associadas e elencar algumas possíveis formas de enfrentamento destas questões. Um resumo conceitual pode ser visto na **Figura 6**.

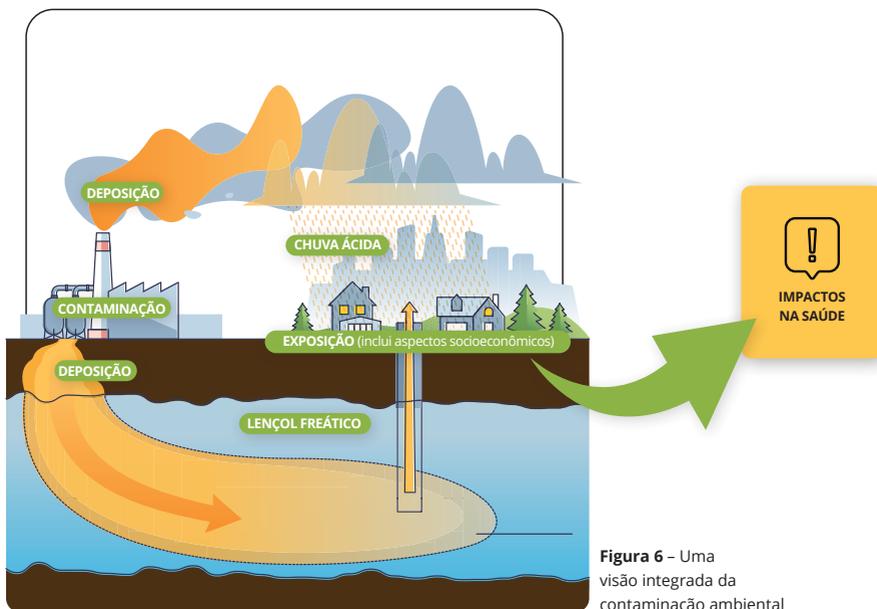


Figura 6 – Uma visão integrada da contaminação ambiental

É imperativo que se busque formas de produção e consumo que estejam alinhadas com os princípios da proteção da vida. É o que preciniza o famoso tripé da sustentabilidade – econômica, social e ambiental. De fato, estes itens também estão interligados. Diversos estudos da área chamada de valoração ambiental buscam quantificar os prejuízos econômicos advindos da contaminação e degradação ambiental. Como exemplo, um estudo identificou que seis eventos extremos causados pelas mudanças climáticas nos EUA tiveram um custo de cerca de 14 bilhões de dólares, entre danos a infraestruturas (de produção, transporte etc.), a moradias e construções, devido a vidas perdidas⁵, acidentes, perdas de estoque, atrasos ou cancelamentos de transações comerciais etc. (KNOWLTON *et al.*, 2011).

É muito razoável supor que o custo da prevenção destes desastres, com uma abordagem combinando a descarbonização, a adaptação das infraestruturas às mudanças climáticas e um bom sistema de monitoramento de desastres integrado à defesa civil, custasse muito menos do que isso e levasse a muito menos perdas humanas e materiais. No entanto, ainda hoje, mesmo após todo este conhecimento ter sido gerado, e diante de tantos eventos de degradação ambiental que vêm ocorrendo, ainda não se colocou em prática estes princípios de forma ampla e estrutural.

Para isso, é necessária a mobilização de todos. Uma vez que os problemas ambientais estão intrinsecamente ligados a diversas atividades produtivas e econômicas, não basta apenas um setor

⁵ O método DALY – *Disability Adjusted Life Years* (Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) é um bom exemplo de ferramenta que permite estimar a relação entre contaminação ambiental, danos à saúde, e prejuízos econômicos. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18276&id=21>

ou país se responsabilizar por tudo. Para buscar soluções eficientes, é necessário que todos se envolvam – as diferentes esferas da gestão pública, os diferentes setores privados, os diferentes setores da população, nos melhores moldes da governança ambiental. Há muitos desafios, tais quais os microplásticos no ambiente, que somente agora estão sendo investigados e cujos efeitos à saúde ainda são desconhecidos⁶. Porém, há, na mesma medida, grandes oportunidades à frente, como o uso de energias renováveis a partir de materiais biológicos, fomentando a economia circular – onde o descarte de um processo se torna o insumo de outro (BARBOZA *et al.*, 2019).

É cada vez mais necessário equilibrar a prosperidade econômica com a preservação ambiental e a justiça social. Como frisado no início do capítulo, este planeta é nossa única casa. E será a única casa para as futuras gerações. Por enquanto, o ser humano atingiu um auge na contaminação e desequilíbrio ambiental global por meio da poluição do ar, das águas, do solo e das mudanças climáticas. Será que gostaríamos de ser reconhecidos no futuro como a geração que assistiu a tudo isso e nada fez, que mais poluiu e devastou o planeta, ou será que não gostaríamos de ser reconhecidos como a geração que rompeu com um sistema desequilibrado, ineficiente, egoísta e que promoveu mais equilíbrio, justiça, qualidade ambiental, abrindo o caminho para as futuras gerações reequilibrarem o nosso planeta?

⁶ Jones, A ameaça dos microplásticos, Revista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), 2019. https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2019/07/025-028_CAPA_PI%C3%A1stico_281-Parte-2.pdf

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE MEIO AMBIENTE, ANA. Indicadores de Qualidade – Índice de Qualidade das Águas (IQA). Disponível em: <http://pnqa.ana.gov.br/indicadores-idade-aguas.aspx>.

ARANHA, A.; ROCHA, L. “Coquetel” com 27 agrotóxicos foi achado na água de 1 em cada 4 municípios brasileiros. *A Publica*, 15 de abril de 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/04/coquetel-com-27-agrototoxicos-foi-achado-na-agua-de-1-em-cada-4-municipios-consulte-o-seu/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

BARBOZA, D. V.; SILVA, F. A. da; MOTTA, W. H.; MEIRIÑO, M. J.; FARIA, A. do V. Application of Circular Economy in Civil. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 8, n. 7, p. e9871102, 2019.

BOMBARDI, L. *Atlas da Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil: conexões com U.E., FFLCH/USP*, São Paulo, 2017.

CALLAGHAN, M.; SCHLEUSSNER, C. F.; NATH, S. *et al.* Machine-learning-based evidence and attribution mapping of 100,000 climate impact studies. *Nature Climate Change*, [s. l.], v. 11, p. 966-972, 2021.

CDC – Centro de Controle do Doenças (Center of Disease Control), governo dos EUA. Disponível em: <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm>.

CHEN, R.; PAN, G.; ZHANG, Y.; XU, Q.; ZENG, G.; XU, X.; CHEN, B.; KAN, H. Ambient carbon monoxide and daily mortality in three Chinese cities: the China Air Pollution and Health Effects Study (CAPES). *Science of the total environment*, [s. l.], v. 409, n. 23, p. 4923-4928, 2011.

CHIQUETTO, J. B.; RIBEIRO, F. N. D.; LEICHSENRING, A. R.; SOARES, J. R.; RIBEIRO, W. C. Poluição do ar e segregação socioambiental: (des) construção de uma metrópole desigual. *In: Novos Olhares para o Ambiente Urbano com Foco na Sustentabilidade*. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2021.

DEPARTAMENTO de Mudança Climática, Energia, Ambiente e Água do governo australiano. Disponível em: <https://www.dcceew.gov.au/climate-change/policy/climate-science/understanding-climate-change>.

DI GIULIO, G. M.; TORRES, R. R.; LAPOLA, D. M.; BEDRAN-MARTINS, A. M.; PENHA VASCONCELLOS, M. da; BRAGA, D. R.; FUCK, M. P.; JUK, Y.; NOGUEIRA, V.; PENNA, A. C.; JACAÚNA, T. Bridging the gap between will and action on climate change adaptation in large cities in Brazil. *Regional environmental change*, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 2491-2502, 2019.

FAO, Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. El estado de los recursos de tierra y aguas del mundo para la alimentación y agricultura: sistema al limite. Roma, 2021.

FIOCRUZ. DEMQS – Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Notícias. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18276&id=21>.

JONES. A ameaça dos microplásticos. *Revista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP), 2019. https://revistaspesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2019/07/025-028_CAPA_PL%C3%A1stico_281-Parte-2.pdf.

IPCC: Painel Intergovernamental da Mudança Climática. Summary for Policymakers. In: *Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [MASSON-DELMOTTE, V. P.; ZHAI, A.; PIRANI, S. L.; CONNORS, C.; PÉAN, S.; BERGER, N.; CAUD, Y.; CHEN, L.; GOLDFARB, M. I.; GOMIS, M.; HUANG, K.; LEITZELL, E.; LONNOY, J. B. R.; MATTHEWS, T. K.; MAYCOCK, T.; WATERFIELD, O.; YELEKÇI, R.; YU, B. ZHOU (ed.)]. 2021. Disponível em <https://www.ipcc.ch/report/sixth-assessment-report-working-group-i/>.

KLOOG, I.; MELLY, S. J.; RIDGWAY, W. L.; COULL, B. A.; SCHWARTZ, J. Using new satellite-based exposure methods to study the association between pregnancy PM 2.5 exposure, premature birth and birth weight in Massachusetts. *Environmental Health*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-8, 2012.

KNOWLTON, K.; ROTKIN-ELLMAN, M.; GEBALLE, L.; MAX, W.; SOLOMON, G. M. Six climate change-related events in the United States accounted for about \$14 billion in lost lives and health costs. *Health Affairs*, [s. l.], v. 30, p. 2167-2176, 2011.

LEPSCHE, I. F. *Formação e conservação de solos*. 2. ed. São Paulo, Oficina de Textos, 2010.

LI, G.; SUN, G. X.; REN, Y.; LUO, X. S.; ZHU, Y. G. Urban soil and human health: a review. *European Journal of Soil Science*, [s. l.], v. 48, n. 4, p. 573-592, 2018.

LOPES, C. V. A.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Agrotóxicos e impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde e Ambiente*, [s. l.], v. 42, n. 117, 2018.

NOBRE, Carlos A. *Vulnerabilidades das megacidades brasileiras às mudanças climáticas: Região Metropolitana de São Paulo: relatório final*. NOBRE, Carlos A. (coord.). São José dos Campos, SP: INPE, 2011. 192 p. ISBN 978-85-17-00067-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *7 Million Premature Deaths Annually Linked to Air Pollution*, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/en/>.

OTT, W. R. Concepts of human exposure to air pollution. *Environment International*, Chicago, v. 7, n. 3, p. 179-196, 1982.

PORTO, M. F. S. A tragédia da mineração e o desenvolvimento do Brasil: desafios para a saúde coletiva. Perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, [s. l.], v. 32, n. 2, 2016.

RAUH, V. A.; LANDRIGAN, P. J.; CLAUDIO, L. Housing and Health, Intersection of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Sciences*, [s. l.], n. 1136, p. 276-288, 2008.

REYNOL, F. *Contaminantes emergentes na água*, Agência FAPESP, 2010. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/contaminantes-emergentes-na-agua/12846/>. Acesso em: 04 set. 2022.

SANTOS, S. B. dos S. Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1342>.

SÃO PAULO. Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB) Apêndice D – Significado ambiental e Sanitário das Variáveis de Qualidade das águas, 2014. Disponível em: <https://cetesb.sp.gov.br/aguas-interiores/wp-content/uploads/sites/12/2013/11/Ap%C3%AAndice-D-Significado-Ambiental-e-Sanit%C3%A1rio-das-Vari%C3%A1veis-de-Qualidade-29-04-2014.pdf>

SÃO PAULO. Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB). Relatório Anual da Qualidade do Ar do Estado de São Paulo, 2020. Divisão de Análise de Dados. São Paulo, 2021.

TAKANO, A. P. C.; JUSTO, L. T.; SANTOS, N. V. dos; MARQUEZINI, M. V.; ANDRÉ, P. A. de; ROCHA, F. M. M. da; PASQUALUCCI, C. A.; BARROZO, L. V.; SINGER, J. M.; ANDRÉ, C. D. S. de; SALDIVA, P. H. N. Pleural anthracosis as an indicator of lifetime exposure to urban air pollution: An autopsy-based study in São Paulo. *Environmental research*, [s. l.], n. 173, p. 23-32, 2019.

ZHAO, Q.; GUO, Y.; YE, T.; GASPARRINI, A.; TONG, S.; OVERCENCO, A.; URBAN, A.; SCHNEIDER, A.; ENTEZARI, A.; VICEDO-CABRERA, A. M.; ZANOBETTI, A. Global, regional, and national burden of mortality associated with non-optimal ambient temperatures from 2000 to 2019: a three-stage modelling study. *The Lancet Planetary Health*, [s. l.], v. 5, n. 7, p. e415-e425, 2021.

LIDERANÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE CORPORATIVA

RICARDO DE MARCHI

Assistente Estrangeiro – Univ. Paris IV, Foreign Fellow Hospital for Sick Children (UK), ex-professor das Faculdades de Medicina (Jundiaí e Unicamp). Pós-Graduação em Med. Ocupacional (Unicamp), Fisiologia do Exercício (Unifesp), Medicina Desportiva (USP).

*“A RELAÇÃO ENTRE
SAÚDE, BEM-ESTAR E A
GERAÇÃO DE RESULTADOS
ORGANIZACIONAIS ESTÁ
MAIS PRESENTE NA
AGENDA DE PRIORIDADES
COMO JAMAIS ESTEVE”*

Apesar das incertezas e das grandes transformações na área da saúde corporativa em consequência, sobretudo, da recente pandemia mundial da Covid-19, a relação entre saúde, bem-estar e a geração de resultados organizacionais está

mais presente na agenda de prioridades como jamais esteve. Esse fato torna a atenção à saúde mais valorizada e, de forma categórica, permite gerar mais evidências e argumentos para fortalecer claramente a agenda da saúde nas organizações.

Esse cenário não deixa lugar para dúvidas e reforça a convicção de que a saúde, a capacidade funcional e a produtividade andam de mãos dadas. Apesar dessa correlação, a consonância entre as demandas do empregador e dos colaboradores ainda é insuficiente em vários aspectos, principalmente a respeito do papel da liderança na área da saúde.

O propósito desse capítulo, no âmbito organizacional e em sua rede de influência para profissionais de RH e da área de saúde, é de esclarecer e mostrar caminhos que poderão desenvolver e implantar projetos com investimentos que gerem mais valor, sem desperdícios ou custos desnecessários, estimulando a liderança a atingir um novo patamar, através da inovação, compromisso e integridade, mudando não somente o comportamento pessoal, mas influenciando

do o comportamento de toda a força de trabalho, sendo um modelo de conduta e de atitudes que eduquem e possibilitem melhor saúde e qualidade de vida de seu time.

CENÁRIO

Diversos países, com diferentes modelos de assistência médica, têm priorizado o foco na saúde como um mecanismo de bem-estar, qualidade de vida e, sob o prisma econômico, tornam-se mais eficientes e produtivos. Os resultados econômicos e humanos são óbvios. A princípio, países desenvolvidos como Finlândia, Noruega, Suécia, Dinamarca, EUA, Israel, Singapura, Alemanha, Canadá e Reino Unido saíram na frente.

Mas um bom número de nações em desenvolvimento começa a dirigir parte de seus investimentos para a promoção da saúde com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar de suas populações e, também, visando benefícios econômicos.

No Brasil, os clientes corporativos da saúde complementar – também chamados de “contratantes” ou “estipulantes” – têm se interessado de forma crescente pela promoção da saúde, principalmente nesses últimos anos, pois a preocupação com os custos da assistência médica continua latente e isso os leva a questionar seus provedores desses serviços sobre o que pode ser feito para atenuar, controlar e melhorar a situação. A Covid-19 contribuiu para estimular a vontade política, incentivar os *players* da cadeia de valor da saúde e, sobremaneira, despertar a atenção e tornar as lideranças das empresas mais favoráveis ao modelo de atenção à saúde.

O engajamento dos profissionais e a obtenção dos resultados acontecerão se o processo for encarado como tarefa de linha gerencial com suporte direto da gerência sênior e com diretrizes dadas pelo CEO ou seu dirigente máximo.

Nesse momento de grandes transformações na saúde, líderes procuram entender mais claramente como a promoção da saúde e o bem-estar dos colaboradores podem impactar nos resultados e sucesso das organizações. Isso traz para a agenda uma série de questões ligadas ao futuro da empresa.

Interpretar o impacto econômico da saúde é complexo e historicamente as empresas não têm a habilidade para entender o retrato completo da saúde de sua força de trabalho por variadas razões: integração dos gestores, barreiras de comunicação funcionais, quase nenhuma colaboração com parceiros externos, fraca qualidade na coleta de dados, entre outras causas.

Uma força de trabalho com saúde precária nem merece ter a conotação de “força”, visto que sua capacidade de trabalho e produtividade certamente não estão em bom nível. Isso repercute, em longo prazo, na competitividade da empresa. Portanto, líderes atentos a esse cenário têm todo interesse em investir na gestão do desempenho e produtividade. A partir dessa premissa, a saúde deve ser vista como um direcionador de desempenho e não um catalisador de custos – tal compreensão redefine a promoção e o bem-estar como elementos para o aprimoramento do capital humano.

Se, de forma consistente e considerável, estudos e pesquisas têm validado a correlação entre promoção de saúde e economia de recursos financeiros, além da melhoria da força de trabalho, por que

ainda há resistência de administradores em investir? O convencimento depende de uma forte racionalidade econômica, minuciosamente orquestrada com estatísticas que suportem a decisão.

ALGUNS FATORES IMPORTANTES:

- Empresas têm gastos consideráveis com a má saúde;
- Custos de assistência médica não param de crescer;
- Empresas arcam com altos custos indiretos da saúde;
- Estilo de vida tem relação direta com custos da saúde;
- Promoção de saúde diminui riscos e desacelera custos;
- Promover saúde custa menos do que os benefícios que gera.

O recorrente confronto entre a promoção da saúde e o retorno do investimento, apesar das fortes evidências, se deve, principalmente, à falta de estratégias e pouca consistência nas ações deflagradas. Por outro lado, não fazer nada eleva riscos e custos, não uma, mas muitas vezes. Estudos mostram custos muitas vezes maiores quando deixam a proatividade de lado.

O PAPEL DO LÍDER

Liderança é um instrumento de transformação da cultura e, para isso se colocar na prática, depende do exemplo, da replicação entre os envolvidos, que se amplifica com a consciência da própria empresa como um todo. Essa prática faz com que líderes expan-

dam suas áreas de influência e, no caso da agenda da saúde e do bem-estar, os desafia a tornar esse tema estratégico, dentro do processo de transformação.

O exemplo dado por quem lidera tem uma expressão mais significativa e estimulante nesse cenário, haja vista que a preocupação com a saúde nunca foi uma incumbência específica do líder máximo – seu foco sempre esteve no resultado financeiro. Agora, mais do que a citação, sua conduta também se expande à prática, deixando de outorgar essa responsabilidade ao departamento de Recursos Humanos.

O líder é um ser sempre em movimento. Hoje, ao enxergar o peso da componente saúde dentro da produtividade, começa a entender que se trata de uma atividade planejada e de um investimento compartilhado entre empresa, funcionário e familiares. Afasta-se, assim, do conceito de benefício (atividade paternalística). Essa compreensão ainda é muito incipiente a grande parte da liderança das organizações no Brasil, mas começa a ganhar força.

Líderes têm se esforçado para encontrar soluções para a desaceleração do crescimento dos custos médicos que envolvem muito mais do que negociações com provedores, coparticipação, cobertura de cuidados médicos, além de custos indiretos – que são de duas a três vezes maiores do que os diretos, principalmente quando se considera a perda da produtividade.

O conceito moderno de liderança deve ser mais pelo exemplo a ser seguido e não se limitar a aspectos financeiros ou espaços físicos. Promoção da saúde, bem-estar e satisfação no trabalho se move para o coração dos valores da companhia, o que visivelmente contribui de forma positiva para otimizar a segurança econômica do negócio.

A crise de custos de saúde não é um problema a ser resolvido pelos departamentos de RH ou gerentes de nível médio. Deve ser uma questão de alto nível para todas as empresas.

O papel da liderança é e será cada vez mais expressivo e valioso, pois é ela que tem a responsabilidade primária por transformações e presta conta pelo desempenho da organização. Para que o projeto possa ser bem-sucedido, é básico ser encarado como uma tarefa de linha de gerenciamento com suporte direto envolvendo a gerência sênior e com diretrizes dadas pelo CEO ou seu dirigente máximo.

PROJETO *LEADING BY EXAMPLE*

Uma importante estratégia para controlar os custos de saúde e reverter a perda da produtividade é o comprometimento da liderança. Um projeto bastante interessante, adotado no passado, chamado *Leading by Example*, foi desenvolvido pela *Partnership for Prevention*, agência localizada em Washington DC, sem fins lucrativos, apartidária, financiada pelo governo e contando com apoio da *American Chamber of Commerce*. O objetivo na ocasião foi de melhorar a saúde das empresas americanas, fortalecendo a prevenção de doenças, promovendo a saúde, disseminando e advogando em prol de políticas, práticas e programas corporativos orientados para a saúde e bem-estar.

Pode ser uma inspiração para nossas lideranças locais. O projeto convocou setores específicos para abordar as preocupações prioritárias em saúde, traduzir as evidências científicas e pesquisas em políticas e práticas, além de influenciar o local de trabalho para a

melhoria da saúde. Reconheceu, entre outros pontos, que frequentemente o CEO não tem consciência da extrema importância da saúde para o negócio e nem percebe que os custos médicos podem ser reduzidos por iniciativas de promoção da saúde.

O projeto *Leading by Example* nasceu para alertar que a saúde do empregado deve ser vista como um investimento a ser maximizado, ao invés de um custo a ser minimizado. Destacava que custos diretos e indiretos da saúde têm capacidade de convencimento a CEOs de que “bom negócio que é investir em saúde e no bem-estar no ambiente de trabalho”, além de enfatizar a prevenção ao invés de tratamento. Esse foi outro gatilho importante a influenciar CEOs.

Basicamente, as iniciativas estimulavam líderes a darem exemplos à sua força de trabalho, enxergando nessa ação um meio estratégico de performance e desaceleração de custos. O programa destacava a importância do exemplo e do “*continuum* saúde”: capacidade funcional; desempenho, e produtividade.

A iniciativa de CEO para CEO visava influenciar o sistema de saúde corporativo, enfatizando a prevenção e não somente o tratamento. O ponto central é de que o CEO diferenciado e consciente do valor da saúde para sua corporação pode, através de sua influência e apoio, inovar a cultura organizacional.

Criou-se publicações voltadas para uma abordagem CEO-para-CEO, destacando ações a partir de depoimentos pessoais, e resumo de programas, ressaltando a razão do investimento em projetos desse porte. Uma série de *workshops* voltada a dirigentes de RH e gerentes de benefícios integra o processo. Gerentes, indicados pelas empresas escolhidas, dão prosseguimento ao processo, usando estraté-

gias e ferramentas existentes em seu ambiente de trabalho. Através do *Leading by Example*, CEOs incorporaram novas abordagens na saúde e produtividade, compartilhando sua experiência.

Outro componente, chamado de "*Leading by Example CEO Roundtable*", esteve centrado em reuniões fechadas, somente para CEOs de companhias que possuem boas práticas na área de saúde, e seus colegas de alto comando de outras organizações que desejam mover seus programas de saúde para níveis de efetividade mais elevados. Cada

“A RELAÇÃO ENTRE
SAÚDE, BEM-ESTAR E A
GERAÇÃO DE RESULTADOS
ORGANIZACIONAIS ESTÁ
MAIS PRESENTE NA
AGENDA DE PRIORIDADES
COMO JAMAIS ESTEVE”

mesa-redonda foi desenhada para a maior integração possível, sempre com a discussão focada em saúde e performance humana, como parte da abordagem corporativa sobre gestão do capital humano. Essa troca de experiências viabilizou que muitas organizações passaram a incorporar efetivas e

estimulantes abordagens à saúde e à produtividade da força de trabalho. Exemplos reais e estratégias de empresas de diferentes tamanhos e setores, que demonstram sistemas e práticas para investir na saúde dos colaboradores, passaram a inspirar outras organizações.

Nesse plano de disseminação e contágio, mais componente aplicado envolveu uma série *workshops* e/ou *webinars* regionais orientados a dirigentes de RH, gerentes de benefícios indicados pelos CEOs

e que dão prosseguimento à estratégica, usando e compartilhando as ferramentas existentes em seu ambiente de trabalho.

“AS EMPRESAS E CEOS PARTICIPANTES TORNARAM UMA FORÇA DE TRABALHO SAUDÁVEL E INTEGRADA ÀS POLÍTICAS DE NEGÓCIOS, APROFUNDANDO ESTRATÉGIAS DE CONTENÇÃO DE CUSTOS E DE AUMENTO DA PRODUTIVIDADE.”

Por meio desse projeto *Leading By Example*, as empresas e CEOs participantes tornaram uma força de trabalho saudável e integrada às políticas de negócios, aprofundando estratégias de contenção de custos e de aumento da produtividade.

Tornar uma força de trabalho saudável e produtiva foi a estratégia utilizada. Dito de outra maneira: coube

aos CEOs liderar pessoalmente os esforços de suas organizações para proteger e maximizar o retorno do investimento em capital humano. Por meio da *Leading by Example CEO Roundtable*, os líderes incentivaram seus equivalentes a maximizarem a produtividade e a minimizarem os custos de assistência médica, investindo na saúde da força de trabalho.

COMPROMISSO LEADING BY EXAMPLE

Os participantes se comprometeram com as estratégias de gestão da saúde de seus funcionários, assinando um termo de compromisso, com suporte do conselho e da área de comunicação.

O modelo de documento assinado pelo líder máximo da organização foi simples, claro e direto:

<Nome da Organização> acredita que uma força de trabalho saudável e produtiva é parte essencial de nossa estratégia de negócios, e eu, pessoalmente, estou comprometido com esse conceito, liderando esforços para integrar a saúde do empregado em nossa cultura por meio das seguintes afirmações:

1. Assegurar que os gestores estejam comprometidos com a importância da promoção da saúde, vendo-a como investimento no capital humano.
2. Alinhar nossas estratégias de saúde e produtividade com os objetivos do negócio.
3. Proporcionar educação em todos os níveis administrativos, da importância da relação entre saúde do empregado, produtividade, competitividade e resultado econômico.

Além disso, cada uma das empresas participantes concluiu a Avaliação da Iniciativa de Gerenciamento de Saúde para acompanhar o progresso de sua iniciativa de gerenciamento de saúde de funcionários. A *Partnership for Prevention* adotou esse documento que contribuiu para descrever as iniciativas dos participantes:

AS RESPOSTAS se basearam em diversas alternativas e quais delas se aplicam mais àquela organização.

1. Concordo veemente
2. Concordo
3. Indeciso
4. Discordo
5. Discordo veemente

CITAÇÕES

- Nossa liderança é comprometida com a promoção da saúde dos empregados e a enxerga como um importante investimento no capital humano.
- Nossas estratégias em saúde e produtividade estão alinhadas com nosso objetivo de negócio. Assegura a gestão e a contínua atualização de ações específicas para ajudar os empregados a maximizarem sua própria saúde.

- Todos os níveis gerenciais recebem educação sobre a relação entre saúde e produtividade e seu valor econômico.
- Nossos empregados são educados sobre os reais custos e os valores da saúde pessoal e seu impacto no negócio.
- Identificamos os maiores riscos de saúde e as condições físicas e mentais entre nossos empregados.
- Tentamos sempre avaliar a ligação entre custos médicos-chaves e custos indiretos, tais com absenteísmo, presenteísmo e incapacidade.
- Nossa companhia apoia a prevenção, a redução de riscos e a efetiva melhora para o retorno ao trabalho para os que estão doentes.
- Nossa companhia incentiva a responsabilidade pessoal dos empregados e os motiva a permanecerem saudáveis, reduzir comportamentos de risco, melhorar as condições clínicas e aderir ao regime de acompanhamento da saúde.
- Fornecemos seleção de alimentos saudáveis.
- Fornecemos um ambiente de trabalho seguro e higienizado.
- A área de RH apoia claramente os programas de gestão da saúde e bem-estar.
- Oferecemos uma avaliação de risco e estilo de vida a cada 2 anos a todos os empregados com acompanhamento adequado.
- Fornecemos uma variedade de iniciativas que apoiem a prevenção e gestão pessoal de saúde.
- Disponibilizamos educação periódica sobre a efetividade da responsabilidade pessoal, sobre o uso adequado do sistema médico e sobre o papel ativo na gestão da própria saúde.
- Fornecemos programas de redução de riscos (peso corporal, tabagismo etc.)
- Disponibilizamos educação específica para aqueles com problemas crônicos de saúde.
- Medimos a efetividade dos programas relacionando melhorias da saúde e objetivos da produtividade.
- 70% a 80% de nossa força de trabalho participou, em no mínimo, 2 programas de promoção de saúde oferecidos pela companhia nos últimos 2 anos, incluindo a avaliação de estilo de vida e redução de riscos.
- Existem informações que faltam nessa abordagem?
 Sim () Não () Quais:

MATURIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

As respostas sobre a iniciativa de gerenciamento de saúde também contribuem para avaliar o grau de maturidade em relação à atenção à saúde. Sem dúvida, esse é um ponto-chave no processo e favorece a melhoria das práticas e da infraestrutura para a atenção à saúde.

Consiste em práticas tanto específicas quanto genéricas relacionadas a processos que apontam a qualidade do desempenho e afetam toda a cadeia do setor – empresas, operadoras, provedores e *stakeholders*, os quais demonstram interesse em ouvir mais sobre esse tema para aprimorar suas operações e conceitos, pois os resultados operacionais são diretamente proporcionais ao modo como a gestão e a percepção de valor estão alinhadas.

Isso porque impacta na qualidade e eficiência dos serviços assistenciais e ocupacionais, no nível de saúde da população envolvida e na sustentabilidade do processo. A maturidade é diretamente associada à influência da liderança comprometida com a saúde.

DEPOIMENTOS DE CEOS

O projeto também contemplou depoimentos dos CEOs envolvidos (General Motors, Pfizer, Dow Chemical, Johnson & Johnson, Cleveland Clinic, Pitney Bowes, American Chamber of Commerce, International Trucks, GSK, Intel Corporation, J. Deere, Wal-Mart, Union Pacific Railroad, Aetna, Home Depot entre outros), contribuindo para incentivar abordagens semelhantes e mostram a diversidade de ideias com escopos equivalentes.

ALGUNS EXEMPLOS

- “Frequentemente as companhias olham para a promoção da saúde como mais um benefício. Devemos integrar a promoção da saúde em cada aspecto da cultura de nossa companhia. Ela é fonte de orgulho e reflete como cuidamos de nossa força de trabalho. Saúde se tornou um elemento crítico no sucesso da companhia.”
- “Nossa estratégia de saúde envolve três princípios básicos: o primeiro é prevenção: custa menos manter as pessoas saudáveis. O segundo é o uso de intervenções orientadas para resultados de qualidade. E o terceiro é a inovação, que fornece novos meios de prevenção e tratamentos médicos.”
- “Nosso objetivo é ajudar os empregados a terem melhor desempenho no trabalho e na vida pessoal.”
- “Empresas devem se envolver proativamente com os provedores de assistência médica para melhorar o sistema. Grandes empregadores devem formar *networks* dedicados a prover conteúdos pessoais de saúde seguros e portáteis para cada empregado e familiares e, com isso, diminuir erros médicos e desperdícios com exames médicos redundantes.”
- “Prevenção e bem-estar são temas prioritários e com isso economizamos em assistência médica e temos nossos usuários engajados na gestão pessoal da saúde. Ouvimos diariamente dos colaboradores o quanto apreciam essa abordagem. Juntos fazemos a diferença, tanto na saúde pessoal quanto na saúde da empresa.”
- “Nossa estratégia é melhorar o estilo de vida e incutir uma mentalidade de consumidor experiente nos participantes dos planos assistenciais. Educação, incentivos, mudança de comportamento, responsabilidade pessoal e medidas quantificáveis são nossas táticas.”
- “Acreditamos que é essencial fornecer aos nossos funcionários e suas famílias as ferramentas e o suporte para viver uma vida saudável. Esta postura incorpora nossos princípios de saúde: o poder da prevenção, a importância do diagnóstico precoce e a necessidade do tratamento oportuno da doença.”
- “Tivemos sucesso em manter os aumentos de custos médicos sob controle nos últimos quatro anos porque enxergamos o bem-estar de nossos funcionários como uma parceria. Ao participar de programas de bem-estar e cuidados preventivos, nossos funcionários e suas famílias estão vendo apenas aumentos muito modestos nos prêmios e, o mais importante, desfrutando de um estilo de vida melhor.”
- “As ações preventivas são muito importantes para reduzir os custos futuros dos cuidados de saúde e melhorar a produtividade. É muito difícil atrair e manter funcionários altamente qualificados sem uma excelente atenção à saúde.”
- “Compartilhamos a responsabilidade pela saúde entre funcionários e empresa. Isso significa encorajar, apoiar e recompensar atividades e estilos de vida saudáveis. O investimento na saúde beneficia a todos nós, ajudando a construir um futuro próspero para a empresa, enquanto protege, apoia e aprimora nossa vantagem mais valiosa: nosso capital humano.”

- “Muitas vezes esperamos até ficarmos doentes para tomarmos as medidas necessárias para manter ou melhorar nossa saúde. Queremos nos tornar melhores consumidores de cuidados de saúde e realmente nos concentrarmos nos cuidados de saúde em vez dos cuidados com a doença.”
- “Estamos comprometidos em engajar nossos colaboradores a fazer escolhas saudáveis para si e suas famílias, com o objetivo de manter sua saúde e bem-estar. Em última análise, uma força de trabalho saudável é boa para nossa força de trabalho, comunidade, clientes e negócios.”
- “Há vários anos reconhecemos o impacto que os custos de assistência médica podem ter em nossos negócios e tomamos medidas para elaborar um plano de assistência médica sustentável e de longo prazo para nossos funcionários e suas famílias. Nosso projeto incentiva o consumismo e o uso responsável dos cuidados de saúde, ao mesmo tempo em que coloca o foco principal na prevenção. Continuaremos a adotar uma abordagem proativa no que diz respeito à saúde dos funcionários, ao mesmo tempo em que atendemos às necessidades de nossos negócios.”
- “Conseguir que nossos empregados sejam saudáveis tem benefícios valiosos para nossa empresa, incluindo o aumento da produtividade. Boa saúde é um ativo essencial para nossa companhia.”
- “Nossa estratégia em saúde não visa somente a redução de riscos, mas encoraja toda a nossa força de trabalho a manter comportamentos saudáveis.”
- “Acreditamos que educação e capacitação na gestão pessoal de saúde, em último caso, significa menores custos e maior produtividade.”
- “Nossa lucratividade está intrinsecamente ligada à capacidade de performance de nossos empregados.”
- “Uma força de trabalho saudável e motivada é fator crítico para maximizar a performance de nosso negócio e nos proporcionar objetivos sustentáveis.”
- “Tradicionalmente, a assistência médica tem seu foco no tratamento de doenças. Precisamos focar mais na manutenção da saúde das pessoas.”
- “Além de fornecermos assistência médica de alta qualidade a nossos empregados, fornecemos ferramentas e recursos necessários para que eles gerenciem sua própria saúde e bem-estar.”
- “Investir em saúde é consistente com a maximização do capital humano em longo prazo. Por isso, priorizar esses investimentos é essencial.”
- Comentários: Os depoimentos e argumentos expostos praticamente resumem a razão de se promover a saúde e a grande importância do papel da liderança nesse processo.

CONSEQUÊNCIAS SIGNIFICATIVAS DO PROJETO

Quando o projeto foi iniciado, um número reduzido, mas significativo de CEOs reconhecidamente relevantes no mercado, foi selecionado.

O critério de escolha desses nomes foi, principalmente, o exemplo dado por eles na manutenção de sua saúde e também no desenho de atenção à saúde de suas empresas aos colaboradores. Seus depoimentos foram publicados em cinco mil exemplares e distribuídos para as 500 maiores empresas norte-americanas (exemplares para os CEOs, para os líderes de RH, financeiro, médicos e outros diretores).

Os CEOs de outras companhias, concorrentes ou não, ao tomarem ciência à grande e positiva visibilidade de seus pares sendo elogiados pelo valor da atenção em relação à saúde e bem-estar de seus empregados, imediatamente chamaram seu pessoal de comunicação com a seguinte pergunta: por que tal pessoa saiu nessa publicação e nós não?

A resposta foi óbvia: porque nós não temos um forte programa de atenção à saúde.

As inúmeras réplicas foram: por que então não implementamos ações semelhantes para melhorar a atenção à saúde de nosso time?

Isso realmente aconteceu e os valores organizacionais saíram ganhando. O que falta para essa ação ser instituída no ambiente corporativo brasileiro, onde a atenção à saúde está sob escrutínio?

FORMULANDO POLÍTICAS: APRIMORANDO A SAÚDE

Uma outra repercussão interessante do *Leading by Example* foi a de induzir a criação de políticas organizacionais sobre a educação do usuário no engajamento ativo e uso correto do plano médico, ao invés de ser somente um destinatário passivo. Ser um consumidor responsável é um fator-chave no gerenciamento dos custos da assistência médica. A ligação entre comportamentos e hábitos dos colaboradores, custos de saúde e os resultados financeiros nunca foi tão convincente.

No mercado atual, os empregadores buscam maneiras sustentáveis de reduzir despesas enquanto recrutam e retêm uma força de trabalho comprometida e produtiva.

Um estudo com 1.047 gerentes de 26 empresas diferentes mostrou que os profissionais com senioridade são mais propensos do que os supervisores de linha a acreditar que os programas de bem-estar ajudariam a reduzir os custos de saúde. Os gerentes de nível médio são mais propensos do que os gerentes seniores a acreditar que o custo e a falta de interesse da gerência são barreiras aos programas de bem-estar.

Para qualquer organização, cada funcionário representa um investimento significativo de recurso. Os custos dos empregadores com assistência médica estão aumentando a cada ano e o retorno desse investimento é determinado em grande parte pelo bem-estar do trabalhador, que tem uma forte influência na satisfação no trabalho, no humor e na felicidade geral.

O estresse no trabalho e os conflitos trabalho-família são associados ao desempenho da organização, em termos diretos (absenteísmo, presenteísmo, custos de saúde do empregador) e indiretos (insatisfação no trabalho). Em sentido inverso, a participação em um programa de bem-estar no local de trabalho está associada a menor absenteísmo e maior satisfação no trabalho.

Fazer uma diferença mensurável no bem-estar dos funcionários requer mais do que falar “da boca para fora” e medidas provisórias como aulas de ioga no local, ginástica laboral ou palestras em calendários anuais sobre saúde física e mental. Mudanças fundamentais na política e na cultura corporativa são essenciais e isso só acontece com o compromisso de todos os níveis de liderança. Enquanto o programa não fizer parte da política da empresa, sua manutenção corre riscos.

EXEMPLOS DE ALINHAMENTO COM O CONCEITO

Os exemplos a seguir são de empresas visitadas nos últimos anos com grupos de executivos brasileiros e demonstram os conceitos e estratégias reconhecidos como *benchmarking* em promoção de saúde. Ao compartilharem abordagens promissoras para gerenciar saúde e bem-estar, adotaram valores e aprendem com os exemplos umas das outras, tal qual preconiza a cultura do *Leading by Example*:

- **Boeing:** Cultura que integra saúde e produtividade
- **Johnson & Johnson:** promover uma cultura global de saúde
- **Dow:** Comprometimento da liderança e sustentabilidade
- **Leo Burnett:** conscientização da liderança
- **Disney:** favorece a conscientização e engajamento
- **AmEx:** saúde holisticamente conectada ao apoio da liderança
- **Citigroup:** recompensas na adoção de estilos de vida saudável

- **Bloomberg:** políticas de apoio à saúde e produtividade
- **Cleveland Clinic:** criação de diretoria de promoção de saúde
- **Mayo Clinic:** programas educacionais – *Healthy Living Center*
- **Novartis:** comunicação inovadora e apoio da liderança
- **Novo Nordisk:** foco no aconselhamento com incentivos
- **Unilever:** Senso de propósito para os empregados
- **FBI:** resiliência, saúde física, sono, *mindfulness* são prioridades
- **Scania:** Escola para ensino de gestão pessoal de saúde
- **Volkswagen:** estímulo à saúde física e mental e empenho
- **Navistar:** experiências proativas em estilo de vida saudável
- **AT&T:** empregados em equilíbrio, saudáveis e produtivos

FATOS INDISSOCIÁVEIS DO SUCESSO

FATO 1: INFLUÊNCIA DA GERÊNCIA

As empresas de alto desempenho de hoje não estão apenas adotando programas abrangentes de promoção da saúde como estratégias de negócios essenciais, mas também estão desenvolvendo a responsabilidade da liderança para apoiar iniciativas de bem-estar e impulsionar a participação.

Os gerentes exercem uma influência poderosa sobre o moral dos funcionários, cargas de trabalho, normas de comunicação da equipe e satisfação no trabalho. Por causa de suas posições, podem ser-

vir como motivadores e modelos para promover comportamentos e participações saudáveis em seu empregados, resultando em diminuição dos custos de saúde e rotatividade, bem como aumento da produtividade.

Como em parte pertencem à liderança, os gerentes devem dar à promoção da saúde a mesma prioridade de outras estratégias-chave – a linguagem usada para descrevê-la e as políticas para apoiá-la devem ser paralelas ao atendimento ao cliente, recrutamento/retenção e qualidade. Vários estudos mostram ligações positivas entre o correto e visível apoio da gerência e o bem-estar dos funcionários.

FATO 2: CAPACITAÇÃO DE GESTORES

Os gestores precisam de preparo para dar o suporte adequado e efetivo. Antes que possam atender às expectativas de apoiar totalmente as iniciativas de bem-estar, precisam de conhecimento, ferramentas e recursos. Também necessitam de tempo para aprender sobre o programa, comunicá-lo à equipe e implementar quaisquer mudanças necessárias para trazer seus departamentos a bordo.

Os promotores de saúde não devem presumir que os gestores têm conhecimento e confiança sobre a promoção da saúde. Sessões de treinamento especiais e materiais claros e concisos (resumos, dicas, mensagens-chave etc.), bem como acesso fácil aos recursos da equipe, são maneiras de atualizar os gerentes.

O bem-estar precisa ser incorporado em todas as funções. Limitar a ação à conversa tem pouco valor e os funcionários sabem disso. Colocar os fundamentos em prática mostra a todos que a organização leva a sério a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

FATO 3: POLÍTICAS DE APOIO

Políticas que apoiam as habilidades interpessoais e de comunicação entre os gerentes ajudam a preparar o terreno para um ambiente de trabalho mais saudável. Na verdade, a recomendação é que os gerentes estimulem a participação no programa de bem-estar – juntamente com trabalho em equipe, autonomia no trabalho, férias, uso adequado de licença médica e acesso a benefícios de trabalho/vida/saúde. Isso ajuda a criar uma atmosfera em que os funcionários possam prosperar. Ações gerenciais visíveis e consistentes falam alto.

FATO 4: POSTURA DO GESTOR

O carisma do gestor não é suficiente para manter o interesse em um programa de promoção da saúde. Os funcionários podem enxergar como mensagens e comportamentos falsos. O exemplo reflete o compromisso. Os gerentes e supervisores em todos os níveis devem ser responsabilizados e recompensados pelo cumprimento da política de bem-estar e apoio às iniciativas como parte de suas avaliações de desempenho.

FATO 5: INTEGRAÇÃO

Incorporar a promoção da saúde em cada aspecto da estrutura organizacional – desde o cumprimento das normas até a manutenção – reforça a eficácia dos esforços de bem-estar. As funções existentes relevantes para a saúde e o bem-estar dos funcionários devem ser integradas: segurança, ergonomia, benefícios, licença e incapacidade, entre outros, pois todos são componentes da percepção de bem-estar. Buscar a contribuição dessas equipes e de sua liderança promoverá a adesão aos serviços de promoção da saúde.

Agilizar as funções de bem-estar e padronizar as principais mensagens entre os departamentos também contribuem para o sucesso operacional. Por exemplo, adicionar itens relacionados à saúde nas agendas de orientações do processo de contratação, treinamento de gerentes, reuniões de equipe e relacionamentos fornecedor/plano de saúde criará oportunidades para comunicar e reforçar o bem-estar como uma prioridade estratégica.

Os trabalhadores que experimentam altos níveis de apoio do supervisor e coesão da equipe de trabalho relatam menos estresse no trabalho e maior satisfação nas atividades exercidas.

IDEIAS DE APOIO À GESTÃO

Certificar que todas as iniciativas e campanhas de promoção da saúde tenham apoio da liderança, sejam bem pensadas e executadas com perfeição. Um programa mal planejado corrói a opinião de funcionários e gerentes sobre o tema, diminuindo a probabilidade de interesse ou apoio futuro.

Estabelecer um plano de comunicação de saúde e bem-estar durante todo o ano, coordenando mensagens com outros veículos (materiais, publicações, campanhas) e ferramentas de redes sociais. Recomenda-se informar os gerentes previamente sobre quaisquer eventos ou iniciativas antes de anunciá-los aos funcionários, juntamente com ferramentas de referência que possam ser úteis. Todo mundo é mais favorável aos programas que entendem. Identificar modelos de bem-estar entre aqueles que já levam estilos de vida ativos e saudáveis, entre todos os níveis de lideran-

ça, e pedir, pessoalmente, que façam um esforço extra na defesa do programa.

Pedir a executivos, gerentes e supervisores de linha de frente que inspirem os funcionários compartilhando histórias de sucesso, informal ou formalmente, e participando visivelmente de campanhas de bem-estar no local. Essa atuação somada a bons exemplos representa um testemunho valioso para aumentar a credibilidade e fortalecer a imagem do programa.

Gravar em vídeo com o CEO ou outros líderes apresentando e endossando iniciativas e programas de bem-estar. Incorporar o videoclipe em um *e-mail* e/ou publicá-lo na intranet. Garantir o alinhamento dos fornecedores e do plano assistencial às iniciativas e o apropriado monitoramento da qualidade dos serviços.

Vincular os esforços de bem-estar dos funcionários ao sucesso da organização. Resumos financeiros e dados de tendências mostrarão as economias resultantes de comportamentos saudáveis e consumismo de saúde. Quando os gerentes compartilham esses dados, os funcionários podem ver que suas decisões e comportamentos fazem a diferença.

A cultura de uma empresa é, essencialmente, a soma dos valores, crenças, atitudes, comportamentos e rituais integrados em todos os níveis da organização que determinem o modo que todos, incluindo a alta direção, pensem e ajam em relação à saúde. A liderança é necessária para modificar e melhorar a cultura, pois permite mobilizar os empregados.

QUALIDADES ESSENCIAIS A UM LÍDER

- **Respeitar** e escutar os empregados e colegas de trabalho.
- Uma boa **comunicação** pode resolver bem certos problemas.
- Ser **visionário**.
- Pensar a **longo prazo**, inovar e crer que é possível melhorar as coisas se todos trabalharem juntos.
- Para ser credível é preciso se **engajar com a causa**, o que significa dar exemplo e estar convencido do que diz, de conseguir os recursos necessários e apoiar seus gerentes.

CONCRETAMENTE, O QUE PODE SER FEITO?

É preciso que o dirigente seja o primeiro instigador em matéria de saúde. Deve definir os valores e as orientações da organização, fixar os objetivos, dar o exemplo e sustentar as ideias visando melhorar a saúde. Eles não são quem aplica as regras, mas vão apoiar com orçamento e entusiasmo as ações que diminuam a sinistralidade.

PONTOS DE CONTRIBUIÇÃO

- Conceitualizar o ideal de saúde para todos
- Clarificar os princípios
- Impulsionar e orientar a mudança
- Mobilizar o engajamento e a adesão
- Gerenciar a mudança

- Assegurar a sustentabilidade do processo
- Promover treinamentos
- E, principalmente, ter um estilo de vida saudável

ESTRATÉGIAS CULTURAIS

- Apoiar/subsidiar a liderança sobre o valor de uma força de trabalho saudável.
- Parceria com RH para a evolução do projeto e do negócio em si.
- Formar um forte e representativo grupo *stakeholders* para oferecer os programas em suas áreas e apoiar os líderes e os empregados.
- Integrar programas e promover ações que tornem a participação fácil e efetiva.
- Criar um ambiente que represente a posição da companhia no estilo de vida saudável.

Essas estratégias trazem resultados significativos como:

- Melhor engajamento de toda a liderança, evidenciado pelo envolvimento em comunicação, participação em eventos, interesse em partilhar histórias e desafios pessoais, e demandar frequentes atualizações e métricas do processo.
- Estabelecimento de parceria com RH que facilite engajamento da liderança.

- Fortalece a estrutura do programa pela formação de um time interessado.
- Continua melhoria da integração de serviços para assegurar entendimento ao empregado e tornar a experiência positiva.
- Melhoria do ambiente e fortalecimento da cultura pró-saúde, facilitando e estimulando escolhas comportamentais saudáveis.

CONCLUSÕES

Os desafios são múltiplos e quase que diários. Conseguir a atenção da liderança, assegurar essa postura e obter investimentos em momentos ainda com muitas incertezas econômicas não é simples.

A integração de dados e serviços relacionados a todos os aspectos da saúde do funcionário e que afetam o desempenho no trabalho deverá incluir a medição do impacto das intervenções direcionadas, tanto na saúde quanto na produtividade dos funcionários, e a emergência de novos indicadores dentro do campo da gestão da saúde e produtividade.

Encaixar o tema e a operação no ritmo da área de recursos humanos ainda é mais difícil. O ideal seria criar um centro de assessoria operacional que planeje meios efetivos para conseguir sucesso e com apoio de uma superior estratégia de comunicação.

O estágio atual das pesquisas e a demanda das organizações por um modelo mais consistente de saúde e não só de doença sugere

que, com um ambiente correto e estilo de gestão adequado, esse conceito contribuirá para a valorização da saúde, para empregados mais engajados, produtivos e valiosos, além do impacto positivo nos custos da sinistralidade.

Não há dúvida que o desenvolvimento dessa postura trará substancial mudança na saúde corporativa e, como em toda revolução, haverá ganhadores e perdedores.

O sucesso ou fracasso final da política de saúde dependerá dos próprios 'líderes' da saúde em todos os níveis. Exemplo e motivação começam no topo.

REFERÊNCIAS

- ALDANA, S. Financial impact of health promotion programs: a Comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot.*, [s. l.], n. 15, p. 296-320.
- ALDANA, Steven. *Culture Clash: How We Win the Battle for Better Health*.
- ALLEN, R.; KRAFT, C. The Importance of Cultural Variables in Program design. In: O'DONNELL, M. (ed.). *Health Promotion in the workplace*. NY: [s. n.], p. 63-69.
- AMERICAN INSTITUTE OF STRESS. Disponível em: www.stress.org/topic-workplace.htm?AIS=1a8c0e7727aad7b6a2e512553c2eb315.
- ARENA, R.; ARNETT, D. K.; TERRY, P. E.; LI, S.; ISAAC, F.; MOSCA, L.; BRAUN, L. The role of worksite health screening: a policy statement. *American Heart Association Circulation*, [s. l.], v. 130, n. 8, p. 719-734.
- BERGER, M. L.; HOWELL, R.; NICHOLSON, S. et al. Investing in human capital. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 45, p. 1213-1225, 2003.
- BRADY, W.; BASS, J.; MOSER, R.; et al. Defining total corporate health and safety costs – significance and impact review and recommendation. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 39, p. 224-231.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *National Institute for Occupational Safety and Health*. Work Life: A National Institute for Occupational Safety and Health Initiative. Disponível em: www.cdc.gov/niosh/worklife.
- DE MARCHI, R. *Global Perspectives in Workplace Health Promotion – Brazilian aspects*. 2. ed. [S. l.: s. n.].
- EDINGTON, D. W. Emerging research: a view from one research center. *Am J Health Promot.*, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 341-349.
- EDINGTON, D. W. *Zero Trends: Health as a Serious Economic Strategy*, Health Management Research Center, University of Michigan.
- EDINGTON, D. W.; BURTON, W. N. *Health and productivity. A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine*. 3. ed. [S. l.]: Lippincott, Williams and Wilkins. p. 140-152.
- FARAGHER, E. B.; CASS, M.; COOPER, C. L. The Relationship Between Job Satisfaction and Health. *Occupational and Environmental Medicine*, [s. l.], n. 62, p. 105-112.
- FITSCH, M. *Shaping a Healthier Workforce*, Watson Wyatt Strategy @ Work, Watson Wyatt Worldwide. Disponível em: www.watsonwyatt.com/strategyatwork/render.asp?pageid=clientstories&articleid=21800.
- FLYNN, J. P.; GASCON, G.; DOYLE, S.; KOFFMAN, D. M. Matson.; SARINGER, C. Supporting a culture of health in the workplace: a review of evidence-based elements. *American Journal of Health Promotion*, [s. l.], v. 32, n. 8, p. 1755-1788.

FONAROW, G. C.; CALITZ, C.; ARENA, R.; BAASE, C.; ISAAC, F. W.; LLOYD-JONES, D. Workplace wellness recognition for optimizing workplace health: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*, [s. l.], v. 131, n. 20, p. e480-e497.

FOOTE, A.; ERFURT J. The benefit to cost ratio of worksite blood-pressure control programs. *JAMA*, [s. l.], n. 265, p. 1283-1286.

GOETZEL, R. Z.; JUDAY, T. R.; OZMINKOWSKI, R. J. What's the R.O.I.? A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives. *Worksite Health*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 12-21, 2000.

GOLASZEWSKI, T.; SNOW, D.; LYNCH, W. *et al.* A benefit-to-cost analysis of a work site health promotion program. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 34, p. 116-1172.

GOLEMAN, D.; BOYATZIS, R. Social Intelligence and the Biology of Leadership. *Harvard Business Review*, [s. l.], 2008.

GREENBAUM, E. *Center for Prevention and Health Services*. Steps to Integrating Employee Health Services. Washington, DC: National Business Group on Health.

GROSSMEIER, J.; TERRY, P. E.; CIPRIOTTI, A.; BURTAINE, J. E. Best practices in evaluating worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, v. 24, n. 3, TAHP-1-TAHP-11.

HARVEY, L.; FOWLES, J. B.; XI, M.; TERRY, P. When activation changes, what else changes? The relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors.

HEALTH Care Financing Administration, Office of the Actuary. *National health expenditure projections 2002-2012*. Washington, DC: HCFA.

HEWITT ASSOCIATES LLC. *9th Annual Health Care Survey: The Road Ahead: Driving Productivity by Investing in Health*. Disponível em: RoadAheadHighlightsHI08mjm DOC/001-89-10546.

HEWITT ASSOCIATES, L. L. C. *Employers report significant health care concerns and are looking for new solutions*. Health Care Expectations: Future Strategy and Direction. Lincolnshire, IL.

HEWITT; WHITMER, R. M.; PELLETIER, K. R.; ANDERSON, D. R. *et al.* A wake-up call for corporate America. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 45, p. 916-925, 2003.

HUNNICUTT, D.; LEFFELMAN, B. *WELCOA's Benchmarks: Developing Results Oriented Wellness Programs One Company At a Time*. Disponível em: http://www.welcoa.org/wwp/pdf/aa_6.1_novdec06.pdf

KARCH, R. *Kirsten Wolf – Global Perspectives in Workplace Health Promotion*. 2. ed. [s. l.]: s. n.].

LEMON, S.; ZAPKA, J.; WENJUN, L.; ESTABROOK, B.; MAGNER, B.; ROSAL, M. Perceptions of Worksite Support and Employee Obesity, Activity, and Diet. *American Journal of Health Behavior*, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 299-308.

LEUTZINGER, J.; RICHLING, D. Why Union Pacific Railroad medical self-care program works. *Worksite Health*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 17-22.

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*, [s. l.], v. 21, n. 16, p. 521-528.

LINNAN; WEINER. Manager Beliefs Regarding Worksite Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, [s. l.], 2007.

LOEPPKE, R.; HYMEL, P. A.; LOFLAND, J. H. *et al.* Health-related workplace productivity measurements: general and migraine-specific recommendation from the ACOEM expert panel. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 349-359.

LOWE, G. S.; SCHELLENBERG, G.; SHANNON, H. S. Correlates of Employees' Perceptions of a Healthy Work Environment. *American Journal of Health Promotion*, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 390-399.

MAHONEY, J.; HOM, D. *Benefit Design™ Seven Steps to Value-Based Health Benefit Decisions*. GlaxoSmithKline. Philadelphia, PA. 8.

NYBERG, A.; ALFREDSSON, L.; THEORELL, T.; WESTERLUND, H.; VAHTERA, J.; KIVIMAKI, M. Managerial Leadership and Ischaemic Heart Disease Among Employees. *Swedish WOLF Study, Occupational and Environmental Medicine*, [s. l.], v. 66, n. 1, p. 51-55, jan.

O'DONNELL, Michael P. *Health Promotion in the Workplace*. 5. ed. [S. l.: s. n.], s./d.

OZMINKOWSKI, R. J.; DUNN, R. L.; GOETZEL, R. I. *et al.* A return on investment evaluation of Citibank, N.A., Health Management Program. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 14, p. 31-43.

PARKS, K. M.; STEELMAN, L. A. Organizational Wellness Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 58-68, 2008.

PARKS, K. M.; STEELMAN, L. A. Organizational Wellness Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 58-68.

PARTNERSHIP for Prevention, Leading By Example: Leading Practices. *Employee Health Management*, [s. l.], 2007. Disponível em: www.prevent.org/LBE/LBE_USCC_FullBook.pdf.

PELLETIER, B.; BOLES, M.; LYNCH, W. Change in health risks and work productivity over time. *J Occup Environ Med.*, [s. l.], n. 46, p. 746-754.

PERRIN, Towers. *Turbocharging Employee Engagement: The Power of Recognition From Managers*. Disponível em: www.towersperrin.com/tp/getwebcachedoc?webc=USA/2009/200905/ManagerRecognition_Part1_WP_430.pdf.

PFEIFFER, G. J. Work promotion vs. health promotion: Aligning your services with the needs of the organization and its people. *Worksite Health*, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 14-20.

PRONK, N. P.; GOODMAN, M. J.; O'CONNOR, P. J.; MARTINSON, B. C. Relationship Between Modifiable Health Risks and Short-Term Health Care Charges. *Journal of the American Medical Association*, [s. l.].

RIEDEL, J. E.; GROSSMEIER, J.; HAGLUND-HOWIESON, L.; BURAGLIO, C.; ANDERSON, D. R. Use of a normal impairment factor in quantifying avoidable productivity loss because of poor health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, [s. l.], p. 283-295.

TERRY, P. E.; GROSSMEIER, J.; MANGEN, D. J.; GINGERICH, S. B. *Analyzing best practices in employee health management*.

TERRY, P. E.; HEALEY, M. L. The physician's role in educating patients. *Journal of Family Practice*, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 314-314.

TERRY, P. E.; SEAVERTON, E. L. D.; GROSSMEIER, J.; ANDERSON, D. R. Association between nine quality components and superior worksite health management program results. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, [s. l.], p. 633-641.

THE COMMONWEALTH Commission on a High Performance Health System Why not the Best? Results from the National Scorecard on US Health System Performance. 2008. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/>

UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH MANAGEMENT RESEARCH CENTER. *The Worksite wellness benefit analysis and report*. p. 7-15.

WINNING Together: Turning Vendors into Partners for Workforce Health and Productivity. Disponível em: <http://www.ibiweb.org/>.

DA GESTÃO DO SINISTRO À **GESTÃO** **DA SAÚDE**

DEBORAH REZENDE

Jornalista por vocação e por formação, especializada na área de saúde e negócios em saúde há quase 15 anos. Fundadora da Dehlicom Soluções em Comunicação Empresarial.

SAMANTA COELHO

Jornalista, especialista em comunicação corporativa, que atua no segmento de saúde desde 2007.

Embora a gestão de saúde dos colaboradores não seja novidade, ela segue sendo um desafio e, simultaneamente, uma prioridade estratégica para as organizações no Brasil. Especialistas acreditam que as empresas ainda estão em curva de aprendizado quanto à estrutura de seus programas e os caminhos a seguir, o que certamente abre espaço para muitas discussões.

Assim como a própria evolução do ser humano, os programas de gestão em saúde devem acompanhar as mudanças dos contextos sociais, demográficos, econômicos, epidemiológicos, bem como as alterações no estilo de vida dos usuários, uma vez que são moldados conforme o setor de atuação, a empresa, o perfil populacional, as necessidades dos indivíduos, o porte da organização, entre outras variáveis. Afinal, existe uma visível transformação no comportamento e nas expectativas dos usuários/clientes/cidadãos.

Isso se deve ao fato de que todas as pessoas estão sujeitas a intercorrências com relação à própria saúde ao longo da vida. Existem fases, por exemplo, em que podem surgir doenças crônicas; já as doenças agudas não escolhem a época para acontecer e chegam quando as pessoas estão saudáveis ou com algum problema crônico de saúde. Nesse sentido, a visão do todo é muito importante, pois, em cada fase, os indivíduos têm características específicas, tanto de custo quanto de investimento para atuação ou sinistro.

Os recursos necessários para manter pessoas saudáveis demandam investimentos de diversos níveis. E, quanto mais avançado está o estágio da doença maior é a necessidade de ampliar essa atuação em saúde e de incrementar os custos médios, desde a fase que antecede o sinistro até o estágio terminal. Ao olhar para o todo, é possível economizar de um lado e ter mais recursos para se investir do outro.

Se realizada de maneira correta, a gestão em saúde, assim como a criação de programas baseados em evidências e o conhecimento que se obtém da população com esses tipos de ações, tem um impacto muito positivo para todos os envolvidos. Colaboradores, empresas, operadoras e até mesmo o ecossistema da saúde são favorecidos por essas medidas. Além disso, a gestão de saúde é um passo importante na transformação do setor. Mais do que um ob-

jetivo a ser alcançado, trata-se de uma verdadeira necessidade.

*“A GESTÃO EM SAÚDE,
ASSIM COMO A CRIAÇÃO
DE PROGRAMAS BASEADOS
EM EVIDÊNCIAS E O
CONHECIMENTO QUE SE
OBTÉM DA POPULAÇÃO
COM ESSES TIPOS DE
AÇÕES, TEM UM IMPACTO
MUITO POSITIVO”*

O binômio empresa e plano de saúde tem, então, que trabalhar em conjunto. Enquanto, para o primeiro, uma pessoa bem-cuidada e saudável é sinônimo de produtividade, para o outro, ela significa uma menor geração de custos.

Isso ocorre, sobretudo, porque a prevenção e a promoção da saúde, com foco em atenção primária e voltada ao diagnóstico precoce, principalmente para doenças crônicas, podem fazer toda diferença. No momento em que diversos aspectos são identificados com antecedência, o cenário muda de figura, e isso se reflete na redução de diversos custos, como internação – inclusive em unidades de tratamento intensivo – e absenteísmo.

Isso só é possível conhecendo a população através de dados e diagnósticos e, claro, atuando na redução dos fatores de risco, como tabagismo e hipertensão. Existem muitas situações nas quais essas informações que as empresas possuem – por exemplo, as relacionadas à sinistralidade e ao volume de gastos – trazem percepções bastante relevantes que podem mudar completamente a vida dos participantes e proporcionar economias expressivas para todos os envolvidos.

Também vale lembrar que o desenvolvimento desses programas se concentra em aperfeiçoar a gestão em saúde a partir da perspectiva do envelhecimento saudável e da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Para as operadoras, estes são os beneficiários; para as empresas, os funcionários; e, para o time assistencial, os pacientes.

Além de todo o impacto social e a repercussão na reputação da instituição, também existe, nessa temática, uma questão financeira muito evidente. Controlar os gastos de saúde é algo que precisa ser olhado com atenção cada vez maior. Afinal, trata-se da segunda maior despesa, depois da folha de pagamento, e os custos aumentam ano a ano, variando entre 10% e 20% dos gastos totais de uma empresa.

O ônus fica para as empresas responsáveis por subsidiar os planos de saúde. Segundo dados da ANS, em novembro de 2021, quase 70% das vidas cobertas pela saúde suplementar no Brasil estão inseridas em planos empresariais. Nesse cenário, é evidente que a conta acaba não fechando ao final do dia, seja pela elevação da sinistralidade, seja pelo desconhecimento do perfil de saúde da população.

O prejuízo financeiro devido à judicialização e aos processos trabalhistas também emerge como importante catalisador da conscientização acerca da necessidade de implementar programas para a

promoção do lazer, em combate ao estresse. Igualmente, também chama a atenção para a importância de se realizarem *check-ups*, uma vez que os exames periódicos podem prevenir a evolução de doenças e proporcionar o controle delas. Dados de um estudo elaborado pela *International Stress Management Association* (ISMA-BR) confirmam a validade dessas medidas ao apontar que o estresse foi o responsável por um aumento de 140% nos gastos com processos trabalhistas das empresas brasileiras, nas últimas décadas.

Entretanto, o interesse nos benefícios e na existência de um trabalho prévio capaz de reduzir o número de sinistros é de todos: tanto de quem cuida e presta esse atendimento, como de quem recebe esses cuidados.

A percepção de que a empresa zela pela saúde do colaborador e de sua família é de extrema importância para sua reputação, retenção de talentos, obtenção de bons resultados e manutenção de um quadro de pessoas que tenham produtividade e qualidade de vida. Ao mesmo tempo, a gestão da saúde influencia positivamente a experiência do colaborador (*employee experience*), que também passa a se sentir muito mais valorizado.

CRESCIMENTO DA PROCURA E DA OFERTA

Normalmente, tanto operadoras como empresas acabam tendo um foco muito grande em pacientes que estão com as doenças já em estado avançado. Esse é, inclusive, o motivo pelo qual ocorrem mui-

tos sinistros e a razão pela qual a atuação tem um viés econômico exacerbado. Mesmo as instituições que já direcionavam esforços para prevenir doenças ou mesmo evitar a evolução desses riscos, enxergavam tudo como uma questão de custo.

Embora ainda esteja longe do ideal, o cenário vem mudando e passa por uma evolução muito grande. Atualmente, existe, na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um total de 1.154 programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promo-Prev), realizados por operadoras de planos de saúde, sendo 610 deles aprovados pela agência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu como quatro principais fatores de risco o fumo, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o uso excessivo de álcool, todos comuns no Brasil.

Entretanto, embora ainda se percebam algumas limitações, avanços consideráveis já ocorreram. É notável o crescimento de programas desenhados por operadoras de saúde em todo o País, em diferentes estágios de implantação e funcionamento, o que sinaliza uma diversificação do que até então tinha como foco o tratamento, o uso de medicamentos, a hospitalização e todos os processos que ocorrem após o diagnóstico. Hoje já são muitas as alternativas e caminhos para o cuidado integral.

Segundo a ANS, os programas devem estimular a coordenação do cuidado de seus beneficiários e prevenir a exposição a fatores de risco e o agravamento do quadro de saúde, em vez de somente tratar doenças. Além disso, deve-se estimular o empoderamento e a educação do beneficiário, bem como facilitar sua jornada nos diversos níveis e complexidades de serviços de saúde, em prol da garan-

tia do acesso aos serviços e da melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional. Dados da própria agência demonstram que a gestão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é o foco de, aproximadamente, 70% dos programas que contemplam cuidados relacionados a doenças cardiometabólicas, cardiovasculares, cardiorrespiratórias, oncológicas e osteomusculares.

Nos últimos anos, em razão da pandemia, tem crescido também o movimento das empresas buscando iniciativas que englobam a saúde mental dos colaboradores. Uma pesquisa da consultoria *Willis Towers Watson* (WTW) apontou que, de 2015 para 2021, houve um aumento de 33% no interesse das empresas em implantar ações de saúde e bem-estar na rotina de seus funcionários.

Dessa forma, além de investirem em programas de cuidados com a saúde, as instituições têm elaborado estratégias para atuar na prevenção de doenças. De 186 empresas que participaram do estudo da WTW, 78% planejam, em três anos, personalizar as estratégias conforme a necessidade dos colaboradores nos diversos momentos da vida.

*“DEVE-SE ESTIMULAR
O EMPODERAMENTO
E A EDUCAÇÃO DO
BENEFICIÁRIO, BEM COMO
FACILITAR SUA JORNADA
NOS DIVERSOS NÍVEIS
E COMPLEXIDADES DE
SERVIÇOS DE SAÚDE”*

Não somente as empresas estão buscando mais esse tipo de iniciativa, mas também as próprias operadoras agora investem mais na modernização e no aperfeiçoamento desses programas. Segundo Patricia Ulbricht Homem de Mello, superintendente de Gestão de Saúde Populacional da SulAmérica, é notável uma demanda crescente por esses programas. A pandemia é a grande responsável por esse crescimento súbito, principalmente no que concerne aos programas voltados à saúde emocional promovidos por empresas mais estruturadas, que têm condições de investir nisso e que cada vez mais buscam o apoio de operadoras e planos de saúde que já tenham esse tipo de abordagem.

Nesse sentido, Patricia explica que a SulAmérica tem passado por esse processo, procurando trabalhar e incentivar cada vez mais a parte preventiva. “Antes, o objetivo era fazer exclusivamente a gestão do sinistro, buscando uma redução dos índices, mas sem saber o motivo pelo qual era preciso reduzir custos. Hoje, o olhar já é outro: otimizar os recursos de uma forma geral e atender e direcionar essa pessoa na sua jornada da saúde.”

MAIS PREVENÇÃO E MAIS INFORMAÇÃO É IGUAL A MENOS CUSTOS

Quando questionada sobre o motivo pelo qual uma operadora investe no desenvolvimento de um programa de saúde, Patricia explica que, para fazer gestão de sinistro, é crucial focalizar primeiro a gestão de saúde. Caso contrário, corre-se o risco de efetuar uma

gestão às cegas, sem assertividade alguma, com má utilização dos recursos oferecidos pelo plano de saúde.

Esse desperdício, dependendo do modelo de contrato entre a empresa e a operadora, pode ser prejudicial para os dois lados. No pré-pago, o problema fica com quem administra o plano; já no pós-pago, o custo fica todo para quem paga pelos serviços. “Para a empresa, é extremamente importante que consigamos fazer a gestão de saúde e apoiá-la. Do contrário, só faremos contas, em vez do principal: cuidar do colaborador”, complementa.

A partir do momento em que se estrutura um programa específico voltado a doenças crônicas, gestantes ou saúde mental, além de evitar o absenteísmo e as idas constantes do beneficiário ao pronto-socorro, tanto a empresa como o plano passam a conhecer melhor seu público e, assim, conseguem traçar qual deve ser o próximo passo com relação à saúde dele.

Indo mais a fundo e considerando que existe todo um contexto social envolvido, o ideal seria que os programas abrangessem funcionários e dependentes, em *especial* porque, nos últimos anos, a abordagem vai cada vez mais na linha de coordenar a saúde do colaborador, sem deixá-lo perdido no sistema de saúde.

Segundo Patricia, nesse modelo centrado no hospital e em operadoras com produtos de livre escolha – caso da SulAmérica –, é muito fácil as pessoas se perderem e não saberem para onde ir. O questionamento é sempre: “A quem e o que devo procurar primeiro? Pronto-socorro, consulta eletiva, especialista ou clínico?”. Os programas de saúde também ajudam nessa parte, pois dispõem de uma parte educacional forte para dar orientações sobre quais caminhos seguir

em cada caso. Tanto é assim que é comum haver os canais 24 horas para orientações via telefone.

Todo esse processo também é do plano de saúde, o qual deve entender que faz parte do seu papel a educação quanto à utilização dos recursos de saúde. “Essa é exatamente a parte que temos trabalhado nos últimos anos, como uma estratégia nova de coordenação do cuidado e da orquestração desse beneficiário no contexto de saúde”, enfatiza.

DESENVOLVER PROGRAMAS INTERNAMENTE PODE SER ALGO MUITO DOLOROSO

Antes de tudo, é preciso ressaltar que a implementação de um programa de promoção e gestão da saúde é uma tarefa complexa, que envolve diferentes etapas de um processo gradual e contínuo e exige uma metodologia adequada, gerenciada por equipe profissional capacitada e devidamente treinada.

Segundo Patricia, a decisão por desenvolver as iniciativas internas de prevenção acaba sendo tomada, principalmente, em empresas com modelos de negócios e necessidades inerentes. Em geral, esse cenário requer programas muito customizados e cheios de especificidades, aos quais as operadoras não conseguem atender. Embora exista certa liberdade de adaptação, os produtos de prateleira das operadoras são obviamente pensados para atender a um público mais amplo. Além disso, é preciso dispor de um padrão até

para permitir a análise dos indicadores que ajudam a mensurar a efetividade desses programas.

A diferença é que, quando isso é levado para a operadora, tem-se a centralização do cuidado e a alta disponibilidade de informações para uma visão 360° do colaborador. É possível, por exemplo, acessar um extrato do beneficiário, fazer um estudo preditivo e entender qual é o melhor programa para aquela pessoa.

Os programas gerenciados pela operadora permitem comparar resultados ano a ano e trazem consigo um entendimento não só sobre o que acontece com os colaboradores que fazem parte deles, como também dos contextos de saúde populacional.

“Fazendo com a operadora, a empresa migra da condição de programa caseiro e pode acessar inclusive o *benchmarking* para fazer uma melhor gestão da saúde populacional dos seus colaboradores. O público e a base de comparação são muito maiores. Dessa forma, tem-se um entendimento melhor do desempenho do programa, em vez de ficar restrito ao que acontece na empresa”, aponta Patricia.

E essa é apenas a primeira e grande vantagem. A segunda, para a empresa, está no fato de ela não ter que enfrentar a etapa árdua de estruturar e construir diversos programas. “Isso começa com a contratação de um prestador somente para essa tarefa. Outro ponto é que a falta de especialização e experiência na estruturação de programas pode atrapalhar a obtenção de resultados”, ressalta a superintendente.

O PAPEL DE CADA UM

Um fator determinante para os desfechos positivos dos programas de saúde é o envolvimento e o cumprimento do papel de todos os *stakeholders*. A questão é que grande parte dos contratantes tem uma falsa premissa de que só oferecer o programa por si só resolverá o problema e trará os benefícios alcançados.

A operadora de saúde tem o papel de pensar nas melhores soluções com base em todo o seu conhecimento e experiência. Além disso, deve trazer indicadores para aprimorar e nortear as ações, bem como fazer o acultramento nas empresas. Afinal, não dá para falar só de sinistralidade; é preciso abordar também como está a gestão de saúde da empresa. Do mesmo modo, não basta abordar o tema reajuste e estimular a prevenção sem tomar alguma medida concreta.

Por outro lado, a empresa também precisa agir, fazendo um trabalho de comunicação dos programas e benefícios disponíveis, pois as pessoas somente irão aderir a eles se souberem de sua existência e importância.

Esse incentivo inclui atuar de dentro para fora – estimulando a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos nos ambientes de trabalho etc. As ações devem ser conduzidas com seriedade e comprometimento em todas as esferas. Trata-se de uma atuação conjunta, com todas as áreas da companhia, ou seja, uma verdadeira integração das áreas da medicina do trabalho, dos recursos humanos e da comunicação – esta, inclusive, de extrema importância na disseminação de toda a mensagem.

Por isso, é fundamental que a empresa conheça o seu público e saiba o que pode engajar cada um deles. “Quem está doente é engajado pela dor. A pergunta é, como incentivar quem não tem dor? Engajamento é a palavra que precisa estar em destaque luminoso e um dos principais desafios quando se fala de promoção de saúde nas empresas”, explica Elisabeth Christiane Vignol Gutierrez, consultora de projetos II da SulAmérica.

Nesse sentido, a atuação das áreas da medicina do trabalho, da comunicação e dos recursos humanos tem que ser muito integrada, o que ainda é um ponto a ser corrigido, segundo a executiva.

Para além disso, existe toda uma questão de consciência comportamental e individual dos beneficiários e participantes dos programas. Quando o assunto é estresse e mudança de hábitos, não adianta a operadora criar o programa, a empresa comunicá-lo e mostrar sua importância, mas o usuário não tomar a frente do cuidado de sua própria saúde. Se todos esses elos não se unirem, continuarão existindo os sinistros, e os custos serão dobrados, pois, além do gasto para arcar com o sinistro em si, haverá também o valor de subsídio do programa.

A HISTÓRIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE NA SULAMÉRICA

No Brasil, um processo significativo de reorganização do sistema de saúde vem ocorrendo desde o final da década de 1980. Assim, é possível observar mudanças, tanto na constitucionalização dos prin-

cípios do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto nas suas relações com o setor privado e a sociedade, além de uma forte reestruturação da gestão e dos serviços de saúde, incluindo a suplementar.

Apesar das limitações e das barreiras, que vão mudando ao longo do tempo, a integralidade do cuidado visando potencializar a qualidade de vida e a saúde das pessoas deve ser um objetivo permanente. Trata-se de manter um olhar crítico sobre a implementação desses programas, que trabalham a gestão desde a promoção da saúde até a terminalidade da vida.

Com o incentivo da ANS, programas de promoção e prevenção da saúde entraram na agenda das operadoras, que vêm traçando uma trajetória nesse sentido. Esse caminho acompanha o nível de maturidade das empresas e a evolução dos conceitos de como se fazer a gestão de saúde e atuar antes que o sinistro aconteça.

Na SulAmérica, que hoje mantém o programa Saúde Ativa, não foi diferente. Há 25 anos, a operadora vem desenvolvendo suas práticas, desde quando o mercado de forma geral nem sequer estava preparado para isso.

Elisabeth Gutierrez, que participou diretamente do processo de desenvolvimento e de amadurecimento de ações e programas na companhia, conta que toda a base de promoção em saúde da empresa começou com a implementação de um produto inspirado no modelo de *managed care*, desenvolvido por uma parceira americana da operadora.

A ideia era, obrigatoriamente, designar um médico da família como ponto focal para cada beneficiário. Esse profissional teria acesso a

toda a jornada de saúde daquela pessoa, orientando, direcionando e acompanhando aquele paciente. Na ocasião, o projeto-piloto, realizado em Blumenau, acabou não sendo bem-sucedido e não avançou. A executiva afirma que isso ocorreu porque a rede não estava madura o suficiente; na época, faltavam inclusive médicos com essa visão mais generalista e com foco em atenção primária, o que, de certa forma, já é diferente hoje.

Outro ponto salientado por ela é que, no Brasil e na própria Sul-América, a livre escolha sempre foi um aspecto muito importante. “Enfrentamos uma questão de aculturação do papel do médico de família, não como um restritor do uso, mas como o valor que ele poderia gerar. Embora o projeto não tenha avançado, muitas lições foram aprendidas”, explica.

Dessa forma, a operadora começou a perceber que era possível trabalhar a cadeia toda do beneficiário, independentemente de ser ou não com um médico da família, e decidiu aplicar isso para todos os clientes da instituição, em todas as carteiras do seguro-saúde e em parceria com as empresas. Foi então que o Programa Saúde Ativa começou a ser estruturado.

O ponto de partida foi entender e conhecer o perfil da população, uma vez que essas informações não estavam na base de dados – afinal, a seguradora não tinha contato com o beneficiário e só ficava sabendo de alguma condição após ela já ter ocorrido. A alternativa encontrada foi aplicar um formulário em papel, com perguntas bem-direcionadas para os usuários do plano. Elisabeth lembra que essa foi a alternativa encontrada para suprir a falta de um sistema, pois, até pela novidade e pelo desconhecimento dos benefícios a respeito dessa ação, ainda não havia grandes investimentos direcionados a ela.

Então, diferentemente do restante do mercado, a SulAmérica fez o caminho inverso: passou a trabalhar com casos de alta complexidade, doenças crônicas e pacientes com perfil de risco, mas sem agravamento, até chegar à promoção de saúde. O foco inicial foi dado a doenças que conhecidamente precisam de uma atuação preventiva, ou seja, aquelas em relação às quais uma orientação e uma interação prévias poderiam alterar o curso da história, tais como o diabetes, as cardiopatias e as doenças pulmonares crônicas, com prioridade à população com mais predisposição a esses problemas.

A etapa seguinte foi um trabalho *one to one* com as áreas de recursos humanos para esclarecer do que se tratava o Saúde Ativa, mostrando o que precisava ser olhado. Nessa fase, incluíam-se ações *in loco* com um time assistencial para levantar parâmetros de saúde relevantes desses colaboradores, como pressão arterial, medida de circunferência da cintura, colesterol e glicemia, para que os dados levantados fossem somados aos questionários. Isso era então analisado com o apoio de um *software* estatístico e incluído na elaboração de relatórios completos e detalhados para viabilizar devolutivas, tanto para o beneficiário como para a empresa. O material traçava o perfil de saúde, trazia comparativos com o mercado e com outras empresas clientes da SulAmérica, além de dar dicas de como melhorar esse perfil de risco.

“O objetivo não era só dar o diagnóstico. Queríamos que a empresa fizesse algo com esses resultados. Não adianta desenvolver só um produto se não houver um envolvimento da empresa”, enfatiza Elisabeth.

A executiva continua: “Outra questão que notamos ser discrepante era o nível de maturidade das áreas de recursos humanos das empresas. Por isso, também se aplicou um questionário para avaliar

esse cenário. Foi feito todo um mapeamento e análise de como poderíamos dar suporte para uma evolução”. Segundo ela, o que muito se via era um cenário comum até hoje: os dados da medicina do trabalho e da operadora de saúde são, na maioria das vezes, apartados. Isso significa, na prática, que simplesmente não aconteciam muitas conexões que seriam extremamente ricas na construção de um trabalho mais assertivo e de uma visão evolutiva do perfil de saúde do paciente e colaborador simplesmente.

O programa foi ganhando corpo, passo a passo, com a incorporação de várias ações e a realização de diversos estudos populacionais. Além disso, parcerias pensadas com a universidade, assim como com a rede de profissionais de saúde, começaram a ser inseridas nesse contexto. A ideia era contar com profissionais que tivessem esse perfil de saúde da família para assumirem o papel de agentes estimulantes responsáveis por orientar os pacientes.

O programa evoluiu e consolidou-se. Hoje são mais de 600 empresas implantadas. Desde 2004, mais de 250 mil beneficiários já participaram dos programas de saúde e mais de 500 mil foram beneficiados nas linhas de cuidado. Embora o programa esteja em um patamar bem avançado, Elisabeth reforça a necessidade de se aperfeiçoar o trabalho continuamente.

“Não está perfeito, ainda tem muito chão para frente. Existem pontos a serem trabalhados, e o que observo é um caminho positivo. O mercado foi evoluindo e já há formação para os médicos generalistas, por exemplo. Começamos timidamente, ainda em papel. Conforme isso foi avançando, a área que no começo tinha 700 pessoas passou, por exemplo, a ter uma meta de alcançar 25 mil pessoas nos três anos seguintes”, explica.

Já em relação ao que garantiu a perpetuidade dos programas, a executiva é enfática ao afirmar que foi a comprovação de resultados e o uso de metodologias, com metas atingíveis e objetivos muito bem-definidos. Trata-se de um atributo fundamental em toda jornada, segundo ela.

No caso da SulAmérica, Elisabeth conta que os investimentos só começaram a ser ampliados quando se notaram resultados (financeiros e qualitativos) que estavam possibilitando mudanças no perfil de saúde das pessoas. Isso torna crucial traçar metas e definir indicadores, tais como a redução do número de internações, do tempo de permanência no hospital e das idas ao pronto-socorro; a permanência no programa; e cada vez mais itens que possam responder às dores importantes do sistema de saúde.

“Tem que estruturar um plano de ação, senão é o mesmo que voar sem rumo. A empresa estará cheia de boas intenções, mas, como não tem um propósito claro, nem comemora a vitória. É preciso saber se a instituição está indo para trás ou para frente”, afirma a consultora.

Ao todo, são dez programas oferecidos. No **Futura Mamãe**, do momento da descoberta da gestação até o sexto mês de vida do bebê, gestantes são acompanhadas por telemonitoramento e visitas domiciliares. O **Oncologia** oferece suporte e orientação ao segurado com câncer por meio de telemonitoramento, visitas domiciliares e pequenos procedimentos. Para a prevenção de doenças modernas como ansiedade, depressão, burnout e síndrome do pânico, a SulAmérica mantém o **Única Mente**, com acompanhamento médico individual e *in company*. Na área de ortopedia, são três programas: o **Coluna Ativa**, o **Ortopedia** e o **Coluna in**

company, que ajudam a diminuir o índice de cirurgias desnecessárias, por meio de atendimento em clínicas de fisioterapia especializadas em casos de alta complexidade, além de levar, para dentro das empresas, ensinamentos e conceitos da importância de um bom alinhamento corporal.

Já o programa **Doenças Crônicas** faz o acompanhamento dos pacientes via telemonitoramento, com o envolvimento de um enfermeiro e o suporte de uma equipe multidisciplinar; além disso, o programa **Atenção no Alto Risco** ajuda a evitar risco de internação ou reinternação, por meio do acompanhamento e da orientação via telemedicina e suporte técnico, com possibilidade de visitas domiciliares para reforçar as orientações médicas no cuidado pós-alta. Quando o assunto é a população mais velha, a operadora de saúde hoje conta com o **Envelhecimento Saudável**, que ajuda a promover a autonomia e a manutenção da capacidade funcional, e o **Idoso Bem-Cuidado**, no qual médicos geriatras acompanham cada beneficiário na cadeia de saúde e direcionam o atendimento a nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, conforme a necessidade.

PROGRAMAS DE **SAÚDE MENTAL** E MONITORAMENTO **DAS EQUIPES**

GLAUCO CALLIA

Médico formado pela Faculdade de Medicina de Taubaté. Especialista em Medicina do Trabalho pela Santa Casa de São Paulo e Certificado em Design de Produtos de Inteligência Artificial pelo MIT.

COAUTORAS

MARINA TAVARES RIBEIRO

Fonoaudióloga pela UNIFESP, possui mais de 10 anos de experiência em Promoção da Saúde e Saúde Mental para Indústrias.

PETRINA FRAUCHES

Graduada em Engenharia Química pela UFRRJ e realizando pós-graduação em Gestão de Saúde na FGV. Possui 6 anos de experiência na área de Environment, Health and Safety.

A saúde mental tem merecido um destaque cada vez maior nas organizações, particularmente pelas elevadas prevalências de seus principais agravos, como ansiedade, depressão e estresse. Apesar disso, as iniciativas ainda são isoladas, focadas, principalmente, em atividades informativas e com resultados limitados. Este capítulo oferece alternativas para um programa de saúde mental organizado, aplicável às organizações, com avaliação adequada, utilização dos recursos disponíveis e monitoramento dos desfechos.

“Quando o sábio aponta para a Lua, o tolo olha para o dedo”

(Provérbio Chinês)

POR QUE IMPLEMENTAR UM PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL?

Porque se você não implementar um programa de gestão Organizacional, sua empresa muito provavelmente continuará perdendo competitividade nos seguintes campos:

- 1. Presenteísmo**
- 2. Qualidade**
- 3. Produtividade**

4. Contencioso trabalhista

5. Absenteísmo médico

6. Sinistro médico

7. Retrabalho

8. Retenção de talentos

9. Atração de talentos

A resposta mais curta e direta também poderia ser: Porque este é o certo a se fazer, porém, infelizmente, em um ambiente onde fazer mais com menos se tornou um dogma à prova de qualquer tipo de comprovação estatística, a sobrecarga cognitiva, a crescente demanda de tarefas conflitantes, a insaciável burocracia e, finalmente, a atual ditadura do compliance, que transformou o ambiente corporativo atual em uma espécie de pesadelo conceitual de George Orwell, a implementação de um programa razoavelmente lógico de gestão de estresse corporativo tornou-se uma questão de sobrevivência para o atual modelo organizacional das corporações.

Aliado ao modelo Kafkiano de gestão de pessoas baseado em paradigmas que endereçam todo o tipo de KPI, exceto a qualidade de vida dos funcionários, o ambiente pós-Covid tem sido marcado por um fenômeno denominado "*The Great Resignation*" (a grande renúncia), onde milhares de trabalhadores estão simplesmente desistindo de trabalhar. Nos EUA, em 2021, um estudo da *Harvard Business School* – HBS apontou que 0,5% da mão de obra qualificada americana simplesmente desistiu de seus empregos. Em 2022 observa-se

um caos no sistema aeroviário internacional capitaneado pelo desastre de gestão de pessoas no Aeroporto de Heathrow, simplesmente não há mão de obra disponível para preencher as vagas. Vale lembrar a pergunta feita por Albert Camus em sua obra “O Mito de Sísifo”, onde o escritor faz uma simples e direta pergunta: “Será que vale a pena viver?”. Seguindo nesta linha, porém sem se arriscar a responder a tal pergunta, acredito que as áreas de Recursos Humanos das empresas deveriam se perguntar seriamente: Vale a pena trabalhar aqui? Os dados mostrados neste capítulo apontam para uma desconcertante resposta:

Não. Sob o atual modelo de gestão, muito provavelmente não vale a pena trabalhar nessa organização.

Baseado nisso, a única resposta para o esfacelamento do modelo atual de trabalho está na criação de um processo profissional de gestão de estresse ocupacional, onde as múltiplas causas do adoecimento mental no trabalho são encaradas de maneira aberta e corajosa. Aberta, porque sem um diálogo transparente, entre todas as partes envolvidas no jogo corporativo da gestão de pessoas, não há possibilidade de melhoria. Corajosa, porque poucas são as companhias com retidão moral para resolver o gigantesco problema de gestão de pessoas, que está levando a grande renúncia e, por fim, a perda de qualquer noção de propósito por parte dos empregados.

DADOS GLOBAIS SOBRE ESTRESSE ORGANIZACIONAL

Estresse e ansiedade fazem parte da vida no geral e, consequentemente, da vida no trabalho, sendo mais presentes em trabalhadores

de alto desempenho, pois em até certo nível atuam como mobilizadores para criação de soluções e também para execução de tarefas.

EMOÇÕES NEGATIVAS, NO ENTANTO, NÃO DEVERIAM SER A ALMA DO TRABALHO DE NINGUÉM

Infelizmente, essa experiência da vida profissional é verdade para 19% dos trabalhadores mundiais que estão ativamente desengajados (Gallup – *State of the Global Workplace 2022 Report*). Na mesma pesquisa os trabalhadores, quando questionados sobre suas percepções de estresse, preocupação, dor física e raiva, responderam que sim, as vivenciam para quase todas as questões. Para trabalhadores desengajados os números foram ainda mais impressionantes, chegando a figurar uma maior incidência de 46 a 83% do que uma pessoa engajada.

Pergunta	% de respostas “Sim”
Você sentiu estresse ontem?	59%
Você se sentiu preocupado ontem?	56%
Você sentiu dor física ontem?	33%
Você sentiu raiva ontem?	31%

Tabela 1 – Distribuição das respostas às perguntas

Fonte: Gallup – *State of the Global Workplace 2022 Report*

Ainda que relacionados, engajamento e estresse organizacional são medidas diferentes, sendo importante frisar que, ainda que houvesse uma crescente medida de engajamento e percepção de bem-estar na última década do período pré-pandêmico, o estresse organizacional já vinha apresentando níveis crescentes nos últimos anos em diversos países e a crise da Covid-19 resultou em mais adultos em idade produtiva experimentando sintomas de depressão e ansiedade. Nos

Estados Unidos, por exemplo, um estudo conduzido pelo *Centers of Disease Control and Prevention* – CDC, em junho de 2020, descobriu que quase 41% dos adultos americanos lutavam com problemas de saúde mental decorrentes da pandemia. Esse número chegava a 75% entre os mais jovens (18 a 24 anos). Os três principais desafios que os funcionários citaram durante esse período foram a ansiedade relacionada não somente às questões de isolamento social, mas, principalmente, com a instabilidade em relação à manutenção de seus empregos, devido ao risco iminente de demissões, além do próprio esgotamento por conta da nova rotina de trabalho e a manutenção de sua saúde mental.

Desafios pontuados bem acima de outras preocupações, como segurança financeira, creche e responsabilidades de educação em casa. Além disso, as mulheres foram aproximadamente 1,5 vez mais propensas a relatar a saúde mental como um desafio em comparação com os homens, 25% das mulheres em cargos seniores consideraram abandonar seus trabalhos no mesmo período. Longe de ser uma questão branda para a economia global, a perda de produtividade devido à saúde mental precária pode chegar a até US\$ 1 trilhão por ano.

Nos anos subsequentes de pandemia observamos o *Great Resignation*, que consistiu em altas taxas de pedido de demissão ocasionado não só por excesso de estresse relacionado ao trabalho, mas também por uma falta de identificação pessoal e sentido na permanência nesses empregos que geram dinheiro, mas não autorrealização e/ou tempo de qualidade com suas famílias, algo que o isolamento social permitiu que elas experimentassem e que contribuiu para escolhas que se adequassem a um estilo de vida menos centrado no trabalho.

Dados do último relatório anual da Gallup mostram uma estagnação no engajamento global e na autoavaliação de bem-estar de trabalhadores no mundo. Com apenas 21% dos funcionários engajados no trabalho e 33% dos funcionários prosperando em seu bem-estar geral, a maioria não considera que seu trabalho possui significado, que suas vidas estejam indo bem ou não se sente esperançosa em relação a seu futuro.

As dores do trabalho não são resolvidas se afastando dele. Assim, semanas de menos dias ou horas, e implementação de trabalho 100% remoto são ações paliativas que podem ser agregadas a outros investimentos em fatores protetivos. No entanto, para combater de forma efetiva essas dores, deve-se focar no conhecimento, discussão e resolução de fatores críticos-causais do estresse e insatisfação no dia a dia do trabalho.

Compartimentalizar emocionalmente o trabalho (ou qualquer outra coisa na vida) é difícil. Mesmo que seu chefe ou colegas não possam te ligar ou enviar *e-mail* depois das 17h, você provavelmente não vai se recuperar instantaneamente ao fechar seu *notebook* da repressão/mal-estar que tiveram mais cedo no mesmo dia, sendo quase impossível deixar esse tipo de bagagem emocional no horário de trabalho. Em um estudo da Gallup na Alemanha, 51% dos trabalhadores ativamente desengajados disseram que o estresse no trabalho os levou a comportar-se mal com os entes queridos.

ENTÃO, O QUE FAZ UM TRABALHO RUIM?

De acordo com os trabalhadores do mundo, não faz muito bem para a saúde. Em um dos maiores estudos sobre burnout, a maior fonte relatada de estresse foi “tratamento injusto no trabalho”. Isso

foi seguido por uma alta carga de trabalho, má comunicação organizacional, falta de apoio da liderança e pressão tempo hábil x resultado esperado.

Dentro desse cenário se vê o surgimento de um novo fenômeno, o “*quiet quitting*” (demissão silenciosa), que acontece quando funcionários infelizes no trabalho (segundo o mesmo estudo da Gallup,

*“O FENÔMENO TEM
UM COMPONENTE DE
BEM-ESTAR BASTANTE
IMPORTANTE, POIS
COLOCA O INDIVÍDUO AO
INVÉS DE SEU TRABALHO
COMO PRINCIPAL
NORTEADOR DE SUA VIDA
E ESTABELECE LIMITES”*

60% dos funcionários sentem-se emocionalmente desconectados de seu trabalho), sem alternativas no mercado ou soluções internas, decidem fazer apenas o mínimo esperado para sua função, ou simplesmente não aceitar trabalhos adicionais sem pagamento extra. A proposta traz na verdade um contraponto à cultura empresarial global de excesso de

trabalho e, portanto, geradora de burnout, onde são valorizadas e promovidas as pessoas que trabalham mais pesado e por mais horas, sendo esse trabalho não remunerado uma parte já esperada de muitos empregos. O fenômeno tem um componente de bem-estar bastante importante, pois coloca o indivíduo ao invés de seu trabalho como principal norteador de sua vida e estabelece limites. A tendência ganhou força, principalmente, entre os *millenials*, haven-

do viralizado vídeos na rede social de preferência dessa geração, TikTok, de como implementá-la.

Tudo isso representa uma séria ameaça à força de trabalho como conhecemos atual e futura, a economia e o sucesso coletivo, instaurando a necessidade da revisão da estruturação e organização do trabalho.

GESTÃO DE ESTRESSE ORGANIZACIONAL X PROGRAMAS DE RESILIÊNCIA

Quando falamos de Estresse Organizacional, é importante entender que estamos tratando de um fenômeno multidimensional. Diversas ferramentas são unânimes em reconhecer os múltiplos agentes envolvidos na construção do ambiente de trabalho, que afetam diretamente a experiência do trabalhador dentro do ambiente corporativo. Os trabalhos do Professor Jonathan Hammond da Universidade de Nottingham corroboram a tese ao demonstrar que podemos dividir em 7 pilares o processo de construção da experiência emocional do trabalho aqui citado:

- 1. Propósito**
- 2. Demandas**
- 3. Controle**

4. Comunicação

5. Suporte de pares

6. Suporte de líderes

7. Assédio moral

Quando observamos os pilares acima descritos, fica evidente que o investimento das empresas em programas de resiliência endereça apenas a capacidade dos funcionários em resistirem às diferentes pressões exercidas pela máquina corporativa sobre o indivíduo, transferindo o ônus de um claro problema organizacional da corporação para o trabalhador, como se coubesse a ele, e não à empresa, a responsabilidade de gerenciar a cultura corporativa.

Antes de seguirmos no tema, seria importante entender a etimologia da palavra RESILIÊNCIA.

RESILIÊNCIA: SEGUNDO O DICIONÁRIO AURÉLIO, ESTA PALAVRA SIGNIFICA:

- **Significado de Resiliência:** “substantivo feminino: Característica dos corpos que, após sofrerem alguma deformação ou choque, voltam à sua forma original; elasticidade”.

Uma vez entendido o significado da palavra, também é interessante verificarmos quais são os sinônimos deste jargão corporativo para a língua portuguesa:

- **Sinônimos de Resiliência:** superação, recuperação, resistência, força, invulnerabilidade, inatacabilidade, estoicismo.

Acredito que o leitor mais atento já tenha entendido onde queremos chegar. Então, para continuarmos este exercício, será mais interessante ainda conhecer o significado do antônimo de resiliência.

ANTÔNIMOS DE RESILIÊNCIA

- **Resiliência é o contrário de:** afastamento, cessação, renúncia, renúncia, cessão.

Seria possível, então, entender que as atuais corporações esperam poder submeter seus funcionários a repetidos choques, deformações e ainda esperar que eles voltem a seu estado original através do suporte de programas que tem o intuito de torná-los estoicamente invulneráveis? E que se eles porventura não se adequarem às repetidas deformações causadas pelas determinadas culturas corporativas, seriam então considerados afastados, cessantes ou objetos de renúncia? Antes de respondermos a esta pergunta, talvez seja ainda mais interessante retornarmos à base da gestão de risco:

Em geral, qualquer estratégia de manejo de riscos ocupacionais passa por uma hierarquia que valoriza a eliminação do risco em detrimento de formas de organização, que apenas forneçam ferramentas para minimizar o mesmo. Fazemos então um paralelo entre o risco psíquico causado pelo Estresse Organizacional e o risco de perda auditiva.

No modelo acima adotado pela NEBOSH (*National Examination Board in Occupational Safety and Health – UK*), se aplicarmos o raciocínio à PAINPSE (Perda Auditiva Induzida por Nível de Pressão Sonora Elevado), veremos que a doença causada pela longa exposição ao ruído excessivo é a perda auditiva. Classicamente para o controle do risco, é oferecido o EPI (Equipamento de Proteção Individual). Neste caso, adiciona-se uma camada protetiva ao trabalhador para que a orelha interna absorva o mínimo ruído possível para diminuir-se a chance de lesão. No entanto, como mostra o gráfico, por uma varia-

díssima gama de fatores, a gestão de risco, através do fornecimento de EPI, é 10 vezes menos eficiente do que a eliminação do risco (**Figura 1**). No ambiente fabril, isto se dá através do encarceramento das fontes de ruído ou simplesmente pela substituição das fontes causadoras por artefatos que emitam um nível de pressão sonora dentro da faixa permitida.



Figura 1 – Modelo de Gestão de Risco Ocupacional

Fonte: NEBOSH

Uma vez que, atualmente, o estresse causado pela organização do trabalho também é entendido como risco ocupacional e, seguindo no paralelo entre burnout e perda auditiva, podemos traçar uma comparação onde, ao se fornecer ao empregado um curso de resiliência, isto seria o mesmo que oferecer a ele um plug de ouvido (protetor auricular). Sob esta ótica, ele seria responsável por adquirir ferramentas psíquicas que o tornassem mais resistente às pres-

sões oriundas do estresse causado pela organização, assim como o plug de ouvido o defenderia da perda auditiva, causada pela falta de controle de ruído ambiental. Por outro lado, o paralelo com a gestão de ruído também é válido sob a lógica de eliminação do risco, onde atacar as falhas da organização através de programas estruturados de Gestão de Estresse Organizacional torna-se tão eficiente quanto a eliminação da fonte de ruído para o trabalhador. Seguindo esta lógica, pode-se concluir que programas de Controle Organizacional são 10 vezes mais eficientes do que programas focados puramente em resiliência, porque eles atacam a fonte do problema, que é a organização do trabalho e não a simples culpabilização do trabalhador por erros da organização/liderança.

ESCOLHENDO UMA FERRAMENTA

Para definição da ferramenta a ser utilizada para a gestão de estresse organizacional, deve-se considerar a ideia central do porquê este processo/programa está sendo implementado. Muitas ferramentas presentes no mercado hoje focam-se em sinais e sintomas de estresse e burnout, assim como em suas formas de proteção, mas não necessariamente na identificação de pontos críticos. Não vão a fundo no cerne do motivo pelo qual os funcionários estão sofrendo com altos níveis de estresse. Ocorre, também, que algumas ferramentas, por se enfocarem nos resultados de um ambiente estressante, complicam ou, inclusive, impossibilitam um processo de definição de plano de ação que possa mudar aquela realidade de resultados e tampouco fornecem uma identificação clara de respostas cruciais como: Quais as principais áreas de ocorrência? Qual nível de estresse? Por que temos esse nível? E como vamos endereçar?

Sendo assim, o primeiro passo para a implementação de um programa de gestão de estresse robusto é a definição de uma ferramenta que possibilite a identificação de causas de estresse e, posteriormente, possibilite a criação de um plano de ação claro para redução dos níveis de estresse.

Essa é uma das vantagens da utilização da metodologia do HSE (*Health and Safety Executive* – Agência governamental do Reino Unido responsável pelo incentivo, regulação e aplicação da saúde, segurança e bem-estar no local de trabalho, e por pesquisas sobre o risco ocupacional – *Stress at work* – HSE). A metodologia desenvolvida pelo HSE possibilita que o empregador realize a identificação do risco de estresse no ambiente de trabalho, as causas de estresse, seus sinais e, principalmente, possibilita que o empregador proteja seus funcionários através da criação de planos de ação que vão suportar o indivíduo, a liderança da organização e grupos de trabalho.

E COMO FUNCIONA A METODOLOGIA DO HSE?

Simples. Aplicação de uma pesquisa que deverá ser respondida por todos os funcionários da organização, ou de um time quando o trabalho é realizado em pequenos silos. A pesquisa consiste em 35 perguntas divididas em 7 pilares, que são equivalentes às principais causas de estresse organizacional:

- 1. Demandas** – inclui questões como volume de trabalho, modelo de trabalho, e o ambiente de trabalho;
- 2. Controle** – inclui questões sobre o quanto o funcionário tem controle sobre o como/quando seu trabalho deve ser executado, relaciona-se com autonomia;

3. **Suporte da Liderança** – inclui o quanto o funcionário se sente apoiado pela sua liderança direta;
4. **Suporte dos Pares** – apresenta o quanto o funcionário se sente apoiado pelos seus colegas de trabalho;
5. **Papel na Organização** – inclui questões como conhecimento do funcionário do seu papel dentro da organização e se a organização garante que ele não possua papéis conflitantes;
6. **Relacionamentos** – inclui a promoção de ambiente de trabalho positivo e gestão de conflitos, com zero tolerância para *bullying* e assédio moral;
7. **Mudanças** – como as mudanças organizacionais grandes ou pequenas são gerenciadas e comunicadas;

Funcionários respondem às 35 perguntas na escala de Nunca (1), Raramente (2), Às vezes (3), Frequentemente (4) e Sempre (5).

Pilares	Perguntas
Demandas	Grupos de trabalho diferentes pedem-me coisas difíceis de conjugar
	Tenho prazos impossíveis de cumprir
	Tenho que trabalhar muito intensivamente
	Tenho que negligenciar tarefas porque tenho muitas coisas para fazer
	Não consigo fazer pausas suficientes durante meu horário de trabalho
	Sou pressionado a trabalhar durante horários longos
	Tenho que trabalhar muito depressa
	Tenho pressões de tempo irrealistas

Pilares	Perguntas
Controle	Posso decidir quando fazer uma pausa
	Tenho capacidade de decisão sobre a minha velocidade de trabalho
	Posso decidir como realizar o meu trabalho
	Tenho poder de escolha para decidir o que faço no trabalho
	Tenho algum poder de decisão sobre a minha forma de trabalho
	O meu horário de trabalho pode ser flexível
Suporte da liderança	Recebo <i>feedback</i> de apoio sobre o trabalho que faço
	Posso estar seguro de que o meu chefe imediato me ajuda num problema de trabalho
	Posso falar com o meu chefe imediato sobre algo no trabalho que me transtornou ou irritou
	Recebo apoio durante trabalho que pode ser emocionalmente exigente
	O meu chefe imediato encoraja-me no trabalho
Suporte dos pares	Se o trabalho se torna difícil, meus colegas de trabalho ajudam-me
	Tenho ajuda e apoio necessários dos meus colegas de trabalho
	Sou respeitado como mereço pelos colegas de trabalho
	Os meus colegas de trabalho estão dispostos a ouvir os meus problemas relacionados com o trabalho
Relacionamentos	Sou sujeito a assédio moral sob a forma de palavras ou comportamentos
	Há fricção ou animosidade entre os colegas
	Sou sujeito a intimidação/perseguição no trabalho
	Os relacionamentos no trabalho estão sob pressão
Papel na organização	Sei claramente o que é esperado de mim no trabalho
	Sei do que necessito para fazer o meu trabalho
	Sei claramente os meus deveres e responsabilidades
	Sei claramente minhas metas e as metas e objetivos do meu departamento
	Compreendo como o meu trabalho se integra no objetivo geral da organização
Mudanças	Tenho oportunidades suficientes para questionar sobre mudanças no trabalho
	O pessoal é sempre consultado sobre mudança no trabalho
	Quando são efetuadas mudanças no trabalho, sei claramente como resultarão na prática

Tabela 2 - Distribuição das 35 perguntas dentro dos 7 pilares, de acordo com a metodologia do HSE

Após a finalização, as respostas passam por um algoritmo que gera uma pontuação para cada um dos pilares e uma geral, que em uma escala numérica identifica o nível de estresse do funcionário, equipes, negócio e empresa. As respostas são então agrupadas em um relatório geral da organização e também pode ser realizada a criação de relatórios individualizados para cada time/líder/gerente/grupo de trabalho dentro da organização. Para garantir a confidencialidade dos dados, somente devem ser montados relatórios para grupos de 5 respondentes.

Pontuação	Risco	Descrição
Menor de 2 pontos	Crítico	Altíssimo nível de estresse – Alto risco de burnout
De 2 a 3,5 pontos	Perigo	Alto nível de estresse. Risco de burnout presente (3,5 nota de corte onde se inicia o risco de burnout)
Maior que 3,5 a 4,5	Normal	Nível de estresse controlado
Maior que 4,5 a 5	Bom	Nível optimal de estresse

Tabela 3 – Classificação do risco: após a tradução dos dados vamos ter uma pontuação na escala de 1 a 5

A escala de pontuação é utilizada para identificar os principais pilares que apresentam riscos, ou seja, as principais causas de estresse na organização. Dados devem ser apresentados da seguinte maneira:

- Índice de estresse organizacional para cada um dos 7 pilares;
- Porcentagem de funcionários em cada grupo de risco;
- E também a distribuição de risco dentro de cada pilar ou até mesmo cada pergunta.

PILARES DE GESTÃO DO ESTRESSE ORGANIZACIONAL



Figura 2 – Índice de estresse organizacional para cada pilar

PORCENTAGEM DE FUNCIONÁRIOS EM CADA NÍVEL DE RISCO DE ESTRESSE ORGANIZACIONAL

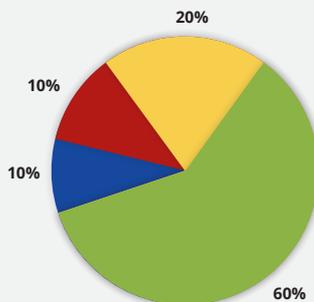


Figura 3 – Distribuição em grupos de risco

PORCENTAGEM DE FUNCIONÁRIOS EM CADA NÍVEL DE RISCO



Figura 4 – Distribuição em grupos de risco por pilar

Legenda para Figuras 2, 3 e 4

- Crítico
- Perigo
- Normal
- Bom

POR QUE A METODOLOGIA DO HSE É TÃO FASCINANTE?

Primeiro, porque é uma ferramenta validada com comprovação dos resultados apresentados com base em fatores organizacionais, permitindo avaliar o risco de desenvolvimento de um acometimento de saúde mental, podendo, portanto, ser complementada em um segundo momento por ferramentas de diagnóstico médico para depressão, ansiedade, estresse, burnout dentre outros, se necessário, na continuidade do cuidado de saúde ocupacional ou assistencial. Além disso, é uma ferramenta *open source*, ou seja, toda a metodologia desenvolvida está disponível no *site* do HSE para *download* e uso em qualquer organização de forma gratuita.

QUEM DEVE SER ENVOLVIDO NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA CORPORATIVO

A implementação de programas focados na promoção de saúde e bem-estar e, conseqüentemente, um programa de gerenciamento de estresse, precisam estar atrelados a uma estratégia mais ampla. É preciso um alinhamento com a área de Recursos Humanos e muitas vezes com as próprias áreas de negócio.

Antes de buscar parceiros internos, vale munir-se, além de dados de incidência de casos de burnout, processos, recursos e tratativas, tanto administrativas quanto de suporte aos casos, como também da plena compreensão do propósito, missão e valores da empresa e suas áreas de negócio, além dos objetivos específicos da área de recursos humanos.

Com isso, é possível desenhar uma estratégia que permita um gerenciamento ativo (prevenção) ao invés de apenas reativo, que, conectada aos objetivos gerais da empresa, promove a confiança e engajamento dos líderes e funcionários em toda a jornada de implantação, bem como a manutenção da estratégia ao longo dos anos.

SÃO PARCEIROS IMPORTANTES:

- 1. Diretoria de Recursos Humanos** – detentores da estratégia de pessoas;
- 2. Business Partners de Recursos Humanos** – operacionalizam a estratégia de pessoas e possuem muita proximidade com os negócios e dia a dia da empresa, muitas vezes carecem de suporte técnico no que concerne ao aumento da incidência de transtornos de saúde mental, se beneficiam do programa, pois passam a ter dados mais objetivos sobre o estresse organizacional, conseguem a partir do programa melhorar sua atuação no desenvolvimento das lideranças, considerando uma visão de impacto nas equipes que transcende a produtividade e resultados;
- 3. Saúde Ocupacional** – detém os dados de incidência de afastamentos relacionados à saúde mental (em empresas pequenas, muitas vezes os afastamentos são geridos pelo departamento pessoal);
- 4. Departamento Pessoal/Folha de Pagamento** – acessam os dados tributação relacionada a afastamentos por doenças relacionadas ao trabalho – FAP e RAT ajustado. Desde janeiro de 2022 o burnout está listado na 11ª Classificação Internacional de Doenças – CID 11 e assim pode gerar um auxílio doença acidentário (b.91);

- 5. Liderança** – um programa lançado pela alta liderança da empresa tem maiores índices iniciais de adesão, pelo simples fato de ser uma “recomendação” de pessoas que representam a empresa. O suporte das lideranças diretas, no entanto, é que vai garantir que o programa seja perene e sustentável ao longo do tempo. Espera-se que os líderes advoguem em favor do programa, participem do programa (*role modeling*) e que permitam a participação de seus liderados, criando espaço nas agendas da equipe para o programa;
- 6. Comitê de Saúde** – muitas vezes composto por membros da área de saúde ocupacional, benefícios e compras (ou negociadores), a parceria com esse time pode trazer correlações importantes quanto à utilização do plano de saúde, desconto em farmácias e terapias, além de outros serviços de impacto em gestão de estresse, como atividade física, por exemplo.

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE ESTRESSE ORGANIZACIONAL

A estratégia de implementação do programa se dá em 3 fases: técnica, estrutural e operacionalização.

FASE TÉCNICA:

Inicia-se com a definição da ferramenta. Os líderes do projeto devem ter conhecimento extensivo da ferramenta eleita, a fim de prevenir possíveis barreiras na aceitação e implementação do programa,

estando preparados para defendê-la e definir os próximos passos de um programa sustentável a longo prazo. O departamento de tecnologia da informação pode ser um grande aliado na automação e gestão de confidencialidade da ferramenta. O passo seguinte é alinhar com Saúde Ocupacional o fluxo de encaminhamento e acolhimento das pessoas/equipes/lideranças em risco. A confidencialidade médica é um grande aliado para garantir que o cuidado individual possa ser ofertado aos indivíduos em risco e ainda assim manter os dados pessoais e sensíveis protegidos. Recomenda-se, ainda, a validação jurídica dos processos, principalmente no que tange ao cumprimento da LGPD.

FASE ESTRUTURAL:

Tem como um dos parceiros a área de Recursos Humanos para conectar os programas de saúde preexistentes com o novo programa com foco em saúde mental, dar suporte na aplicação da pesquisa e, conseqüentemente, na criação dos planos de ação aplicáveis para a organização como um todo e apoiar o acompanhamento da implementação desses planos de ação, além de contribuir com a implementação de medidas administrativas como ferramentas de produtividade e colaboração (*Teams, Slack*), ferramentas que façam gestão do horário de envio dos *e-mails*, gestão de agenda e conexões (exemplos *Viva Insights* e *Meet Smarter* da Microsoft), ajuste de benefícios e avaliações/desenvolvimento da liderança.

O engajamento com os principais *stakeholders* é a cereja do bolo dessa fase, até um programa de estrutura robusta pode ruir sem o suporte das lideranças, assim é de extrema importância seu "*buy-in*" para o sucesso da iniciativa. A Alta Liderança atua como um direcionador do engajamento, enquanto as médias e baixas lideranças fazem o

papel de ampliação da adesão como modelos e atuam na permissão de participação de seus direitos, elevando os níveis de confiança dos trabalhadores no programa, sua confidencialidade e propósito de mudança positiva da cultura organizacional. É muito importante apresentar aos líderes o fluxograma do programa, e garantir a compreensão da ferramenta, as etapas de implantação e seu papel no sucesso do programa.

FASE DE OPERACIONALIZAÇÃO:

Com a base técnica e a estrutura definidas, segue-se para o envio da pesquisa para os funcionários, que pode ser feito de duas maneiras: um grande lançamento e implementação mais abrangente – que geralmente traz efeitos positivos em termos de adesão (O envolvimento de comunicação corporativa é importante para atingirmos a participação esperada no programa, que para garantir o seu sucesso deve ser em torno de 75% da força de trabalho), ou uma implementação em pequenas partes da organização, dando espaço para revisão de possíveis falhas no processo e construção/testagem de modelos de trabalho mais efetivos para as equipes. Recomenda-se, de qualquer maneira, que se faça pelo menos um piloto com 20 a 30 funcionários.

Após o fechamento do prazo de respostas (de 1 semana a 15 dias), tem-se o tempo de elaboração dos relatórios que vai variar quanto ao nível organizacional (tamanho da equipe, níveis hierárquicos envolvidos) e automatização do processo, podendo levar de 7 a 15 dias. Os relatórios de time são então enviados para as lideranças e as sessões de construção do plano de ação agendadas. Recomenda-se a reaplicação anual do programa e o acompanhamento dos planos de ação de forma sistemática nas reuniões periódicas de alinhamento das equipes.

ANÁLISE DOS ACHADOS E ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Os dados devem ser tabulados, traduzidos e apresentados de acordo com a estrutura organizacional da corporação. Cada gestor com mais de 5 funcionários participando da pesquisa deve receber seu relatório individual para identificação dos achados e posterior definição do plano de ação.

Muitas das ferramentas do mercado organizam-se por pilares e os resultados são apresentados respeitando essa organização. No caso do HSE são: Demandas, Controle, Suporte da Liderança, Suporte dos pares, Relacionamentos, Papel na organização e Mudanças. Cada relatório deve conter a classificação de risco geral dos funcionários e a pontuação de cada pilar e cada pergunta da pesquisa. Somente assim será possível a construção de um plano de ação robusto, para endereçar com clareza os principais fatores geradores de estresse.

Os achados devem ser analisados, levando em consideração o indivíduo, a equipe de trabalho e a organização como um todo.

COMO MONTAR O PLANO DE AÇÃO APÓS O RECEBIMENTO DOS RESULTADOS?

Veja novamente o gráfico apresentado na **Figura 2**. De acordo com ele, podemos identificar que as áreas de risco para esse grupo são Demandas, Controle, Papel na Organização e Mudanças. Para cada pilar de estresse organizacional deve-se identificar uma ação ou cor-

relação com programa de promoção de saúde presente na organização para apoiar a redução dos níveis de risco de estresse. Para maior clareza na identificação das causas de estresse, podemos recorrer à pontuação de cada uma das perguntas (**Figura 5**).

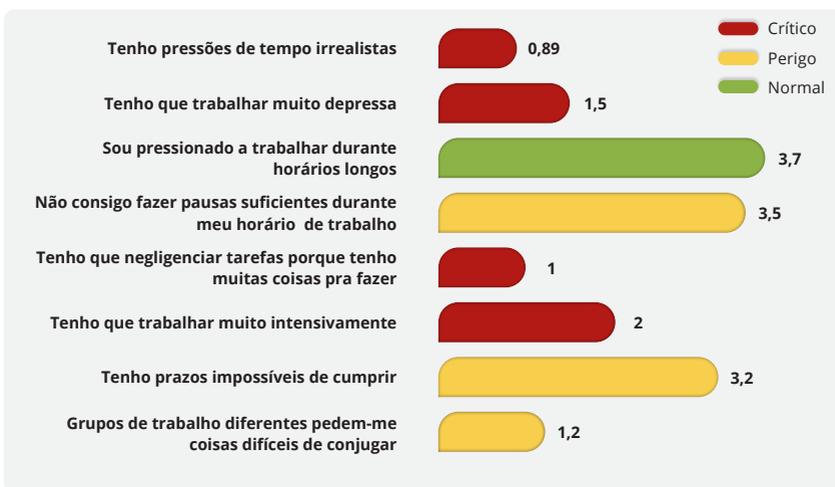


Figura 5 – pontuação de demandas

Com o nível de detalhe apresentado, fica muito simples e fácil identificar as principais fontes geradoras daquele risco. Fica assim destinado ao grupo de trabalho identificar as melhores soluções para endereçar o risco identificado. Essa etapa é muito importante porque ninguém melhor do que os próprios funcionários da área para apresentarem soluções plausíveis para os riscos identificados em suas áreas e no seu dia a dia de trabalho. Isso se torna ainda mais relevante quando estamos falando de uma área produtiva, onde os riscos de estresse relacionados a demandas podem estar diretamente relacionados a riscos de ergonomia ou até mesmo de acidentes de trabalho. Ninguém melhor que o operador de um equipamento

para, por exemplo, junto à equipe de manutenção e de Segurança e Saúde no Trabalho, identificar melhorias de produtividade da máquina e redução do risco de ergonomia, acidente e, conseqüentemente, estresse atrelado à execução de uma atividade de alto risco para sua segurança e saúde.

A metodologia do HSE nos permite a criação de um plano de ação para endereçar cada uma das questões identificadas como risco e também o envolvimento de áreas de suporte para criação de planos de ação robustos que vão apoiar a redução do risco de estresse organizacional. A elaboração do plano de ação deve levar em conta os dados levantados durante a pesquisa e também a conexão com outros dados organizacionais, como pesquisas de clima e dados de absenteísmo.

Um ponto relevante a ser mencionado são os casos onde a liderança é identificada como ponto de altos níveis de *stress* para o grupo de trabalho. Nesse caso é de extrema importância o envolvimento de recursos humanos para identificar as causas junto à equipe de trabalho e o líder de forma separada e suportar de forma simultânea ambas as partes. O líder pode ser encaminhado, por exemplo, para programas de *mentoring* e *coaching*.

A metodologia do HSE pode e deve ser utilizada para dar visibilidade à atuação para redução do estresse do indivíduo, dos grupos de trabalho (times), da liderança e da organização como um todo. A beleza de aplicar uma ferramenta com essa vasta atuação é a possibilidade também de centralizar a tratativa com uma equipe multidisciplinar, obtendo assim um plano de ação mais abrangente e com mais robustez.

Exemplos do envolvimento de diferentes *stakeholders* no momento da elaboração do plano de ação e suas principais funções:

- Cada líder com seu relatório contendo dados dos seus reportes diretos vão trabalhar na elaboração de um plano de ação para endereçar os principais achados (principais focos de estresse). As ações devem ser simples e diretas e se possível no formato SMART, para ter uma ação clara, com responsável, tempo de execução etc. Não devem ser criados planos de ação muito complexos e com muitas ações. Os planos de ação mais efetivos são os que identificam a raiz do problema e a equipe em conjunto identifica possíveis soluções.
- O RH tem papel essencial no momento de criação do plano de ação para suportar líderes, que possivelmente sejam identificados como fonte de estresse para a equipe e também para o desenvolvimento de um plano de ação compreensivo que atenda a situação de risco identificada na organização. Outro ponto importante é a conexão dos riscos identificados com programas já disponíveis para suporte de indivíduos e da liderança para suporte na redução dos níveis de *stress*.
- A equipe de saúde ocupacional deve ser envolvida para suporte de indivíduos em risco. Para garantir a confidencialidade dos dados, mas garantir suporte médico aos funcionários que solicitarem suporte individual.

CORRELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E PRODUTIVIDADE

Um dos pontos mais críticos de como implementar e garantir a sustentabilidade de programas de saúde e bem-estar ao longo do tempo

está nas medidas de sucesso do programa. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, para cada dólar gasto na ampliação do tratamento para transtornos mentais comuns, um retorno de quatro dólares pode ser obtido em melhor saúde e produtividade, porém como trazer isso para as realidades das empresas?

É preciso considerar métricas que já sejam de amplo conhecimento das organizações e já estejam implantadas. Dados de performance e/ou produtividade, são medidos de maneiras diferentes em cada uma das empresas, porém correlações podem ser estabelecidas e cálculos de retorno de investimento e custos evitados podem ser estabelecidos.

Diversos estudos fazem a correlação entre estresse e produtividade, principalmente em se considerando esses dados de maneira coletiva, porém são nos pequenos silos, as equipes de trabalho, onde é possível entender o impacto do estresse em produtividade.

Em um estudo conduzido de 2019 a 2021, em uma empresa multinacional com equipes de vendas (de 5 a 10 pessoas), verificou-se que as equipes que se comprometeram nesse coletivo do time e foram capazes de gerenciar os fatores de risco para o burnout, como demanda, falta de autonomia, baixo suporte da liderança/colegas, maus relacionamentos, confusão de papéis e má comunicação, tiveram redução do nível de risco para burnout em até 65%. Esses times foram os que também apresentaram melhor produtividade. As equipes que não conseguiram se desenvolver em termos de relacionamento interno para gerenciar os fatores causais do estresse e tiveram manutenção dos níveis de estresse, também não apresentaram mudanças em sua produtividade. Por sua vez, equipes que apresentaram piora nos níveis de estresse geral também pioraram sua produtividade como equipe, ainda que tenham havido melhorias individuais no período.

SOBREVIVENDO AOS RESULTADOS

A Experiência demonstra que, mesmo que você consiga suporte político da corporação para implementar o programa de gerenciamento de *stress* e, posteriormente à publicação dos dados, consiga espaço para ajudar as equipes no desenvolvimento dos planos de ação, lembrando que são pouquíssimas as organizações que têm a honestidade intelectual de absorver o choque causado pelos dados e seguir adiante com o programa. A maneira como a ferramenta HSE é montada acaba dissecando o ambiente organizacional de uma corporação num nível poucas vezes observado.

Ao se fazer o *Deep Diving* nos resultados dos pilares, a empresa pode ver expostos problemas que antigamente eram desconhecidos ou, pior, para os quais a alta liderança poderia fazer vista grossa.

A primeira ação por parte das lideranças corporativas ao serem confrontadas com resultados desagradáveis que, muitas vezes, não são mais do que o simples resultado de sua própria falta de gestão, os executivos geralmente passam por todas as fases do luto.

- 1. Negação:** Ao apresentar os resultados, provavelmente você será desafiado no sentido da representatividade dos dados, o Método HSE propõe que resultados fortes do ponto de vista estatístico aparecem com mais de 20% da população acessada. Para isso, tenha sempre em mãos os números que validam o projeto, assim como os seus próprios números planejados. Uma vez passada esta fase, as lideranças começam a dizer que “*Stress* Ocupacional é algo que vem de casa e a companhia não pode ser responsabilizada por isso”. Neste momento, com cal-

ma, você deve explicar que o *Stress* é um fenômeno multifatorial, que, sim, há fatores relacionados a ambientes domésticos que, sim, estão fora do controle da corporação, mas que a ferramenta escolhida avalia fatores específicos da organização do trabalho e que, então, o diagnóstico apresentado refere-se a fatores de organização do trabalho.

- 2. Raiva:** Em geral, o segundo passo após tentativas de descaracterização da ferramenta passa pela tentativa de derrubar e matar o mensageiro, este é um momento importante pois nele, a única maneira de manter-se no jogo, é argumentar que o diagnóstico na verdade é uma maneira de demonstrar que existem processos que podem ser melhorados, que o diagnóstico não deve ser feito em termos de caça às bruxas,. Este é um momento onde o interlocutor deve manter-se calmo e demonstrar que o diagnóstico é apenas o início do processo e que, com a ajuda do *board*, tudo que foi apresentado pode ser melhorado. Este é o momento onde o posicionamento do apresentador deve ser extremamente diplomático. Minha experiência demonstra que 90% dos programas de Gestão de *Stress* Ocupacional morrem no momento da apresentação dos resultados.
- 3. Negociação:** Neste momento, você deve oferecer sua ajuda para apoio e suporte na elaboração dos planos de ação, mais do que tudo, de antemão deve saber demonstrar que a correta elaboração dos planos para as equipes levará a uma melhoria holística de processos na empresa.
- 4. Depressão:** Neste momento, se você conseguiu fazer com que os líderes entendam que o burnout é oriundo de pressões do trabalho e que a causa disso advém de fatores de processos ruins

que justamente podem ter sido frutos de más decisões daquela plateia, se percebe um sentimento de culpa generalizado entre o board, neste momento você deve dizer coisas de incentivo que o motivem a ajudá-lo a encontrar uma solução.

- 5. Aceitação:** Se você sobreviveu a todas as etapas anteriores, este é o momento de apresentar o seu plano de ação e agarrar-se com unhas e dentes na continuidade do projeto.

ARMADILHAS CORPORATIVAS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO

As armadilhas encontradas durante a implementação de um programa de saúde mental são muitas, a palavra-chave para o sucesso nesse caso é alinhamento. E o alinhamento deve ser realizado desde o início do processo de implementação de um programa de gestão de estresse. Desde a escolha da ferramenta que será utilizada, aprovação da equipe de *compliance* local, identificação de guias preestabelecidos pela legislação local da cidade, estado e país.

Tendo a ferramenta de aprovação, seguimos então para o alinhamento a implementação com a liderança da organização. É importante lembrar que a liderança da organização é um *stakeholder* essencial para o sucesso do programa. O processo de alinhamento se torna simples quando você consegue, com clareza, estabelecer o sistema de ganha-ganha com todos os *stakeholders*. Qual o ganho o RH terá com a implementação e o sucesso do programa de gestão de estresse? Mesma coisa para equipe de EHS, produtividade, líderes etc. Um

“COM UM AVISO DE PRIVACIDADE BEM ESTRUTURADO E COM A APROVAÇÃO DO GRUPO DE COMPLIANCE LOCAL, MUITAS ARMADILHAS SERÃO ELIMINADAS.”

exemplo simples seria a demonstração da possibilidade do aumento da produtividade de uma equipe de força de vendas relacionado à redução dos níveis de estresse da organização.

Algumas armadilhas infelizmente não podem ser eliminadas com alinhamento, mas com toda a certeza o alinhamento faz com que as armadilhas sejam facilmente identificáveis e as soluções sejam mais simples.

Um ponto muito importante a ser frisado é a necessidade de criação de um aviso de privacidade que todos os funcionários devem concordar antes de iniciar o preenchimento da pesquisa. O aviso de privacidade deverá conter informações a respeito de onde as informações serão armazenadas, por quanto tempo a informação será armazenada, como ela será utilizada e, principalmente, como será compartilhada. Como já foi mencionado, é de extrema importância a criação de reportes somente para grupos de trabalho com 5 ou mais participantes para garantir a confidencialidade dos dados. Com um aviso de privacidade bem estruturado e com a aprovação do grupo de *compliance* local, muitas armadilhas serão eliminadas.

Outro ponto relevante a ser mencionado é a respeito da tradução e manejo dos dados da pesquisa. É possível realizar a tradução e manejo de maneira 100% manual, através de ferramentas, como *Excel*

e *PowerPoint*. Neste caso, o cuidado com a confidencialidade e com armazenamento dos dados deve ser realizado de maneira extremamente cuidadosa. A outra maneira é o *design* de uma ferramenta de TI, que irá realizar de maneira automatizada a tradução de dados e criação de repórteres sem a necessidade da interferência humana e, conseqüentemente, sendo uma maneira mais segura. Assim, é possível e provável que o trabalho junto a uma equipe de TI ou até mesmo uma organização externa especializada na gestão de *stress* seja também uma forma de evitar armadilhas corporativas.

A CONQUISTA DA CULTURA

A cultura de Saúde e Bem-estar não se conquista de uma hora para outra, ela se dá através da construção de muitas alianças entre diversos *players* da companhia, seu fortalecimento vem da apresentação de resultados e da cumplicidade do trabalhador do chão de fábrica em tudo o que se faz. O profissional de saúde que quiser ter sucesso na implementação de uma nova cultura de saúde deve ser incansável na busca de aliados e jamais acreditar que uma empresa se moverá nesta direção apenas porque é o certo a se fazer. Empresas visam, exclusivamente, o lucro na forma da remuneração dos acionistas. Não lute contra a maré, você não consegue vencer o sistema, mas você pode convencer o sistema de que ele pode ser beneficiado se tiver profissionais mais engajados e saudáveis. Neste sentido, conhecer profundamente a cultura da empresa é imprescindível para o sucesso na implementação de uma cultura aliada de saúde. Explico: se a cultura de uma corporação é de lucro baseado em baixa margem como um *telemarketing*, então qualquer redução de absenteísmo acarretará numa melhora da produtividade da empresa, se você

traçar um *link* entre o seu programa e o KPI, para que o Board entenda que vocês estão do mesmo lado e apoie você, terá sucesso. Em casos de Farmacêuticas, onde a retenção de Talentos é crucial para o segmento de pesquisas clínicas, a construção de uma cultura psicologicamente saudável passa a ser uma decisão estratégica, onde um programa de gerenciamento de *stress* passa a ter uma necessidade quase inegociável, porém, mais uma vez, o estabelecimento de um *link* entre o processo e o indicador é imprescindível para que o Board veja isso como algo que deve ser adicionado à cultura.

Outro ponto que deve ser explorado, é a contínua comunicação entre o serviço de saúde e os funcionários, se ninguém sabe quais são os programas de qualidade de vida de uma empresa e a que eles se destinam, o fracasso é inevitável. Vale aqui lembrar de *cases* de sucesso como a Baxter e a Dupont, como grandes exemplos de longevidade em seus programas de saúde, onde a cultura de cuidado é embebida na cultura destas empresas.

NOVAS ABORDAGENS: SEGURANÇA PSICOLÓGICA E FELICIDADE CORPORATIVA

Desconsiderando o tempo que estamos dormindo, trabalhar é o que fazemos pelo maior tempo na vida¹. E se passamos tanto da nossa

¹ Considerando 44 horas por semana por 48 semanas por ano, trabalho o total de 2.112 horas por ano. Com 35 anos de contribuição para aposentadoria pelo INSS, isso faz 73.920 horas trabalhadas. Considerando que mais de um terço dos aposentados pelo INSS continuam trabalhando, esse número de horas é ainda maior e pode chegar a mais 115.000 horas trabalhadas.

vida no trabalho, como esse tempo pode nos trazer algo além de uma relação transacional baseada na garantia econômica de uma vida melhor fora do trabalho?

No que tange ao combate ao estresse organizacional, independente dos cenários encontrados pelas equipes que formam uma empresa quanto aos fatores de riscos mais presentes, sabe-se que os fatores protetivos possuem um papel extremamente importante na propagação de uma cultura positiva que promova a criação e manutenção de relacionamentos de qualidade, aproximação do propósito empresarial, dos propósitos individuais dos funcionários e do desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas que compõem a empresa. Assim, em se tratando de novas abordagens para o gerenciamento do estresse e promoção da saúde, vê-se a propagação dos conceitos de Segurança Psicológica e Felicidade Corporativa.

A Segurança Psicológica no Trabalho é um conceito criado pela cientista comportamental/organizacional Amy Edmondson, de Harvard, que o definiu como “uma crença compartilhada por membros de uma equipe, de que a equipe é segura para assumir riscos interpessoais”. O termo não pretende sugerir um senso de permissividade descuidado, tampouco um sentimento implacavelmente positivo, mas sim uma sensação de confiança de que a equipe não se envergonhará, rejeitará ou punirá alguém por falar o que pensa. Essa confiança decorre do respeito mútuo e da confiança entre os membros da equipe e precisa ser construída para que as discussões de ações voltadas ao gerenciamento do estresse e, principalmente, dos fatores causais relacionados à estrutura organizacional sejam possíveis. Através da segurança psicológica é que as pessoas podem construir relacionamentos positivos e saudáveis no ambiente de trabalho, o que tem um impacto direto na satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, com a Felicidade Corporativa.

A Felicidade Corporativa, por sua vez, tem ganhado espaço nas organizações por ser de fácil compreensão. As abordagens de saúde e bem-estar têm vistas a mudanças de índices de saúde, fatores de risco e, por incluir a gestão da saúde da força de trabalho e promoção da saúde, tem uma grande barreira de adesão por consequência da baixa literacia em saúde da população em geral (nem todas as pessoas querem ser saudáveis, principalmente considerando que na visão popular ser saudável inclui abrir mão de hábitos e de um estilo de vida que garantem uma série de sensações de bem-estar imediatos).

A Felicidade, no entanto, apesar de ser um conceito bastante individual, é facilmente compreendida como resultado final em si: viver emoções positivas com frequência. Atrelar o sentimento de felicidade ao trabalho, é fator essencial para lidar com a quebra de um paradigma ocasionada pela tecnologia e digitalização do trabalho. Não se pode mais falar de equilíbrio de vida pessoal e profissional, uma vez que com o trabalho remoto ou híbrido não há mais uma definição clara de limites físicos, e que a expansão de conceitos como *Ikigai* e vivência de propósito tem aproximado as pessoas a se filiarem a empresas e trabalhos que estejam mais alinhados a seus valores, permitindo sim falar de felicidade no trabalho.

Ambos os conceitos, segurança psicológica e felicidade no trabalho, se baseiam na qualidade dos relacionamentos criados no trabalho e da abertura que se tem para ser autêntico e, de certa forma, vulnerável em um espaço muitas vezes de ataque e conflitos. Um dos pontos de flexão importantes para implementar mudanças nesse sentido baseia-se em abrir as linhas de comunicação, e isso começa com os líderes, expondo suas emoções e utilizando perguntas de verificação nas interações individuais ou com os times, tão simples como: “Como você(s) está(ão) se sentindo?” e “Qual a maior preocupação/estresse

desta semana?”, e também a visão positiva do que lhes traz mais felicidade e como essas ações de felicidade estão garantidas no dia a dia no trabalho e fora dele e como o líder e a empresa podem garantir e fomentar momentos de prática de felicidade de forma sistemática no trabalho.

Independentemente de novas abordagens mais positivas, é importante lembrar que os problemas de saúde mental estão na população e, portanto, também estarão dentro da empresa. Lembrar sobre como as pessoas em crise imediata podem acessar recursos de saúde mental e ajuda profissional é extremamente importante.

REFERÊNCIAS

CZEISLER, M. E.; LANE, R. I.; PETROSKY, E. *et al.* Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the Covid-19. *Pandemic*, MMWR Morb Mortal Wkly Rep, United States, n. 69, p. 1049-1057, 24-30 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

GIORGI, G. *et al.* Economic stress in workplace: the impact of fear the crisis on mental health. *Work*, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 135-42, 2015. [ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25811111/).

<https://www.dicio.com.br/resiliencia/>

MENTAL health in the workplace. World Health Organization, maio 2019. [who.int](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-the-workplace).

MILNER, A.; PAGE, A.; LAMONTAGNE, A. D. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, [s. l.], v. 44, n. 5, p. 909-917, 2014. [ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811111/).

NORDT, C. *et al.* Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-2011. *Lancet Psychiatry*, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 239-245, 2015. [ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25811111/).

WOMEN in the Workplace Report 2021. Mc Kinsey.

COMO **PODEMOS** **CONTRIBUIR** COM O **MODO DE** **VIDA ATIVO** DOS TRABALHADORES?

DOUGLAS ROQUE ANDRADE

Escola de Artes Ciências e Humanidades/USP. Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política EACH/USP

DANIEL ROGÉRIO PETREÇA

Universidade do Contestado

VALQUIRIA DE LIMA

SUPPORTE Educação & Saúde no Trabalho

MARCOS GONÇALVES MACIEL

Universidade do Estado de Minas Gerais

O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública no Brasil durante os anos 1960/70 ocorreu com a ampliação do quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Essa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho introduz, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Importante destacar que, em 1978, foi publicada a Portaria nº 3.214, na qual o Ministro de Estado do Trabalho, no uso de suas atribuições legais, aprovou as Normas Regulamentadoras relativas à Consolidação das Leis do Trabalho, Segurança e Medicina do Trabalho para garantir a prevenção de acidentes e preservação da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras (GOMEZ *et al.*, 2018).

*“A ORGANIZAÇÃO
SOCIAL DO TRABALHO
DEVERIA CONTRIBUIR
PARA A CONSTITUIÇÃO
DE UMA SOCIEDADE
MAIS SAUDÁVEL”*

Em 1986, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (CANADÁ, 1986), que reforçou o significado das ações de promoção da saúde e a necessidade de construção de políticas públicas saudáveis para além do foco exclusivo no tratamento das doenças. O trabalho e o lazer foram apontados como possibilidades de também promoverem a saúde para as pessoas e que a organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável, já que a promoção da saúde pode re-

querer condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (SOUTO, 2003).

No cenário internacional, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, com o objetivo de contribuir para o Quadro Estratégico da Comissão Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho 2014-2020, propõe que a promoção da saúde no local de trabalho seja um esforço combinado de empregadores, trabalhadores, trabalhadoras e da sociedade como um todo, para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no local de trabalho. Esse esforço consiste em: 1) melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho; 2) incentivo à participação dos trabalhadores e trabalhadoras em atividades saudáveis; 3) disponibilização de escolhas saudáveis; e, 4) incentivos ao desenvolvimento pessoal (EU-OSHAS, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST (CNI, 2011), que tem por objetivos a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e trabalhadora, a prevenção de acidentes e de danos à saúde por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho, reforça dentro dos seus princípios: 1) universalidade; 2) prevenção; 3) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; 4) diálogo social; e, 5) integralidade. Para tanto, a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e trabalhadoras e empregadores e empregadoras.

Outra Política Nacional que antecedeu a PNSST, revista em 2014 é a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014), que deve

ser sempre retomada para pensarmos e planejarmos intervenções em saúde no ambiente de trabalho. A PNPS traz oito eixos prioritários: 1) formação e educação permanente; 2) alimentação adequada e saudável; 3) práticas corporais e atividades físicas; 4) enfrentamento ao uso de tabaco e seus derivados; 5) enfrentamento do uso abusivo do álcool e outras drogas; 6) promoção da mobilidade segura; 7) promoção da cultura de paz e dos direitos humanos; e, 8) promoção do desenvolvimento sustentável.

A PNPS (BRASIL, 2014), entre seus nove temas transversais, aponta os ambientes e territórios saudáveis e indica que “significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica”. E apresenta o tema vida no trabalho e reforça a compreensão em inter-relacionar o tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os distintos setores da economia (primário, secundário e terciário), considerando os espaços urbano e rural, identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica.

Concomitantemente a este processo de valorização da qualidade de vida, bem-estar e promoção da saúde do trabalhador e trabalhadora, muitas vezes tratados como sinônimos, mas que são construtos polissêmicos, amplos e complexos, que também se perpassam e devem promover o diálogo entre si, fundamentar e orientar as intervenções no campo prático, a promoção da atividade física também passou a receber a atenção de pesquisadores e pesquisadoras, profissionais de saúde, gestores públicos e privados de políticas e programas de promoção da saúde.

A própria população, em função do destaque dos processos de informação em massa, passou a reforçar a importância dos comportamentos saudáveis, entre eles, a alimentação adequada e saudável, sono e atividade física, entre outros; ainda que na maioria das vezes, reforçar a responsabilidade individual como o único determinante da adoção de comportamentos saudáveis.

Como componente desses comportamentos, os termos atividade física, práticas corporais, lazer ativo, exercício físico, esporte, ginástica, entre outros, podem aparecer muitas vezes como sinônimos, porém carregam significados e fundamentações teóricas distintas. A esse respeito, não aprofundaremos essa discussão acadêmica, mas é importante que a equipe que esteja planejando as intervenções de promoção da atividade física reflita sobre isso. Mesmo delimitando o uso do termo, não significa que os participantes atribuirão o mesmo significado de quem planejou as intervenções, ações ou programa. Pensando em processos de educação em saúde, estender essa reflexão aos envolvidos, como parte das ações pontuais ou do programa, deve ser considerado. Optaremos em usar ao longo do capítulo a expressão promoção da atividade física, como um termo guarda-chuva que possui varetas que dão uma sustentação à proteção da chuva. Ainda que possa parecer uma subordinação dos outros termos, reforçamos a ideia de complementariedade, convergência e sinergia entre eles, uma vareta quebrada tornará o guarda-chuva ineficaz.

Neste capítulo iremos refletir especificamente sobre questões relacionadas aos aspectos da atividade física. Nos cabe chamar a atenção para que o fato de tratarmos do tema atividade física isoladamente de outros temas relacionados aos modos de vida, se dá mais por uma questão da organização do livro, do que a nossa com-

preensão que estes devam ser tratados isoladamente em ações ou programas individuais ou coletivos, independentemente do cenário que as intervenções ocorram.

ATIVIDADE FÍSICA COMO UM DIREITO

A prática da atividade física realizada no tempo livre, normalmente, conhecida como atividade física de lazer, pode ser vinculada como direito social, tendo em vista o reconhecimento do lazer como direito fundamental, e de sua associação com a saúde, conforme previsto no art 6º da Constituição Brasileira (1988). A UNESCO, em sua carta internacional da Educação Física, da Atividade Física e do Esporte em 2015 em seu artigo 1.1 cita:

Todo ser humano tem o direito fundamental de acesso à educação física, à atividade física e ao esporte, sem qualquer tipo de discriminação com base em etnia, gênero, orientação sexual, língua, religião, convicção política ou opinião, origem nacional ou social, situação econômica ou qualquer outra.

Neste sentido, para fins deste ensaio, entendemos a atividade física como um movimento humano fruto de uma construção histórica, social e cultural, que permite uma interação recíproca do sujeito com o mundo que o envolve.

A atividade física é um direito social adquirido que impacta na saúde humana, sendo considerada um determinante e condicionante à saúde (BRASIL, 2013). Entende-se como atividade física um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com

gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho ou estudo e nas tarefas domésticas (BRASIL, 2021).

POR QUE PROMOVER A ATIVIDADE FÍSICA?

Os últimos 50 anos são marcados por profundas e dinâmicas transformações em todos os segmentos sociais (econômico, tecnológico, ambiental, cultural, comportamental), gerando uma transição epidemiológica em âmbito mundial (ARAÚJO NETO, 2019). Ao considerar o componente epidemiológico relacionado à prevalência da morbimortalidade, a Organização Mundial de Saúde (2018) classifica as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o 4º maior fator de risco à saúde, sendo responsável por 7% das mortes anuais evitáveis em todo o mundo. Lee *et al.* (2012) avaliaram os efeitos da inatividade física na carga de doenças crônicas não transmissíveis no mundo e identificaram aproximadamente 6,0% da carga de doença para doença coronariana, 7,0% para diabetes tipo 2, 10,0% para câncer de mama e 10,0% para câncer de colo. Também identificaram que mais de 533.000 e 1,3 milhão de mortes poderiam ser evitadas caso a inatividade física diminuísse em 10,0% ou 25,0%, respectivamente.

O cenário descrito acima é agravado com os altos índices de inatividade física no mundo. A inatividade física é considerada uma pandemia silenciosa (KOHL *et al.*, 2012), em geral, sem receber a devida atenção dos órgãos governamentais, das organizações não

governamentais, do setor privado com e sem fins lucrativos e da população como um todo. Um em cada quatro adultos, e quatro em cada cinco adolescentes no mundo são insuficientemente ativos fisicamente (GUTHOLD *et al.*, 2018; GUTHOLD *et al.*, 2020). No Brasil, o percentual de inatividade física chega a 47%, sendo um dos países com a maior prevalência da América Latina e Caribe (GUTHOLD *et al.*, 2018). De acordo com dados apresentados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 48,2% dos adultos com mais de 18 anos e residentes nas capitais e no Distrito Federal são insuficientemente ativos (BRASIL, 2021).

Durante o atual cenário pandêmico da Covid-19, meta-análises constataram uma maior prevalência da inatividade física em todo o mundo (WUNSCH; KIENBERGER; NIESSNER, 2022), podendo, assim, influenciar o aumento das DCNT e das mortes evitáveis, assim como uma sobrecarga para os sistemas de saúde.

A prática regular de atividade física pode auferir muitos benefícios à saúde a curto e a longo prazo. A curto prazo podemos citar a melhora do humor, da interação social e possibilidade da criação e do fortalecimento de laços sociais, satisfação, diminuição dos sintomas de estresse, da ansiedade e da depressão, melhora da autoestima e da autoconfiança e da qualidade do sono (REINER *et al.*, 2013; BRASIL, 2021). A longo prazo ela pode prevenir a morbidade e reduzir o risco de morte por diversas DCNT, como a hipertensão, o diabetes e o câncer. Outros benefícios são a melhora da aptidão física relacionada à saúde (ex.: aptidão cardiorrespiratória, força muscular, flexibilidade e agilidade), a promoção e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida, entre outros (REINER *et al.*, 2013; BRASIL, 2021).

Uma vida fisicamente ativa no tempo livre, pode promover benefícios à saúde em seu sentido holístico (físico, social, psicológico, espiritual) para todas as idades. Recomenda-se as atividades físicas moderadas (aquelas que fazem você respirar mais rápido que o normal e aumentam moderadamente os batimentos do seu coração), você deve praticar, pelo menos, 150 minutos por semana (BRASIL, 2021). Se você preferir as atividades físicas vigorosas (aquelas que fazem você respirar muito mais rápido que o normal e aumentam muito os batimentos do seu coração), deve praticar, pelo menos, 75 minutos por semana (BRASIL, 2021). Ainda, como parte das suas atividades físicas semanais, em pelo menos 2 dias na semana, é recomendado incluir atividades de fortalecimento dos músculos e ossos, tais como musculação e exercícios com sobrecarga externa ou do peso do corpo. É possível também dividir a prática de atividade física em pequenos blocos de tempo ou fazer mais minutos por dia, de uma só vez. É importante ressaltar que, mesmo em intensidades mais baixas, a prática de atividade física é importante. Fazer qualquer atividade física é melhor do que não fazer nada (OMS, 2020).

Para se superar ou minimizar esse cenário, se faz necessário agir estrategicamente na implementação, monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento das interfaces entre os aspectos socioculturais, desenvolvimento social, ambiente construído e natural (acessibilidade a espaços e equipamentos de lazer), políticas públicas diversas (assistência social, educacional, econômica, lazer, saúde, urbanas) que possibilitem oportunidades, autonomia e o protagonismo individual e coletivo para a prática da atividade física. Essas ações estão associadas à redução das iniquidades sociais (CRUZ *et al.*, 2022; WEHRMEISTER; WENDT; SARDINHA, 2022) que atuam como barreiras à prática da atividade física.

Diante desse caleidoscópio, convidamos a refletir a atividade física para além da perspectiva biomédica, que compreende o corpo humano como uma máquina que precisa gastar calorias e que “enferruja”, ainda que essa perspectiva tenha sido importante para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e que se tornaram a justificativa principal para o convencimento da importância da atividade física. Mas, propomos um olhar diferenciado que possa contribuir para desconstruir estigmas que atuam como barreiras, e a busca por um ressignificar do movimento humano, potencializando o interesse por novas experiências emancipadoras e enriquecedoras, aumentando o interesse e a satisfação pela prática da atividade física.

Identifica-se na literatura internacional (PIGGIN, 2020) e nacional (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2017) e reflexões que passam a propor novas possibilidades de interpretações do movimento humano. Por exemplo, cita-se a perspectiva fenomenológica (MACIEL, 2018; SURDI, 2019; SURDI; KUNZ, 2009). Surdi e KUNZ (2009) compreendem que essa perspectiva concebe o movimento humano como um diálogo entre o ser humano consigo mesmo, e o mundo em que vive, que busca uma visão ampliada dessa relação.

Por sua vez, ao considerar a abordagem fenomenológica do movimento humano, Maciel (2018) propõe exaltá-lo por meio da atividade física humanizada (AFH), tendo como base a interface de dois princípios: filosófico – a partir da potência da vida, desenvolvido nos textos de Espinosa e de Nietzsche; subjetividades – tendo em vista as experiências advindas das vivências do ócio autotélico (CUENCA, 2016). Maciel (2018) compreende a AFH como a subjetivação do movimento humano, tendo como objetivo a promoção da satisfação por si só, e estabelecer um encontro consigo mesmo por meio das

experiências enriquecedoras resultantes do desfrutar desse movimento. Portanto, seu caráter é autotélico, embora possa possibilitar diferentes benefícios às diferentes dimensões do ser humano (espiritual, físico, mental, social).

Maciel (2018) se apoia na obra de Espinosa (1979), “Ética demonstrada à maneira dos geômetras”, onde esse filósofo ressalta a variação dos sentidos das experiências que acometem o ser humano e proporcionam uma dinamicidade à vida. Esse filósofo classifica dois tipos de afetos proporcionados pelas experiências:

- **Positivos:** alegria, amor etc., que potencializam a vida; também chamado de encontros agradáveis;
- **Negativos:** tristeza, ódio etc., que “despotencializam” a vida; entendidos como encontros desagradáveis.

Para Espinosa (1979), as relações positivas estabelecidas entre o ser humano e o mundo que o envolve, despertam os encontros agradáveis em experiências únicas, contribuindo para aumentar a potência da vida. Essa é entendida como a força motriz que move cada pessoa, que dá razão à existência. Espinosa determinou essas paixões/sentimentos, de *Conatus*, que leva à busca pela felicidade.

Assim, quando se aumenta positivamente essa força, por exemplo, tendo experiências alegres, eleva-se a potência; sendo a recíproca verdadeira. Dessa forma, o caminho para se alcançar uma vida feliz implica, necessariamente, no aperfeiçoamento ou na busca das paixões que se tem no mundo. Dessa forma, quanto mais *Conatus* uma pessoa tiver, maior sua potência de vida. Essa característica é totalmente individual, não podendo ser “transferida”; assim, cada

um precisa desenvolver o seu próprio *Conatus*. Esse pode ser entendido como sendo uma motivação intrínseca.

Por outro lado, ao explorar a ideia da potência da vida, Nietzsche (2011) relata que ela está vinculada inerentemente à vontade do ser humano de dominar a vida. Dito de outra forma, a potência da vida caracteriza-se como vontade de tornar pensável todo o existente, adequar a vida ao pensamento humano.

O filósofo alemão entende a potência da vida como a própria vida, “(...) esta perspectiva da vontade de potência deve ser, assim, compreendida como vontade de durar, de crescer, de vencer, de entender e intensificar a vida” (NIETZSCHE, 2011, p. 63). A potência da vida para Nietzsche é compreendida como o mais forte de todos os instintos que impulsionam a evolução do ser humano. No entanto, ainda segundo esse pensador, não se trata apenas de uma simples sobrevivência, uma conservação da vida, mas o desejo de superar os obstáculos encontrados, e a si mesmo. Em suma, a potência da vida nos impulsiona a alcançar um nível superior na vida, o qual se dará a partir de uma consciência e despertar dessa vontade presente em cada pessoa.

Nessa mesma lógica, no século XXI essa proposta é retomada por Larrosa Bondía (2002). Esse educador, perpassando pela filosofia espinosiana, destaca a relevância da experiência significativa na vida da pessoa ao ponto que as experiências causam uma “[...] destruição do que éramos [...]”, ou seja, determinadas vivências são ressignificadas tornando-se qualificadas e mais expressivas, desencadeando um sentimento ímpar em um nível mais profundo.

Dessa forma, a vivência pode ser diferenciada de experiência, tendo em vista os sentidos que lhe são atribuídos pelas pessoas, confor-

me os contextos que são realizadas (CABEZA; PRAT, 2012; BONDÍA, 2002; MONTEAGUDO, 2017). Dito de outra forma, a vivência está relacionada ao fato da existência, de viver uma ação comum, tendo uma mesma representação social, sem, no entanto, representar algo necessariamente significativo para a pessoa. Por sua vez, a experiência resultante desse processo é totalmente subjetiva e qualificada individualmente.

Diferentemente à vivência, a experiência é capaz de transformar a pessoa, promovendo a qualificação dos sentimentos representativos ao ser. Larrosa Bondía (2002) denomina a vivência desse processo de “sujeito da experiência”. Esse sujeito seria afetado, marcado, pelos sentimentos advindos da experiência, deixando impressões agradáveis, o *Conatus*, como dito por Espinosa. Para Larrosa Bondía, isso só é possível se a pessoa estiver aberta a se entregar integralmente à vivência. A essa característica, Larrosa Bondía denomina de “... um espaço onde têm lugar os acontecimentos”. Assim, a experiência acrescenta algo a quem a vivencia, transformando-a e/ou completando-a. Segundo esse autor, a experiência deve ser fruto de uma paixão, bem ao estilo do pensamento de Espinosa.

Tendo em vista essa proposta, Larrosa Bondía entende a experiência como paixão, primeiramente a partir de uma liberdade de escolha, mas que ao mesmo tempo é paradoxal, pois cria uma dependência, um vínculo, uma “escravidão”. Dessa forma, o sujeito apaixonado, conforme o autor, não possui o objeto, mas é possuído por ele.

Enfim, as experiências agradáveis, *Conatus*, proporcionam gozo, paz interior, esperança e dão sentido à vida. Em meio a essas experiências, a pessoa pode entregar-se completamente à manifestação das suas emoções, de sua personalidade, deixar fluir do seu interior

toda a capacidade criativa de seu ser. Importante ressaltar que cada experiência é única e jamais se repetirá, mesmo que realizada repetidamente; por isso, do seu caráter enobrecedor para a formação humana (LARROSA, 2002).

Ao considerar as subjetividades e as múltiplas experiências advindas da vivência da atividade física, a perspectiva da AFH convoca a restauração da humanização do movimento humano, dando-lhe sentido, focando sua vivência na busca de experiências significativas. Essas são baseadas no autotelismo (com um fim em si própria, e não como um meio), na busca da autodescoberta, da autossuperação, de um parar e sentir-se, (re)descobrir a si e o mundo que nos rodeia.

Para tanto, é necessário considerar o caráter fenomenológico da atividade física como manifestação subjetiva, que pode, também, perpassar pelos seus aspectos culturais e históricos. Ademais, essa perspectiva contempla as múltiplas dimensões que a atividade física apresenta. Importante ressaltar que a AFH não é classificada como atividades “x, y ou z”, mas assume um sentido único para quem a vivencia. Exemplificando, praticar Yoga, Tai Chi Chuan, danças, em detrimento de uma aula de Crossfit, ginástica localizada etc., não torna as primeiras atividades como uma AFH em detrimento das segundas por terem um aspecto mais “hard”. Portanto, o foco está em promover a satisfação, a potência da vida em realizar uma atividade física pelo simples fato de sentir-se bem ao fazê-la. Em outras palavras, é um desfrutar, é ter (re)encontro consigo, e não um mero fazer mecânico. De maneira concreta, é despertar a consciência das pessoas pela busca de realizar a atividade física explorando toda sua potencialidade, possibilitando uma mudança interior, um encontro consigo.

A AFH perpassa pela intencionalidade e subjetividades oriundas da vivência da atividade física (MACIEL *et al.*, 2018), permitindo explicar a percepção que uma mesma vivência realizada seja compreendida como satisfatória, ou não, por distintas pessoas e em momentos diferentes. Diante dessa dinamicidade, essa percepção pode variar (conforme as mudanças contextuais, sociais e pessoais), quando de sua nova realização, ou seja, podendo ter um sentido totalmente distinto às experiências anteriores.

O entendimento experiencial subjetivo é adotado pelo educador espanhol Manuel Cuenca ao propor sua abordagem, inicialmente, a partir do ócio humanista, posteriormente, em sua dimensão autotélica como componente valioso da vida (CUENCA, 2008, 2014, 2016). Cuenca entende o ócio como experiência humana de caráter pessoal, subjetivo e atemporal, com características psicológicas que a definem e a diferenciam enquanto fenômeno psicossocial.

Para esse autor, o princípio do ócio se estabelece fundamentado pelos valores e atitudes, significados e sentidos atribuídos por cada pessoa ao vivenciá-lo, sendo o ócio autotélico, o promotor da verdadeira qualificação da experiência, caracterizando-se pelos atributos de percepção de liberdade, motivação intrínseca e satisfação (FRANCILEUDO; MARTINS, 2016; MONTEAGUDO *et al.*, 2013).

Monteagudo *et al.* (2013) apresentam a percepção da liberdade como a forma de identificação do momento em que o ócio é vivenciado, esse momento não é percebido como um tempo cronológico, não podendo ser mensurado objetivamente. Outro aspecto que precisa ser considerado é a livre escolha pessoal por uma vivência. Quanto a isso, Cuenca (2008, p. 48) propõe que “[...] as experiências

de ócio nos situam num âmbito que não está dominado pelo dever ou pela obrigação, mas pelas ações com finalidade em si mesmas e por si mesmas [...]”.

O segundo atributo do ócio autotélico, a motivação intrínseca, permite a identificação com determinada vivência, deixando de lado a necessidade de obter alguma recompensa material ou psicológica ao exaltá-la, em outras palavras, a visão utilitarista. Isso porque essa vivência, por si só, é a própria recompensa, logo o seu benefício primário sempre será a autossatisfação. Essa característica está imbricada pela potência da vida, o *Conatus*.

Por fim, a satisfação é responsável pela sensação subjetiva de alegria, bem-estar e felicidade que é atribuída e entendida, normalmente, como resultado da ação realizada (MONTEAGUDO et al., 2013). Esses autores diferenciam a satisfação promovida pelo ócio com a noção do simples prazer advindo, por exemplo, de uma diversão. Ainda conforme esses autores, na primeira situação há um manifestar potencializador promovido pela vivência que gera o desenvolvimento pessoal.

Ao complementar esse raciocínio, Francileudo e Martins (2013) destacam que o sentimento de satisfação não se caracteriza somente pelo prazer de caráter hedonista, consiste também na descoberta do próprio “eu interior”, podendo ser inclusive transcendental. Ademais, segundo Rhoden (2005), a descoberta do ser é um fator decisivo na interpretação da vivência, pois a experiência de satisfação depende do quanto a pessoa se identifica com o que está fazendo. Ainda de acordo com a autora em tela, é importante que a pessoa seja capacitada o suficiente para executar tal tarefa para não se frustrar com possíveis resultados negativos.

Para identificar se uma vivência pode ser classificada como experiência de ócio, Rhoden (2009) se embasou em diversos estudos realizados na área da Psicologia Social, estabelecendo uma relação de 11 atributos psicológicos que podem ser encontrados ao se realizar uma vivência. Segundo a autora, é necessário que a pessoa relate a presença, simultaneamente, de no mínimo três atributos presentes em uma mesma vivência, tais como:

1. Percepção de liberdade;
2. Motivação ou significado intrínseco (autotelismo);
3. Desfrute ou estados afetivos positivos;
4. Desenvolvimento humano;
5. Sociabilidade ou encontro interpessoal;
6. Descanso ou relaxamento;
7. Ruptura ou evasão;
8. Desafio;
9. Implicação psicológica;
10. Autoexpressão; e, finalmente,
11. Os estados introspectivos: o encontro consigo, a com a natureza ou com a beleza (apreciação estética) (RHODEN, 2009, p. 1248).

De acordo com Rhoden (2009), essas experiências assumem como foco a autorrealização, reconhecendo o ser humano como protagonista de suas vivências, isto é, colocando-o em posição de estruturador e afirmador de suas escolhas, tendo como objetivo extrair de cada um o máximo do seu potencial. Portanto, assumem um caráter formativo.

Ademais, de acordo com Rhoden (2009), essas experiências entendidas enquanto fenômeno psicossocial buscam uma ressignificação das vivências, e a valoração das subjetividades, para além da “mera vivência”, nos remetendo à proposta das experiências apresentadas por Larrosa Bondía (2002).

As experiências de ócio, portanto, se distinguem do simples entretenimento ou diversão – embora, estes sejam totalmente lícitos em suas vivências – pelo grau de envolvimento positivo, com o esforço, empenho e a constância com que a pessoa se envolve em uma vivência (MONTEAGUDO *et al.*, 2013). Dessa forma, a experiência de um ócio mais maduro e psicologicamente mais complexo, atua como fator de desenvolvimento pessoal, pois exige “[...] introspeção, reflexão, ação empenhada, consistência, formação em termos de aquisição de competências e habilidades” (MONTEAGUDO *et al.*, 2013, p. 163).

Em síntese, ao considerar a individualidade e subjetividades apresentadas por cada pessoa, somente ela mesma poderá dar indícios, ao expressar sua atitude, intencionalidade, emoções, que correspondem aos atributos das experiências de ócio e de potência de vida, que por sua vez denotaria a experiência de uma AFH.

Seja a incorporação da perspectiva da AFH pelas pessoas, a biomédica ou qualquer outra, a prática da atividade física é um importante

componente que contribui para a melhoria da saúde da população. Ressaltamos que a atividade física é um dos componentes determinantes, e não a responsável pela saúde.

ESTRATÉGIAS GLOBAIS PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

Ser ativo fisicamente se torna decisivo para a saúde da população mundial, pois ela vai além dos benefícios auferidos à saúde e pode contribuir em diversos aspectos da nossa vida. Em 2015, a Organização das Nações Unidas apresentou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), um plano de ação global para eliminar a pobreza extrema e a fome, oferecer educação de qualidade ao longo da vida para todo(a)s, proteger o planeta e promover sociedades pacíficas e inclusivas até 2030 por meio de 17 objetivos e 169 metas (ONU, 2015). Para tanto, a atividade física pode contribuir diretamente para alcançar muitos dos ODS. Salvo *et al.* (2021) identificaram que 15 dos 17 ODS podem ser impactados pela atividade física. As evidências mais robustas atrelam que o modo de vida ativo contribui com os ODS 3 (boa saúde e bem-estar), 9 (indústria, inovação e infraestrutura), 11 (cidades e comunidades sustentáveis), 13 (ação climática) e 16 (paz, justiça e instituições fortes).

Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2018, um Plano de Ação Global para a atividade física 2018-2030, o qual destacou uma frente de trabalho em prol da promoção da atividade física estabelecendo metas, para todos os países, para reduzir a inatividade física em 10% até 2025, e 15% até 2030 (OMS, 2018). O

plano se conecta também à Carta de Ottawa (WHO, 1986) e com a PNPS (BRASIL, 2014) e descreve 20 ações políticas atreladas a quatro objetivos estratégicos:

- Criar sociedades ativas: criar uma mudança de paradigma em toda a sociedade, aumentando o conhecimento, a compreensão e a valorização dos múltiplos benefícios da atividade física regular, de acordo com a capacidade e em todas as idades.
- Criar ambientes ativos: criar e manter ambientes que promovam e salvaguardem os direitos de todas as pessoas, de todas as idades, permitindo o acesso equitativo a lugares e espaços seguros, nas suas cidades e comunidades, para praticar atividade física regular, de acordo com a capacidade.
- Criar pessoas ativas: criar e promover o acesso a oportunidades e programas, em diversos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se em atividade física regular, individualmente, em família e na comunidade.
- Criar sistemas ativos: criar e fortalecer a liderança, governança, parcerias multissetoriais, a capacitação dos profissionais, advocacia e sistemas de informação entre setores para alcançar a excelência na mobilização de recursos e implementação de ações coordenadas internacionais, nacionais e locais para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário.

Para auxiliar gestores/políticos, profissionais e praticantes a implementar o Plano de Ação Global para a atividade física 2018-2030, a Sociedade Internacional de Atividade Física e Saúde (ISPAH) elaborou um documento intitulado "*Investments that Work for Physical*

Activity" (ISPAH, 2020). O documento apresenta uma visão geral das melhores evidências que podem ser usadas para informar, liderar e promover políticas e discussões sobre a atividade física divididos em oito investimentos que funcionam para a atividade física. Entre eles estão: programas de saúde na escola, transporte ativo, desenho urbano ativo, profissionais de saúde, campanhas de educação em saúde, esporte e lazer para todos, programas comunitários e no ambiente de trabalho.

O contexto laboral apresenta-se como um local possível para a promoção da saúde e da atividade física. As pessoas podem passar pelo menos um terço do dia no ambiente de trabalho, para tanto, a promoção da atividade física é uma prioridade, e uma oportunidade de desenvolvimento empresarial estratégico (PLOTNIKOFF *et al.*, 2019).

Contudo, as funções do trabalhador e trabalhadora modificaram ao longo do tempo, transformando-se em tarefas ocupacionais inativas fisicamente e mais sedentárias, especialmente em sociedades industrializadas (THIVEL *et al.*, 2018), e durante e após a Pandemia da Covid-19 a relação do trabalho e do ambiente físico do trabalho teve mais uma quebra de paradigma, apresentando o trabalho remoto ou híbrido como uma possibilidade com suas vantagens e desvantagens para a empresa e para o trabalhador ou trabalhadora. Estas alterações deverão ser consideradas nas intervenções de promoção da atividade física.

O comportamento sedentário envolve atividades realizadas quando se está acordado sentado, reclinado ou deitado e gastando pouca energia (BRASIL, 2021). Em um estudo de coorte realizado na França, NutriNet-Santé, com cerca de 35 mil trabalhadores, as atividades ocupacionais foram caracterizadas em: 1) principalmente sentado; 2)

combinação sentado/em pé, 3) principalmente em pé; 4) algum esforço físico; e, 5) trabalho manual pesado. A análise evidenciou que eles passavam cerca de 10 horas por dia na posição sentada em dias de semana (com pelo menos 4,17 horas por dia sentados no trabalho) e 7,58 horas por dia sentados nos finais de semana (SAIDJ *et al.*, 2015). O estudo demonstrou uma associação clara entre o tempo em comportamentos sedentários no ambiente de trabalho, e ambiente fora dele. Os autores ainda reportaram que a relação é complexa, pois cada tipo de comportamento sedentário (tempo sentado no trabalho, no transporte, no lazer, assistindo tv/dvd e outro tempo de tela) está associado de forma diferente ao *status* socioeconômico e ocupacional, nos dias de trabalho e não trabalho e propõe a necessidade de abordar o acúmulo de comportamento sedentário fora do trabalho para aqueles com ocupações sedentárias, e aconselhar a conscientização sobre o possível impacto das percepções de atividade física no acúmulo de comportamentos sedentários.

Partindo disso, além de promover a atividade física, é de suma importância que as organizações promovam uma reflexão sobre o comportamento sedentário durante o horário de trabalho, considerando sempre as condições de trabalho, necessidade de investimentos nas condições de trabalho e em treinamentos, condições sociais que permitam o acesso à atividade física.

Há evidências de que a permanência prolongada em comportamento sedentário aufere possíveis resultados adversos à saúde (WATERS; DICK, 2015) e estão associadas a maior risco de mortalidade por DCNT. A taxa de mortalidade aumenta 2% para cada hora sentada e pode chegar a 8% por hora quando o tempo total consecutivo sentado é superior a 8 horas por dia (CHAU *et al.*, 2013). É recomendado evitar ficar em comportamento sedentário. Sempre que possí-

vel, recomenda-se reduzir o tempo sentado ou deitado assistindo à televisão ou usando o celular, computador, tablet ou videogame. A cada uma hora em comportamento sedentário, movimente-se por pelo menos 5 minutos e aproveite para mudar de posição e ficar em pé, ir ao banheiro, beber água e alongar o corpo (BRASIL, 2021).

Na primeira parte deste texto, tivemos a preocupação de apresentar um cenário amplo e mais reflexivo sobre o tema da promoção da atividade física. Ainda que possa parecer muito teórico, é fundamental, inclusive, para qualquer intervenção ligada ao campo da qualidade de vida, bem-estar, educação ou promoção da saúde de trabalhadores e trabalhadoras no ambiente de trabalho. Qual é a perspectiva da missão, visão, valores de negócio, metas e cultura organizacional da organização? E dos tomadores e tomadoras de decisão? Esse alinhamento é fundamental para que tenhamos clareza sobre qual intervenção estamos desejando implantar ou que uma reorganização será necessária. A seguir faremos algumas reflexões sobre o fazer da promoção da atividade física no ambiente de trabalho.

O QUE E COMO FAZER?

Consideramos que é sempre bom repassar pelas perguntas que chamamos de perguntas primárias: O quê? Por quê? Para quê? Para quem? Fazemos ou faremos o que queremos! E só depois, deveríamos refletir e tomar uma decisão sobre as perguntas secundárias: Como? Quando? Onde? Com quem? Com qual recurso financeiro? Assim como no planejamento estratégico 5w2h (LEE et al., 2013). É claro que esta sequência é apenas uma provocação, é possível que a resposta às perguntas: Quais os recursos (materiais, humanos e

financeiros) nós temos? Se imponham para responder às demais questões. Independentemente das imposições que estas questões coloquem sobre as outras, a reflexão inicial sobre a perspectiva cultural e de visão de saúde podem servir para delinear todo o planejamento ou revisão das intervenções ou mesmo na contratação de prestadores de serviço para as intervenções.

Sugerimos como outro disparador importante para a equipe que esteja planejando ou gerindo uma intervenção de atividade física, seja uma ação pontual, um programa ou política à reflexão, que também está presente no Guia de Atividade Física para a População Brasileira: “É importante que você lembre que a prática de atividade física não depende somente de uma decisão pessoal. Existem diversos fatores individuais, coletivos, ambientais, culturais, econômicos e políticos que facilitam ou dificultam que você tenha uma vida mais ativa. Você já refletiu sobre como esses fatores afetam você e sua comunidade?”. Essa reflexão deve ser feita por todos os envolvidos, gestores, prestadores de serviços e os próprios trabalhadores sujeitos da intervenção!

Considerando ainda o Guia como uma referência importante e que pode ser utilizada no planejamento de novas ações, como complementares e/ou programas em andamento, é a leitura do primeiro capítulo do Guia: Entendendo a atividade física. Por exemplo: em qual dimensão da atividade física a intervenção está focada? A intervenção se concentra em atividades no lazer, no deslocamento, no trabalho ou no estudo, ou nas tarefas domésticas (estas menos usuais em intervenções individuais ou coletivas). Será utilizado como indicador os minutos semanais e a intensidade de atividade física realizada, conforme os padrões recomendados? Serão separados os trabalhadores e trabalhadoras entre aqueles que atingem a

recomendação e os que não atingem? Os minutos acumulados com a prática de atividade física, independentemente do recomendado? O mais importante, do que atingir a recomendação, é a vivência, independentemente do tempo?

Essas reflexões podem contribuir para um delineamento da intervenção que se pretende implantar ou implementar. Registramos que a disseminação do Guia como um instrumento de educação à saúde é uma ação fundamental e de baixíssimo custo. O Guia pode ser acessado, em diferentes formatos, incluindo uma versão em inglês e espanhol e há um Guia para os gestores e profissionais em como incluir o Guia em suas atividades como gestor, conforme o **Quadro 1**.

Formato	Link
Em pdf	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_atv_populacao.pdf
Em áudio	https://aps.saude.gov.br/ape/gaf/
Cards	https://drive.google.com/drive/folders/1DkzOWFXcXTZ7Qrd3raEm8ZI-1IIIus2F?usp=sharing
Guia para o gestor	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_atv_gestores.pdf

Quadro 1 – Acesso aos diferentes materiais do Guia de Atividade Física para a População Brasileira

As intervenções de promoção da atividade física no local de trabalho não deveriam ser implantadas ou geridas, exclusivamente, como uma estratégia de prevenção de doenças ocupacionais, DCNT e com foco na redução dos custos relacionado a estes fatores, mas como vimos ao longo do texto, de forma mais ampla na construção processual de organizações com características e práticas saudáveis, tendo a integralidade da saúde como imagem modelo. Entendemos a integralidade como:

Princípio fundamental do Sistema Único de Saúde que abrange três dimensões: a abordagem integral do ser humano, visto em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com os usuários para o acolhimento de suas histórias, condições de vida e necessidades em saúde; e o modo de organizar a atenção à saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL 2013).

Assim, é necessário pensar em intervenções que irão ao encontro das necessidades, expectativas e potencialidades individuais e coletivas, alinhadas aos objetivos organizacionais, proporcionando sentidos e significados positivos aos trabalhadores e trabalhadoras e às empresas que têm o bem-estar, a qualidade de vida e/ou a saúde como um valor.

O caminho da promoção da atividade física no ambiente de trabalho também deve estar alinhado aos pilares da cultura das questões ambientais, sociais e de governança (ESG: *Environmental, Social e Governance*) e que devem estar relacionados à gestão, às práticas organizacionais, orçamentárias e de forma sistemática na tomada de decisões. Como vimos anteriormente, a convergência com os ODS não deve ser esquecida, assim como o documento “Oito investimentos, funcional para a atividade física” (ISPAH, 2020).

Se é importante que a equipe gestora faça essa reflexão, tão importante quanto é ouvir os trabalhadores e trabalhadoras sobre o significado que dão para a atividade física e suas diversas manifestações, assim como as suas experiências, se possível ao longo da vida! Uma questão disparadora interessante, é: Me conte uma memória afetiva (positiva ou negativa) com a atividade física (esporte, práticas corporais, exercício físico, educação física escolar etc.). Antes

que você mergulhe no mar das impossibilidades, como: São muitos trabalhadores e trabalhadoras? São trabalhadores e trabalhadoras muito diversos? etc., devemos lembrar que há métodos que podem ser usados como diagnóstico ou como instrumentos de educação em saúde, como Rodas de Conversa (ADAMY, 2018) ou Grupos Focais (CRESWELL, 2014), abordagens qualitativas que trarão muitos *insights* importantes, antes de optar por uma ou outra intervenção.

Reforçamos o fato que o movimento humano e a vida estão emaranhados quase que como uma coisa só; é um direito reconhecido pela UNESCO, mas é claro que também podemos incluir em nossas justificativas sobre a importância de intervenções de promoção da atividade física as questões mais conhecidas presentes, como a alta prevalência populacional de pessoas que não atingem a recomendação de atividade física, a sua relação com indicadores de saúde-doença, impacto econômico para indivíduos, famílias, organizações e para a sociedade como um todo (PNUD, 2017).

A tomada de decisão baseada em evidências também é fundamental para apoiar o planejamento das ações de promoção da atividade física. Abaixo apresentamos algumas instituições e documentos que podem ser usados para este fim, mas é importante que se tenha em mente que a ciência sempre está atrás do fato. Queremos dizer que a ciência não tem todas as respostas e não tem a capacidade de produzir as evidências, considerando as distintas intervenções possíveis e o diversificado contexto local das intervenções em curso e é necessário lembrar que as evidências devem e podem ser geradas através das informações monitoras e avaliadas pela gestão local.

O Guia para Serviços Preventivos Comunitários, de 2018, uma obra baseada em evidências da Força-Tarefa de Serviços Preventivos Co-

munitários, tem como objetivo ajudar a selecionar intervenções para melhorar a saúde e prevenir doenças no estado, comunidade, organização comunitária, empresa, organização de saúde ou escola, nos EUA. Mesmo considerando as diferenças entre o Brasil e os EUA, vale a pena consultar a publicação na íntegra e ver a síntese no **Quadro 2**.

Tipo	Ação
Promoção da atividade física em adultos	Aconselhamento individual ou em pequenos grupos – abordagem baseada em modelos para mudança de comportamento em saúde (p. ex.: Modelo Transteórico)
	Programas multicomponentes (aconselhamento individual ou em grupo + exercícios)
	Utilização de monitores de atividade (pedômetros e acelerômetros) em conjunto com outras estratégias comportamentais (p. ex.: aconselhamento)
	Intervenções via telefone (realizadas por profissional treinado ou sistemas interativos)
	Intervenções realizadas pela internet (<i>web-based</i>) e/ou via celular (mensagens de texto e aplicativos) que incluam componentes educacionais
	Facilitar o acesso a locais para prática de atividade física no tempo de lazer (academias, parques, clubes etc.)
	Criação, fortalecimento e manutenção de redes de apoio para mudança de comportamento em saúde
Promoção da atividade física no ambiente de trabalho	Cartazes motivacionais, colocados em pontos estratégicos, para aumento do uso de escadas (p. ex.: <i>banners</i> /cartazes/adesivos próximo a elevadores, escadas rolantes ou em pontos estratégicos da empresa)
	Programas de caminhada no local de trabalho
	Informação sobre prática de atividade física e saúde (campanhas, cartazes, <i>folders</i> , palestras, <i>feedbacks</i> individualizados após perfil de saúde etc.)
	Modificações ambientais que estimulem o deslocamento ativo durante o horário de trabalho (p. ex.: revitalizar ambientes de escada, acessos ao restaurante e estacionamento)
Redução do comportamento sedentário no ambiente de trabalho	Modificações nas estações de trabalho (mesas reguláveis – <i>sit-stand workstations</i>) combinadas com ações educacionais para mudança de comportamento

Quadro 2 – Síntese de evidências: promoção de atividade física e redução do comportamento sedentário em adultos e no ambiente de trabalho, 2018

Fonte: *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report, The Guide to Community Preventive Services*, 2018. Disponível em: <https://www.thecommunityguide.org/about/about-community-guide>

A Organização Mundial da Saúde, em 2020, lançou a revisão do Guia sobre atividade física e comportamento sedentário. Há uma versão reduzida em português que pode ser acessada no *link*: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9786500208764-por.pdf?sequence=61&isAllowed=y>.

O Guia sobre atividade física, comportamento sedentário e sono, para crianças menores de 5 anos, está disponível no link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

O plano de ação global (versão síntese em português) para a atividade física 2018-2030: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável, está disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Há muitas outras informações que podem ser consultadas. Infelizmente, o português não é uma língua oficial da OMS, mas como vimos, alguns materiais estão disponíveis em nosso idioma. No *site* há também vários vídeos de cursos e de disseminação disponíveis sobre atividade física. Alguns materiais estão disponíveis em espanhol. Para entrar na página principal acesse: <https://www.who.int/health-topics/physical-activity>.

O Departamento Nacional do Sesi (Serviço Social da Indústria) traduziu o documento da OMS de 2010: Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação – Para empregadores, empregadoras, trabalhadores, trabalhadoras, formuladores e formuladoras de políticas e profissionais (CNI, 2011), que ajudará você a delinear uma intervenção com uma perspectiva bem interessante, apresentando o Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processo, e princípios essenciais, conforme **Figura 1**.

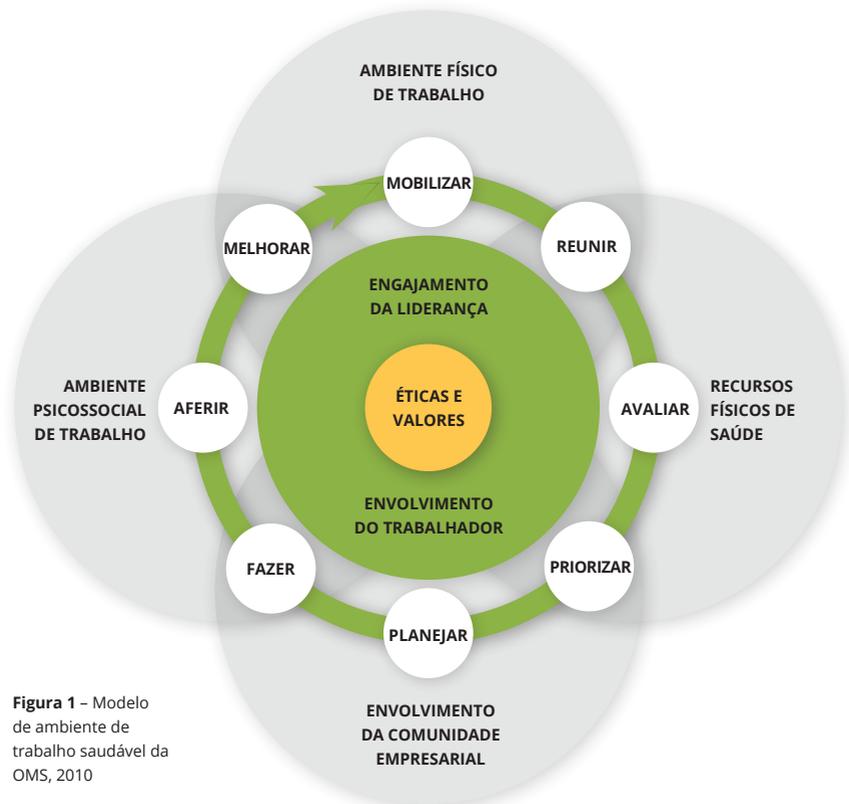


Figura 1 – Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS, 2010

Fonte: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/sugestoes_de_leitura_17122013112017055475.pdf

O Centro de Controle de Doenças é a principal organização de serviços baseada em ciência e orientada por dados dos EUA, que protege a saúde do público e por mais de 70 anos coloca a ciência em ação para ajudar a população americana. No CDC há uma forte produção de evidências e estratégias de promoção da atividade física. Todas as estratégias recomendadas pelo CDC têm como base que o acesso seja inclusivo e equitativo: “Todas as pessoas, independentemente de idade, raça, educação, *status* socioeconômico, *status* de

deficiência, orientação sexual e localização geográfica, devem ter acesso a oportunidades seguras e convenientes para serem fisicamente ativas. As estratégias recomendadas são: Rotas amigáveis para destinos diários; Acesso a locais de atividade física; Programas escolares e para jovens; Campanhas em toda a comunidade; Apoio social; Suporte individual; e Dicas para incentivar a atividade física. No site abaixo você encontrará muitos materiais de apoio técnico e ferramentas para ajudar na gestão das ações e programas, incluindo o monitoramento e avaliação.

<https://www.cdc.gov/physicalactivity>

Como fatores facilitadores à estruturação de um programa de promoção da atividade física no local de trabalho, a disponibilidade de espaço físico com segurança, compatibilidade de horários de cada grupo e apoio das lideranças são fundamentais, sendo necessário, também, considerar: 1) ramo de atividade e perfil da empresa, áreas de risco e principais causas de afastamento; 2) condições ergonômicas do ambiente físico e a organização do trabalho para uma maior qualidade metodológica das ações pontuais e do programa, com a escolha de estratégias, duração e intensidade mais adequadas.

No Brasil, é importante ter em mente que se as ações pontuais ou programas incluírem o exercício físico, a condução das atividades deverá ser feita pelo Profissional de Educação Física obrigatoriamente, conforme a Lei 9.696, de 1 de setembro de 1998. A lei dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Ainda que o exercício físico seja uma ação específica do Profissional de Educação Física, nós entendemos que a promoção da

atividade física deva ser feita por diferentes gestores e profissionais, inclusive fora do setor saúde.

Decorrente da complexidade do mundo que impacta sobre os antigos e novos desafios da saúde, reforça-se a importância da Educação Interprofissional em Saúde, que se apresenta como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. E dentre os desafios para uma educação e atuação interprofissional, algumas reflexões tornam-se importantes sobre “como” e “quanto” os Cursos de Graduação em Saúde no Brasil têm se comprometido com o desenvolvimento de profissionais para o trabalho em equipe, preparando os profissionais para o trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado, assim como propiciar melhor conhecimento sobre as especificidades das diferentes profissões. Respeitando os limites e competências de cada profissão envolvida (LIMA, 2019), nos atrevemos a indicar que a formação interprofissional deveria extrapolar para além das graduações em saúde, como vimos ao longo do texto.

Em seguida, apresentaremos reflexões e apontamentos sobre algumas intervenções de promoção da atividade física no ambiente de trabalho, que habitualmente são implantadas diretamente pelas empresas ou através da contratação de prestadores de serviço.

PROGRAMAS DE GINÁSTICA LABORAL

No entendimento da Associação Brasileira de Ginástica Laboral – ABGL (2019), a Ginástica Laboral (GL) é “um programa de exercícios, de curta duração (5 a 15 minutos), aplicados durante a jornada de

trabalho, que contempla em seus objetivos específicos minimizar e compensar a sobrecarga gerada nas estruturas musculoesqueléticas; otimizar a percepção corporal e da postura; contribuir para a diminuição dos índices de acidente de trabalho e afastamentos; promover educação em saúde e estilo de vida ativo.

As inserções de GL podem ser realizadas no próprio setor ou o mais próximo possível desta, como corredores entre departamentos e hall de elevadores, descartando-se a exigência de espaços específicos para evitar a locomoção dos funcionários, o que diminui o tempo de ausência nos postos de trabalho e facilita a convocação de um maior número de pessoas. E para que o programa tenha eficácia, recomenda-se uma frequência mínima de inserções de duas a três vezes por semana, com aulas de dez a quinze minutos de duração no início ou final da jornada de trabalho, ou durante pausas preestabelecidas.

De acordo com Lima (2019), após a primeira etapa de diagnóstico com o mapeamento dos setores envolvidos no programa para definição da quantidade de horários, número de profissionais, materiais e todos os itens envolvidos no projeto, é de suma importância elaborar estratégias de divulgação e atividades de conscientização sobre a importância das pausas para a participação no programa de GL.

No início do programa, definir também quais indicadores serão mensurados para acompanhamento do programa de GL, como: aptidão física, nível de atividade física, qualidade de vida, absenteísmo, afastamentos ocupacionais, entre outros, para que, periodicamente, possa ser feita uma avaliação da evolução do programa.

Com base nos resultados obtidos na avaliação de indicadores, aprimorar, dentro do planejamento, as estratégias mais bem-sucedidas,

além de treinamentos e atualização constante da equipe de profissionais atuantes no programa.

Os e as profissionais de Educação Física, bem como a Coordenação Técnica, devem conhecer todos os envolvidos no programa, a fim de estabelecer com os líderes e gestores as estratégias de motivação para uma participação mais efetiva dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Do ponto de vista fisiológico, as evidências apontam que os exercícios de alongamento têm efeito na melhora da elasticidade muscular, amplitude de movimento, consciência corporal e postural; já os exercícios de fortalecimento contribuem para o aumento da resistência muscular, redução da dor musculoesquelética e melhora da capacidade de trabalho (LIMA *et al.*, 2009; SJÖGREN *et al.*, 2014; RASOTTO *et al.*, 2015).

Outros estudos também investigaram o impacto de programas de GL em aspectos relacionados ao bem-estar, mudança de comportamento para a prática de atividade física fora do horário de trabalho e adoção de um estilo de vida mais ativo (ALVAREZ 2002; GONÇALVES; VILLARTA, 2004; MARTINS, 2005; LIMA, 2019a).

Para Lima (2019b), o programa de GL, além de preparar e compensar as estruturas musculares mais utilizadas no trabalho, com o foco em prevenção, melhora da postura e percepção corporal, diminuição de encurtamentos e de tensões musculares, deve ser complementado por ações educativas que possibilitem maior acesso à informação, promoção e educação em saúde, dinâmicas lúdicas e de integração social, visando promover um estado de maior descontração e bem-estar para os participantes.

ASSESSORIA ESPORTIVA

Outra prática que se tornou comum é a contratação de Assessorias Esportivas para a gestão de grupos de caminhada e/ou corrida, oferecidos no próprio ambiente de trabalho ou em espaços públicos, como parques, praças ou mesmo em vias públicas. Ainda que sejam amplamente conhecidos os benefícios da caminhada e da corrida, não há evidências de que é uma estratégia efetiva no ambiente corporativo. Entretanto, é fundamental que os gestores dos programas pactuem os indicadores para o monitoramento e avaliação. Acreditamos que sempre deva ser considerada a relação entre o valor de investimento e a cobertura do programa, nesse caso também a diversidade de experiências motoras oferecidas aos trabalhadores e trabalhadoras.

Nos espaços públicos é bem comum a presença de assessorias esportivas oferecendo aulas particulares. Em um estudo na cidade do Rio de Janeiro, Ribeiro *et al.* (2018) identificaram a predominância do oferecimento das atividades. Dos prestadores, 61% eram constituídos de pessoa jurídica, ofertavam atividades cinco vezes (34%) e três vezes (26%) por semana, no turno da manhã (42%) e noite (55%), sendo a corrida a atividade mais oferecida (53%), seguida do treinamento funcional (20%). Outras atividades como *crossfit*, *muay thai*, ginástica localizada, frescobol, voleibol e alongamento, e atividades na praia como surf, natação, *beach* tênis, abaixo de 3%. Em média, o valor cobrado foi de R\$147,83 para três aulas semanais de 60 minutos cada. Para aulas individuais – com uma hora de duração – os valores chegam a R\$ 60,00. Notamos que a cobrança nesse tipo de prestação de serviço foi semanal, diferente da cobrança de valores nas academias.

Em outro estudo realizado por Benedetti *et al.* (2018), com uma amostra de assessorias esportivas e com os treinadores que ofertam treinamento no campus Butantã da Universidade de São Paulo, as assessorias atendem entre 5 e 1.600 pessoas, as quais são atendidas somente pelo responsável ou por até 29 profissionais de educação física, que atuam em conjunto com o responsável pela assessoria, sendo auxiliados por até quatro estagiários durante sua atuação com o treinamento dos alunos, que ocorrem em até dez locais diferentes. Nos dois estudos citados há predominância de treinadores do sexo masculino.

Para os contratantes deste serviço, sugerimos que, além dos aspectos técnicos, também seja verificada a relação entre o prestador e o espaço público utilizado. Afinal, qual é a contrapartida pelo uso do espaço público com fins lucrativos? Alguns espaços possuem uma normatização para este tipo de uso. Outro ponto é a forma como os estagiários estão vinculados à assessoria esportiva e o seu processo de supervisão. Esta deve ser uma preocupação com outros prestadores de serviço, como a ginástica laboral, por exemplo. Acreditamos que são pontos importantes de governança.

GYMPASS

Assim como as assessorias esportivas, não temos evidências científicas da sua efetividade como estratégia de intervenção, mas tornaram-se muito presentes no mundo corporativo as plataformas que aproximam interessados e oferta de serviços de promoção da atividade física. A Empresa *Gympass* é a mais conhecida, fundada em 2012, e tornou-se um unicórnio – são *startups* que valem mais de US\$ 1 bilhão – tendo muitas matérias do ponto de vista de negócios e o seu sucesso e crescimento econômico, incluindo a sua avaliação em US\$ 2,2 bilhões em rodada de investimento liderada pelo *SoftBank Group* em 2021.

Em seu *site*, a *Gympass* (<https://site.gympass.com/br/>) comenta as vantagens para as empresas que se vinculem à plataforma: 1) o mais completo benefício de saúde e bem-estar do mundo. Acesso a mais de 700 atividades físicas através de planos acessíveis para seus funcionários; 2) tudo em uma só plataforma! Sinta-se bem com acesso premium e terapia individual, treinadores de bem-estar, nutricionistas e muito mais. A única plataforma de bem-estar corporativo que oferece acesso a mais de 50 mil academias e estúdios.

A partir deste tipo de plataforma que oferta acesso a uma variedade de vivências motoras, sem realizar juízo de valor sobre a responsabilidade ambiental, social e de governança da empresa *Gympass*, aproveitamos para trazer a reflexão publicada por Carvalho *et al.* (2021) no texto: O “novo normal” na atividade física e saúde: pandemias e uberização? Os autores apresentam o crescimento das atividades remotas criadas e ou aperfeiçoadas durante a pandemia e a precarização do trabalho em outras áreas, assim como a preocupação sobre a oferta de atividades físicas pelos profissionais de educação física em plataformas que aproximam o prestador de serviço com os consumidores, mas precariza o trabalho profissional. Os próprios autores concluem que são análises iniciais que ainda ensejam complementações e diálogo.

COMO AVALIAR?

Nas duas últimas décadas a obtenção de medidas objetivas de desfecho em saúde, além das medidas tradicionais baseadas em exames laboratoriais e na avaliação clínica, foi um grande desafio, pois há a necessidade de entender, também, a percepção individual so-

bre qualidade de vida, sua interação e o apoio social, bem como o bem-estar psicológico das pessoas.

Ao longo desse processo deve ser ressaltada a importância das etapas de monitoramento e avaliação, as quais devem fornecer subsídios para explicar os mecanismos de sucesso ou fracasso das intervenções de promoção da atividade física no local de trabalho. Assim, a adoção dessas medidas poderá contribuir para a identificação, tanto das barreiras quanto dos fatores que favorecem a participação nos programas.

Uma ferramenta que pode ser utilizada, a fim de auxiliar o planejamento e avaliação de intervenções de atividade física no ambiente de trabalho, é o RE-AIM (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). A ferramenta RE-AIM foi desenvolvida como um quadro para verificação da consistência de resultados dos processos avaliativos. O RE-AIM é uma ferramenta multidimensional, sendo composta por cinco dimensões: Alcance (*Reach*): como fazer para chegar à população-alvo? Adoção (*Adoption*): como desenvolver o apoio organizacional? Implementação (*Implementation*); a intervenção é eficaz? Manutenção (*Maintenance*): a intervenção continua em longo prazo?

As dimensões do RE-AIM incluem o alcance, a eficácia e a manutenção operando em nível individual (ou seja, quem se beneficiará com a intervenção) e a adoção, a implementação e a manutenção se concentram nos níveis individuais e organizacionais (GLASGOW *et al.*, 2019). Aplicar todas as dimensões do RE-AIM é complexo, entretanto, atualmente há estratégias para se obter cada uma delas.

Salienta-se que os resultados devem ser analisados de forma interdisciplinar e interprofissional, envolvendo profissionais das áreas

da Educação Física, Medicina Ocupacional, Segurança do Trabalho e Recursos Humanos, para que possam ser criadas políticas organizacionais em que a cultura do bem-estar e o estilo de vida mais ativo e saudável estejam mais presentes.

Para a realização dos diferentes tipos de avaliação (diagnóstica, processual/formativa e somativa/comparativa), diferentes instrumentos para a coleta de dados podem ser adotados, preferencialmente, os que apresentam uma validade metodológica. Cita-se, por exemplo, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para determinar o nível de atividade física (NAF) e o WHOQOL – BREF (*World Health Organization Quality of Life*) para verificar a percepção de qualidade de vida pelo indivíduo, por meio de uma escala contendo quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e uma componente denominada “*overall*” (avaliação global). Esses instrumentos são realizados na dimensão efetiva do Modelo RE-AIM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que o acesso à prática de atividade física ao longo da vida de forma gratuita e de qualidade ainda é um desafio a ser enfrentado pelo setor público e privado com e sem fins lucrativos. A atividade física, assim como outros comportamentos saudáveis, não depende somente de uma decisão pessoal, mas é influenciada pelos determinantes sociais e comerciais de saúde. As condições e o ambiente de trabalho podem facilitar ou dificultar um modo de vida saudável, incluindo um modo de vida ativo. As intervenções de promoção da saúde no ambiente de trabalho são espaços promissores para a inclusão de ações e programas de educação e promoção da

saúde e da atividade física, como um direito e como um potencial para o desenvolvimento humano, tão importante quanto o seu impacto positivo em indicadores de morbidade e mortalidade, especialmente os relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Obs.: Segundo Maciel, Saraiva e Martins (2018), o vocábulo “lazer” não existe em espanhol. Já o termo “ócio” no mesmo idioma, denota sentido correspondente ao “lazer” em português. Todavia, ainda conforme esses autores, a abordagem de ócio adotada neste texto distingue-se da perspectiva clássica do “ócio grego” (Aristotélico), do “ócio criativo” (DE MASI, 2000), e da “visão moderna de lazer” que enfoca, sobretudo, aspectos como “tempo livre/disponível” e “atividade” (DUMAZEDIER, 1979; MARCELLINO, 2000).

REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K.; ZOCHE, D. A. A.; VENDRUSCOLO, C.; SANTOS, J. L. G.; ALMEIDA, M. A. Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet], v. 71, n. 6, p. 3121-3126, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (EU-OSHAS). FACTS 93 – Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores. ISSN 1681-2166. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/93>. Acesso em: 10 set. 2022.

ALVAREZ, B. R. *Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores, após 2 anos de aplicação de programa de ginástica laboral e saúde caso* – Intelbras. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ARAÚJO NETO, L. A. *Muito além da transição epidemiológica: doenças crônicas no século XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 353-355, mar. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GINÁSTICA LABORAL. *Manual de boas práticas de ginástica laboral*. 3. ed. São Paulo: Associação Brasileira de Ginástica Laboral, 2019.

BENETTI, M.; SIERRA, A. P.; KISS, M. A. P. D.; ROCCO JUNIOR, A. J.; BASTOS, F. C. Assessorias esportivas e prática de corrida de rua: avaliação do cenário na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 131-140, 2018. <https://doi.org/10.11606/1807-5509201800010131>

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. *Revista Brasileira de Educação*, [s. l.], v. 19, p. 20-29, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. *Glossário temático: promoção da saúde* / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília: Casa Civil, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2020: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 20^o1a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 nov. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 22 set. 2022.

CABEZA, M. C.; PRAT, A. G. Ocio experiencial: antecedentes y características. *Arbor*, [s. l.], v. 188, n. 754, p. 265-281, 30 abr. 2012. Disponível em: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/1461/1470>. Acesso em: 2 ago. 2020.

CELAFISCS. Manifesto Internacional para a Promoção da Atividade Física no Pós-Covid-19: urgência de uma chamada para a ação. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, [s. l.], 2020. 25 Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14555/11118>. Acesso em: 22 set. 2022.

CHAU, J. Y.; GRUNSEIT, A. C.; CHEY, T.; STAMATAKIS, E.; BROWN, W. J.; MATTHEWS, C. E. *et al*. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS ONE*, [s. l.], n. 8, p. e80000, 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0080000.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). Ano I, n. 358, nov. 2011. DOU Nº 214, Seção 1, 08/11/2011. Disponível em: www.cni.org.br.

CRESWELL, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

CRUZ, D. K. A. *et al*. Iniquidades socioeconômicas associadas aos diferentes domínios da atividade física: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 31, n. esp. 1, 2022.

CUENCA, M. O ócio autotético. *Revista do Centro de Pesquisa e Formação*. Serviço Social do Comércio, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 10-29, maio 2016. Disponível em: [https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/revista/Revista-Centro-Pesquisa-e-Formacao_n02_\(ISSN_2448-2773\).pdf](https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/revista/Revista-Centro-Pesquisa-e-Formacao_n02_(ISSN_2448-2773).pdf). Acesso em: 2 ago. 2020.

CUENCA M. Ócio humanista. In: CUENCA, M. C.; MARTINS, J. C. de O. (org.). *Ócio para viver no século XXI*. Fortaleza: As Musas, 2008. p. 33-55.

CUENCA M. *Ócio valioso*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2014.

DOU Nº 214, Seção 1, 08/11/2011 Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. DECRETO Nº 7.602, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST.

ESPINOSA B. *Ética demonstrada à maneira dos geômetras*. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

FRANCILEUDO, F. A.; MARTINS, J. C. O. *Sentido do tempo, sentido do ócio, sentidos para o viver*. Coimbra: Graco Editor, 2016.

GOMEZ, C. M. *et al*. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2019.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. *Qualidade de Vida e atividade física*: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Global trends in health intense physical activity amon ealth entests: a pooled analysis of 298 population based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 23-35, 2020.

GUTHOLD, R.; STEVENS, G. A.; RILEY, L. M.; BULL, F. C. Worldwide trends in health intense physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, [s. l.], v. 6, n. 10, p. e1077-e86, 2018.

INGIZZA C. Gympass: um 'passe' de US\$ 220 milhões para nova fase. *Revista Exame*, [s. l.], set. 2021. Disponível em: <https://exame.com/exame-in/gympass-aporte-220-mihoes-nova-fase/> Acesso em: 22 set. 2022.

ISPAH. International Society for Physical Activity and Health. Oito investimentos da ISPAH que funcionam para a atividade física. Nov. 2020. Disponível em: <https://www.ispah.org/wp-content/uploads/2020/12/Portuguese-Translation-Eight-Investments-That-Work-FINAL.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

KOA, L. Y. Powerful 5W2H/IPO Method for Business Pocesess: How to hold entire processes of an organization within one database table? Createspace Independent Publishing Platform. 2013.

KOHL, H. W. 3rd; CRAIG, C. L.; LAMBERT, E. V.; INOUE, S.; ALKANDARI, J. R.; LEETONGIN, G.; *et al*. The pandemic of physical inactivity: global action for publi ealthth. *The Lancet*, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KOHL, H. W. 3rd *et al*. The pandemic of physical inactivity: global action for public ealth. *The Lancet*, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 294-305, jul. 2012.

LEE, I. M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S.N.; KATZMARZYK, P. T. *et al*. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, [s. l.], v. 380, n. 9838, p. 219-29, 2012. DOI:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

LIMA, V. *Ginástica Laboral*: atividade física no ambiente de trabalho. 4.ed. rev. e ampliada. São Paulo: Phorte, 2019.

LIMA V. *Ginástica laboral e saúde do trabalhador*: saúde, capacitação e orientação ao profissional de educação física. São Paulo: CREF4/SP, 2019. Coleção Literária 20 anos de instalação do CREF4/SP.

LIMA, V.; AQUILAS, A. L.; FERREIRA JUNIOR, M. Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a percepção de dor musculoesquelética em trabalhadores de escritório. *Rev Bras Med Trab.*, [s. l.], n. 7, p. 11-17, 2009.

MACIEL, M. G. *et al.* A humanização da atividade física em um programa governamental: um olhar necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 22, n. 67, p. 1235-1245, dez. 2018.

MACIEL, M. G. *Atividade física humanizada: uma perspectiva a partir das experiências de ócio*. Latvia: Novas Edições Acadêmicas, 2018.

MACIEL, M. G.; SARAIVA, Luiz Alex Silva; MARTINS, José Clerton de Oliveira. Semelhanças e especificidades entre os Estudos do Ócio e os Estudos do Lazer. *Revista Subjetividades*, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 13-25, 30 dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6745/pdf>.

MARTINS, C. O. Repercussão de um programa de ginástica laboral na qualidade de vida de trabalhadores de escritório. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MONTEAGUDO, M. J. S. *Leisure experiences, opportunities and contributions to human development*. Bilbao: University of Deusto, 2017. v. 1.

MONTEAGUDO, M. J. S. *et al.* Ócio ao longo da vida: as potencialidades dos itinerários de ócio para a promoção do desenvolvimento humano. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 155-172, 17 dez. 2013. Disponível em: <https://rlec.pt/article/view/1743>. Acesso em: 2 ago. 2020.

MORRIS, J. N.; HEADY, J. A.; RAFFLE, P. A. B.; ROBERTS, C. G.; PARKS, J. W. Doença cardíaca coronária e atividade física de trabalho. *Lancet*, [s. l.], n. 265, p. 1111-1120, 1953.

NIETZSCHE F. *Vontade de potência*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p. : il. ISBN 978-85-7710-219-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Plano de Ação Global para a atividade física 2018-2030*: mais pessoas ativas para um mundo mais saudável. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 29 jun. 2022.

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. *Frontiers in Sports and Active Living*, [s. l.], v. 2, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fspor.2020.00072/full>. Acesso em: 20 set. 2021.

PLOTNIKOFF, R. H. G.; MORGAN, P.; GILSON, N.; KENNEDY, S. Actio ealea 2: Workplaces. In: *Blueprint fojään Active Australia*. 3. ed. Melbourne, Australia: National Heart Foundation of Australia, 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional – Movimento é Vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas. Brasília: [s.n.], 2017.

RASOTTO, C. *et al.* Tailored exercise program reduces symptoms of upper limb workrelated musculoskeletal disorders in a group of metalworkers: A randomized controlled trial. *Manual Therapy*, [s. l.], n. 20, p. 56-62, 2015.

REINER, M.; NIERMANN, C.; JEKAUC, D.; WOLL, A. Long-ter ealthth benefits of physical activit – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, [s. l.], n. 13, p. 813, 2013.

RHODEN, I. A experiência do ócio construtivo e a qualidade de vida. *Textual*, [s. l.], p. 10-21, set. 2005.

- RHODEN, I. O ócio como experiência subjetiva: contribuições da psicologia do ócio. *Revista Mal-estar e subjetividade-Fortaleza*, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1233-1250, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v9n4/08.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.
- RIBEIRO, C. H. V.; SILVIO TELLES, S. C. C.; CAVALCANTE, E.; DELGADO, H. E. Assessorias esportivas em áreas públicas da cidade do Rio de Janeiro: perfil socioeconômico dos gestores e oportunidades empreendedoras. *PODIUM Sport, Leisure and Tourism Review*, [s. l.], v. 7, n. 1, jan./abr. 2018.
- SAIDJ, M. et al. Descriptive study of sedentary behaviours in 35,444 French working adults: cross-sectional findings from the ACTI-Cités study. *BMC publi ealthth*, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 1-10, 2015.
- SALVO, D. et al. Physical activit ealth enon and the United Nations Sustainable Development Goals ealth eng synergies to maximize impact. *Journal of Physical Activity and Health*, [s. l.], v. 18, n. 10, p. 1163-1180, 2021.
- SJÖGREN, T. et al. Effects of workplace physical exercise intervention on the physical perceived and measured physical functioning among office workers – a cluster randomized controlled cross-over design. *Int J Phys Med Rehabil*, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 1-14, 2014.
- SOUTO, D. F. Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2003.
- SURDI, A. C. A *educação física e o movimento humano significativo*: uma possibilidade fenomenológica. [S. l.]: Appris ed. 2019.
- SURDI, A. C.; KUNZ, E. A fenomenologia como fundamentação para o movimento humano significativo. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 187-210, 16 fev. 2009.
- THIVEL, D.; TREMBLAY, A.; GENIN, P. M.; PANAHI, S.; RIVIÈRE, D.; DUCLOS, M. Physical Activity, Inactivity, and Sedentary Behaviors: Definitions and Implications in Occupational Health. *Front Public Health*, [s. l.], n. 6, p. 288, 5 out. 2018. doi: 10.3389/fpubh.2018.00288. PMID: 30345266; PMCID: PMC6182813.
- WATERS, T. T. R.; DICK, R. B. Evidence of health risks associated with prolonged standing at work and intervention effectiveness. *Rehabilitation Nursing*, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 148-165, 2015.
- WEHRMEISTER, F. C.; WENDT, A. T.; SARDINHA, L. M. V. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 31, n. esp. 1, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO, 1986.
- WUNSCH, K.; KIENBERGER, K.; NIESSNER, C. Pandemic: A Systematic Review and Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Public Health*, [s. l.], v. 19, p. 2250, 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/4/2250>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CUIDADOS ALIMENTARES E O TRABALHO

ROSICLER DENNANNI RODRIGUEZ

Nutricionista (FSP-USP). Mestre em Ciências (Ambiente, Saúde e Sustentabilidade / FSP-USP). Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional (VP) e em Administração de Empresas (FAAP).

“Nem sempre se pode controlar os fatores determinantes da saúde, como a qualidade do ar, o excesso de ruídos ou o ambiente emocional que nos cerca. Mas pode-se controlar o que se come. A dieta alimentar é o único fator determinante da saúde que está sob o nosso controle. É sempre nossa a palavra final quanto ao que ingerimos. É uma pena desperdiçarmos essa oportunidade tão boa de influenciar a nossa saúde, a nossa qualidade de vida e a nossa longevidade.”

Rosicler Rodriguez

Cada vez mais, a ciência mostra a importância da alimentação saudável como um componente fundamental para a nossa saúde. Ela tem impacto na prevenção e no controle de doenças, na produtividade e no bem-estar físico e mental do trabalhador. É essencial não apenas para o combate à desnutrição ou a doenças carenciais (falta de nutrientes essenciais para o organismo), como também para a prevenção de inúmeras doenças crônicas, como diabetes, obesidade, hipertensão e problemas cardiovasculares.

Muitas empresas oferecem programas de promoção de saúde e de qualidade de vida aos seus empregados com o propósito de promover estilos de vida saudáveis, prevenir ou gerenciar enfermidades, cooperar com a saúde ocupacional e com a melhoria do clima organizacional (RODRIGUEZ, 2018). Desde que começaram a ser implementados, esses programas passam por constantes transformações, adaptando-se à necessidade do novo trabalhador.

O aumento da produção de alimentos processados, a crescente urbanização e a mudança de estilos de vida levaram a uma alteração nos padrões alimentares. Nos dias atuais, as pessoas estão con-

sumindo mais alimentos ricos em calorias, gorduras, carboidratos simples e sal/sódio, e muitas delas não comem o suficiente de vegetais e frutas que, além de vitaminas, minerais e fibras, fornecem compostos bioativos/fitoquímicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s./d.). Diante disto, o papel das empresas é fundamental para auxiliar na modificação deste quadro, através da promoção e do acesso a alimentos e/ou refeições saudáveis, e de ações educativas para estimular e proporcionar mudanças de comportamento para a formação de novos hábitos.

Assim, a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, pois possibilitam o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2022). E o local de trabalho pode dar a oportunidade e estimular os trabalhadores a fazerem escolhas saudáveis.

INTRODUÇÃO

A saúde, o bem-estar e a segurança dos trabalhadores são aspectos primordiais e componentes estratégicos para a produtividade, para a competitividade e para a sustentabilidade das organizações. O ambiente de trabalho é um local importante para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Programas e políticas eficazes nas empresas podem reduzir riscos à saúde, melhorar a qualidade de vida e a performance dos trabalhadores (RODRIGUEZ, 2018).

Empresas que almejam negócios sustentáveis precisam compreender a saúde de seus empregados como investimento, jamais como gasto; e conduzir a gestão de seus recursos humanos fomentando

o engajamento e promovendo ações e programas que visem a estimular seus empregados a entenderem a importância do cuidado individual e coletivo. Quando as políticas e os ambientes social e cultural dão suporte às iniciativas de saúde e de bem-estar; quando há o comprometimento com os processos e a responsabilidade com os resultados planejados; e, principalmente, quando proporcionam o protagonismo e o engajamento dos trabalhadores, as empresas terão muito mais oportunidades de obter sucesso em suas metas e em seus objetivos de saúde e de bem-estar de seus empregados e, como consequência, sucesso em seu negócio (COHEN, 2014; FIESP, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010a), um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua de proteção e de promoção da segurança, da saúde e do bem-estar de todos e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho (OMS, 2010a; OMS, 2010b).

Espera-se, cada vez mais, que as empresas atuem de modo responsável e possam ir além das exigências legais (FIESP, 2016; OMS, 2010a). Há evidências de que a implantação de programas de promoção de saúde e de qualidade de vida no ambiente de trabalho é uma diretriz através da qual as empresas podem atender a essas expectativas e pode gerar resultados efetivos para a organização, pois há a possibilidade de abordar fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), realizar a prevenção de doenças e agravos, controlar os custos com assistência médica e melhorar a produtividade dos trabalhadores (RODRIGUEZ, 2018; OGATA, 2018). Além disso, essa abordagem frequentemente acontece em faixas etárias nas quais ainda é possível prevenir agravos e complicações (FIESP, 2016).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a alimentação inadequada no trabalho causa uma perda de produtividade de até 20% em alguns países. No contexto internacional, um problema evidente é a má nutrição que atinge um bilhão de pessoas, sendo que muitas delas precisam trabalhar para sobreviver. Ainda, segundo a OIT, o aumento de 1% no volume de quilocalorias consumidas por um trabalhador resultaria em um aumento de produtividade de 2,27%.

Porém, a perda de produtividade em muitos locais não é causada pela falta de alimentos, e sim pela obesidade e suas consequências. Nos Estados Unidos, o problema já custa 7% de todos os gastos no setor de saúde; e o custo econômico da obesidade para as empresas é de US\$ 12,7 bilhões apenas em pagamento de seguros e licenças, sem contar a perda de produtividade, equivalente a US\$ 3,9 bilhões (CHADE, 2005). No Brasil, segundo estudo da consultoria *McKinsey Global Institute* (2014), a obesidade causou um prejuízo equivalente a 2,4% do PIB nacional, o que equivale a R\$ 208,8 bilhões (atualizado para 2021).

Essa conta inclui os custos com a queda da produtividade, os gastos com sistema de saúde e os investimentos necessários para reduzir os impactos da obesidade (MACKINSEY GLOBAL INSTITUTE, s./d.; CRIANÇA E CONSUMO, s./d.). Em 2018, os custos totais de hipertensão, diabetes e obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS) alcançaram R\$ 3,45 bilhões, ou seja, mais de US\$ 890 milhões. Desses custos, 59% foram referentes ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade (BRASIL, s./d.).

O bom funcionamento do organismo depende de doses adequadas de nutrientes: carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas,

minerais, fibras e água, além de compostos bioativos/fitoquímicos¹ e substâncias antioxidantes. Uma alimentação equilibrada e saudável é aquela que garante que o organismo receba todos os nutrientes essenciais, de forma individualizada e biodisponível, e que traz disposição física e mental, cria resistência às infecções, ajuda a prevenir doenças crônicas, melhora o humor e a memória, reduz o cansaço e o estresse, aumenta a qualidade do sono e melhora o sistema digestório. Segundo Pedro Escudero (1937)², a alimentação saudável deve ser quantitativamente suficiente, qualitativamente completa, além de harmoniosa em seus componentes e adequada à sua finalidade e ao organismo a que se destina; acrescenta-se aqui que tenha também baixo impacto ambiental.

CENÁRIO ATUAL

Nas últimas décadas, nossa forma de pensar e agir gerou uma sociedade de consumo. O crescimento da população mundial, o crescimento do uso indiscriminado de recursos naturais, do consumo excessivo e, também, do desperdício, tem acarretado problemas socioambientais e afetado a qualidade de vida das populações. Dietas baseadas em produtos industrializados e ultraprocessa-

¹ Compostos bioativos são definidos como metabólitos secundários presentes no reino vegetal, considerados “não nutrientes” que possuem ação metabólica ou fisiológica específica. São de vital importância para a saúde humana, promovendo efeitos bastante positivos quando ingeridos em quantidades significativas. São representados pelos carotenoides (licopeno, betacaroteno, luteína, zeaxantina etc.), fitoesteróis, flavonoides, fosfolípidios, polifenóis (quercetina, catequinas, isoflavonas etc.), organosulfurados, probióticos. Resolução-RDC nº 2/ de 7 de janeiro 2002 – ANVISA. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0002_07_01_2002.html.

² Pedro Escudero, médico argentino, em 1937 criou as Leis da Alimentação (quantidade, qualidade, harmonia e adequação), que ainda são consideradas a base de uma alimentação saudável. As Leis de Escudero expressam, de forma simples, as orientações para uma dieta que garante crescimento, manutenção e desenvolvimento saudáveis.

dos têm contribuído para o aumento da incidência das doenças crônicas e degenerativas, como diabetes, hipertensão arterial, alterações endócrino-metabólicas, hipotireoidismo, obesidade, câncer, doenças autoimunes, intolerâncias e alergias alimentares, e enfermidades neurológico-cognitivas.

Como consequência deste cenário, atualmente vivemos uma Síndrome Global. Trata-se da coexistência de três pandemias: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, que interagem umas com as outras e têm causas em comum (EAT, 2019). Por este motivo, devem ser combatidas conjuntamente, e com urgência.

A alimentação é o recurso mais consistente que temos para potencializar a saúde humana e a sustentabilidade ambiental. Porém, a forma de produção e de consumo atual dos alimentos está ameaçando tanto as pessoas como o planeta (EAT, 2020). Os sistemas alimentares estão esgotando os recursos do planeta, enquanto as dietas estão resultando em crises globais de saúde (CEBEDS, 2020).

Também está havendo uma mudança no sistema alimentar ou agroalimentar. O êxodo rural, o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, a necessidade de trabalhadores realizarem as refeições fora do lar e a demanda por alimentos para atender a uma população em crescimento, impulsionou o mercado dos alimentos ultraprocessados.

Se, por um lado, o investimento na indústria de alimentos trouxe grandes avanços, como aumento da expectativa de vida e melhor perfil nutricional (MCMICHAEL, 2005), por outro, a produção de alimentos com alto grau de processamento desencadeou um aumento crescente de problemas socioambientais e de saúde humana. Isto gerou uma gran-

de contradição: apesar de toda evolução científica e tecnológica das últimas décadas, a qualidade dos alimentos produzidos e comercializados pelo sistema agroalimentar moderno envolve novos riscos à saúde. Estes se relacionam ao estímulo às monoculturas, ao desequilíbrio entre os nutrientes, ao uso intensivo de agrotóxicos, à contaminação do solo e da água, aos contaminantes químicos sintéticos e conservantes utilizados, à toxicidade dos alimentos produzidos (AZEVEDO; PELICIONI, 2011; AZEVEDO; RIGON, 2014) e à produção de alimentos geneticamente modificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Com relação à saúde, faltam pesquisas, mas já se sabe que a exposição aos agrotóxicos e outros contaminantes químicos, por um longo período, pode alterar mecanismos fisiopatológicos danificando o sistema nervoso central, endócrino e imunológico. Pesquisadores já encontraram associação positiva com doenças neurodegenerativas, alguns tipos de cânceres, hipertensão, diabetes, obesidade, defeitos cardíacos congênitos e maior vulnerabilidade a infecções microbianas e virais, e sua mortalidade (IPEN FOR A TOXICS-FREE FUTURE, s./d.).

Evidências mostram que a incidência e a mortalidade da Covid-19 são maiores entre os portadores de doenças crônicas, tais como diabetes, obesidade, câncer, desordens pulmonares e demência. Acrescenta-se a isso, durante a pandemia, o aumento da insegurança alimentar e nutricional, tornando a população ainda mais exposta aos prejuízos à saúde induzidos pela Covid-19 (IPEN FOR A TOXICS-FREE FUTURE, s./d.).

Considera-se também que o consumo excessivo de alimentos é contrário à sustentabilidade, já que ultrapassa as necessidades do indivíduo, tornando-se desperdício. Dietas com pouca diversidade,

baseadas em produtos com alto grau de processamento e alto valor energético, incentivam a agricultura intensiva, além de agravar a tendência progressiva de uma epidemia global de obesidade (MARTINELLI; CAVALLI, 2019).

Em todo o mundo, uma em cada três pessoas tem carência de nutrientes ou come em excesso, ou seja, temos um problema grave de saúde e de impacto ambiental. Se, por um lado, temos a diminuição na desnutrição infantil e o aumento na expectativa de vida, por outro temos aumento de sobrepeso, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (CEBEDS, 2020). O Brasil vem enfrentando um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre os adultos. O excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Aliado a isso, segundo a FAO, 1,3 bilhão de toneladas de alimentos são estragados ou desperdiçados antes mesmo de serem consumidos pelas pessoas e acontece em toda a cadeia de suprimentos: da produção inicial até o consumo final pelas pessoas, o que chamamos “desperdício do campo à mesa” (PEREIRA et al., 2018; SOCIEDADE NACIONAL DE AGRICULTURA, s./d.).

DADOS DO VIGITEL – VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021)

Implantado, desde 2006, em todas as 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal, o Vigitel, que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) do Minis-

tério da Saúde, vem monitorando a frequência e a distribuição dos principais determinantes DCNTs através de pesquisas por telefone. O Vigitel aborda questões relacionadas à alimentação. São elas:

- Características do padrão de alimentação associadas à ocorrência de DCNTs (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças, alimentos ultraprocessados e de refrigerantes);
- Peso e altura referidos;
- Frequência do consumo de bebidas alcoólicas.

A seguir, os resultados do Vigitel 2021, lançado em abril de 2022, relacionados à alimentação, com o recorte dos principais indicadores (**Tabela 1**). Vale ressaltar que, devido à pandemia de Covid-19, houve uma redução no tamanho da amostra pesquisada, o que pode implicar na diminuição da precisão das estimativas, situação que recebeu atenção especial nessa edição e deve ser considerada na próxima para efeitos de comparação dos resultados.

Os resultados apresentados são preocupantes do ponto de vista de saúde, baseado no Índice de Massa Corpórea (IMC)³: mais da metade da população (57,2%) está acima do peso e 22,4% já apresentam obesidade, que tem relação com várias complicações metabólicas. Esses dados se concentram na faixa etária de 45 a 64 anos, com escolaridade entre zero e oito anos.

³ O Índice de Massa Corporal (IMC) é reconhecido pela OMS como um padrão internacional que avalia se as pessoas, entre 20 e 59 anos, estão com peso ideal ou em excesso, em relação à sua altura. Embora o resultado não indique como está o estado nutricional, o IMC pode ser utilizado como um indicador de risco à saúde e tem relação com várias complicações metabólicas. É calculado dividindo o peso (em quilos) pela altura ao quadrado (em metros).

	Total (%)	Homens (%)	Mulheres (%)	Idade (anos) - maior prevalência	Escolaridade (anos) - maior prevalência
Excesso de peso	57,2	59,9	55	45-64	0-8
Obesidade	22,4	22	22,6	45-64	0-8
Consumo regular de frutas e hortaliças (5+ na semana)	34,2	26,2	41	65+	12+
Consumo de 5+ porções diárias de frutas e hortaliças (recomendação)	22,1	16,9	26,4	65+	12+
Consumo de feijão (5+ na semana)	60,4	65,9	55,8	25-44	0-8
Consumo de refrigerantes (5+ na semana)	14	17,2	11,3	18-24	9-11
Consumo de grupos de alimentos não ou minimamente processados (5+ na semana)	30,9	27,7	33,7	55-64	12+
Consumo de grupos de alimentos ultraprocessados (5+ na semana)	18,2	21,7	15,2	18-24	9-11
bebida alcoólica	18,3	25	12,7	25-34	12+

Tabela 1 – Recorte dos resultados do Vigitel 2021 relacionados à alimentação

Fonte: tabela elaborada pela autora - Vigitel (2021)

O consumo regular de frutas e hortaliças, em termos de frequência e porções diárias, atingem, respectivamente, um terço e um quarto da população adulta (≥ 18 anos). O consumo é considerado baixo devido aos benefícios que esses alimentos conferem à saúde, prevenindo doenças causadas pela sua falta. O consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados, que deveriam compor a maior parte da dieta, representa somente 30,9% da população, sendo consumido em maior parte por adultos maiores de 35 anos. Houve um pequeno aumento em relação a 2019, que era de 29,9%.

Já o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados (de baixa densidade nutricional) representou 18,2% da população, mantendo o percentual de 2019, concentrando-se, especialmente, na faixa etária abaixo de 24 anos. O **Quadro 1** traz um

VIGITEL BRASIL 2021 (RECORTE DOS PRINCIPAIS INDICADORES)					
Indicadores	% com excesso de peso	% com obesidade	% com consumo recomendado de frutas e hortaliças	% com consumo de refrigerantes (5+ dias da semana)	% com diabetes
2006	42,6	11,8	-	-	5,5
2007	43,4	13,3	-	30,9	5,8
2008	44,9	13,7	20	26,4	6,2
2009	45,9	14,3	20,2	26	6,3
2010	48,2	15,1	19,5	26,8	6,8
2011	48,8	16	22	27,5	6,3
2012	51	17,4	22,7	26	7,4
2013	50,8	17,5	23,6	23,3	6,9
2014	52,5	17,9	24,1	20,8	8
2015	53,9	18,9	25,2	19	7,4
2016	53,8	18,9	24,4	16,5	8,9
2017	54	18,9	23,7	14,6	7,6
2018	55,7	19,8	23,1	14,4	7,7
2019	55,4	20,3	22,9	15	7,4
2021	57,2	22,4	22,1	14	-

Quadro 1 – Frequência anual dos indicadores do Vigitel que apresentam variação temporal estatisticamente significativa. População adulta (≥18 anos) de ambos os sexos de todas as capitais brasileiras e do Distrito Federal (2006-2019 e 2021)

Fonte: Vigitel (2018, 2019, 2021)

recorte dos principais indicadores, com frequência anual, considerada estatisticamente significativa. Os dados mostram que nos últimos 16 anos houve um aumento, de forma linear, do excesso de peso (IMC ≥ 25) em 34%, a obesidade praticamente dobrou (90%) no mesmo período. Segundo análise do Vigitel, a mudança de hábito impacta nas doenças cardiovasculares: o Brasil está na transição da desnutrição para a obesidade.

O consumo recomendado de frutas e hortaliças (5 ou mais porções diárias) teve um aumento de 10% nos últimos 14 anos e o consumo de refrigerantes (em cinco dias ou mais da semana) teve uma redução de 20%, o que é positivo.

ENFRENTAMENTO DOS FATORES DE RISCO

Segundo a OMS, as DCNTs matam cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. As principais DCNTs são as doenças cardiovasculares, o diabetes, os cânceres e as doenças pulmonares crônicas. Estes quatro agravos são responsáveis por mais de 31 milhões de mortes em todo mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Os principais fatores de risco são a alimentação inadequada, a inatividade física, o tabagismo e o uso abusivo do álcool. Existem os fatores metabólicos que aumentam o risco das DCNTs, como o excesso de peso e obesidade, pressão arterial elevada, e níveis de glicose e colesterol elevados no sangue (OGATA, 2018).

As DCNTs trazem impactos para as pessoas e suas famílias, e afetam empresas, governos e o desenvolvimento dos países. Têm longa duração e são o resultado da combinação de fatores comportamentais, genéticos, ambientais e fisiológicos. Seu enfrentamento envolve: prevenção, detecção precoce, rastreamento e tratamento adequado. A redução dos fatores de risco é uma forma importante de enfrentamento das DCNTs (OMS, 2010a). Por este motivo, o item 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas propõe, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, s./d.).

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da última década. Trata-se de uma desordem complexa com forte base genética, disfunções endócrinas e etiologia multifatorial. Existe um consenso de que um ambiente obesogênico, criado a partir da abundância de alimentos (*junk food*)⁴, estilo de vida sedentário, alta exposição a toxinas e o estresse crônico, contribuem para a sua prevalência (NAVES, 2014).

A industrialização e a modernização são importantes desencadeadores do ambiente obesogênico, pois:

- Promovem o aumento na exposição a compostos químicos, que interagem com o nosso metabolismo, levando ao desequilíbrio na funcionalidade das células.

⁴ Junk food, também conhecido coloquialmente como “porcaria” ou “besteira”, é uma expressão pejorativa para “alimentos com alto teor calórico, mas com níveis reduzidos de nutrientes” (Wikipédia).

- Contribuem para o aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica e baixa qualidade nutricional.
- Estimulam um estilo de vida sedentário, já que potencializam a mecanização e a automação, diminuindo o gasto energético diário.
- Contribuem para a baixa resposta adaptativa ao estresse, gerando um estado de estresse crônico, principalmente nos grandes centros urbanos. (NAVES, 2014)

Como, então, atacar esse problema? Faz-se necessária a mudança no estilo de vida, que inclui, especialmente, a promoção de uma alimentação saudável, exercícios físicos e o controle do estresse (NAVES, 2014). Estudo realizado pela equipe do Nupens/USP (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo), março/2022, mostra que a chance de obesidade é 45% maior entre adolescentes que consomem muitos produtos ultraprocessados (FOLHA DE S.PAULO, 2022). Esse tipo de alimento tem efeitos negativos sobre a saúde se consumido a longo prazo, contribuindo para o desequilíbrio do organismo e propiciando o aparecimento também de outras doenças, como osteoporose, alteração da microbiota intestinal etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; FOLHA DE S. PAULO, 2022).

COMO PROMOVER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A Estratégia Global OMS sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004) diz:

- “As empresas que fornecem refeições podem desempenhar funções importantes como promotoras de modos de vida saudáveis. As empresas podem adotar medidas direcionadas a enviar mensagens positivas e coerentes que facilitem e possibilitem a realização de atividades para promover a alimentação saudável e a atividade física”.
- “Os locais de trabalho são importantes para promover a saúde e prevenir as doenças. As pessoas devem ter possibilidade de adotar decisões saudáveis no local de trabalho.”

A Estratégia Global da OMS também recomenda que os governos reformulem e atualizem periodicamente suas diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição, levando em conta mudanças nos hábitos alimentares e nas condições de saúde da população e o progresso do conhecimento científico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Essas diretrizes têm como propósito apoiar a educação alimentar e nutricional e subsidiar políticas e programas nacionais de alimentação e nutrição. No Brasil, temos o Guia Alimentar da População Brasileira (2014) (**Figura 1**), um importante documento para ampliar as escolhas alimentares mais saudáveis em uma linguagem que seja compreendida por todas as pessoas e que leve em conta a cultura local. Constitui uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo o Guia, a alimentação saudável deve ser incentivada através do consumo de alimentos nas formas mais naturais, produzidos localmente e pela agricultura familiar, que valorizem os alimentos regionais e a cultura alimentar, devendo também estimular o resgate



Figura 1 – Guia Alimentar para a População Brasileira

Fonte: Ministério da Saúde (2014)

aos bons hábitos alimentares. Baseado em ciência, ele traz argumentos para evitar o consumo dos alimentos ultraprocessados, e reconhece como prioritária a produção de alimentos que promovam e possam garantir a Segurança Alimentar Nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Guia traz a classificação dos alimentos em quatro categorias, definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção (**Figura 2**):

- 1. In natura:** obtidos diretamente de plantas ou de animais sem que tenham sofrido qualquer alteração.
- 2. Minimamente processados:** são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Passaram por processos de limpeza, moagem, fracionamento, pasteurização, refrigeração, congelamento, que não envolvem adição de sal, açúcar, óleos, gorduras e outras substâncias.

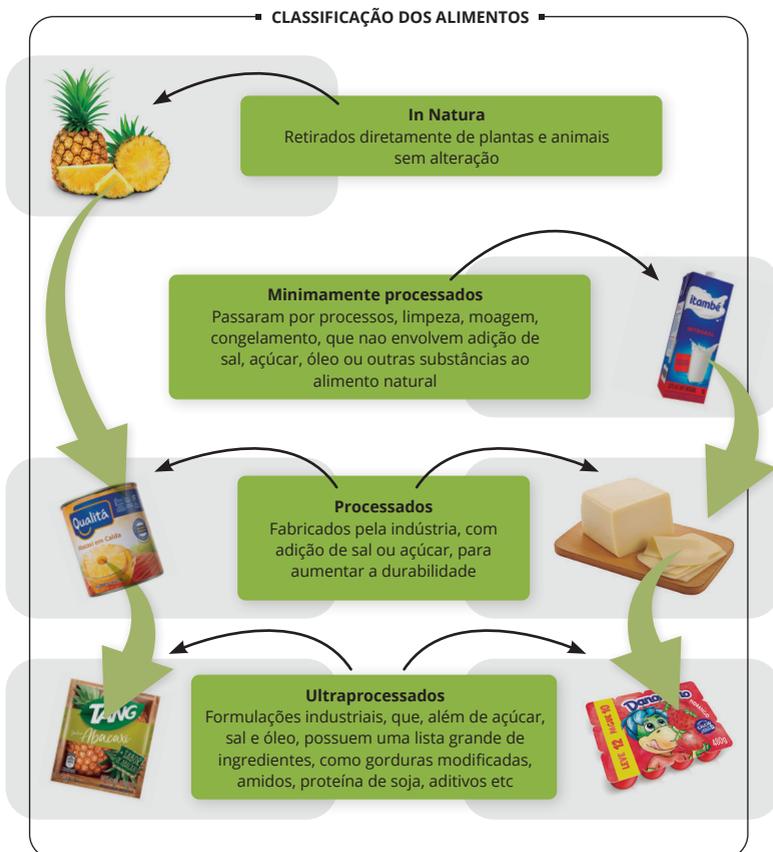


Figura 2 - Classificação dos alimentos

Fonte: Guia Alimentar da População Brasileira, Ministério da Saúde (2014)

3. **Alimentos processados:** produtos fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância a um alimento in natura ou minimamente processado. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões de alimentos originais; normalmente o processamento visa a aumentar a durabilidade.

4. Alimentos ultraprocessados: são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas dos alimentos (gorduras, óleos, açúcares, proteínas, amido), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes).

Vale destacar que os alimentos ultraprocessados, em sua grande maioria, possuem composição nutricional desbalanceada, alto percentual de gorduras saturadas e hidrogenadas, grande quantidade de açúcar e de sódio, baixo teor de fibras, alta densidade energética e causam impacto ao meio ambiente (especialmente pelas embalagens). Favorecem o consumo excessivo de calorias, pois apresentam hipersabor (são formulados para serem extremamente saborosos); levam a comer sem atenção (consumo em qualquer lugar, sem necessidade de pratos, talheres, mesas); apresentam variações com tamanhos gigantes (custo-benefício) e calorias líquidas (menor capacidade do organismo “registrar” calorias provenientes de bebidas açucaradas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para diferenciar os alimentos processados dos ultraprocessados deve-se fazer a leitura da “lista de ingredientes” presente no rótulo. Os ultraprocessados apresentam número elevado de ingredientes (cinco ou mais) e os ingredientes têm nomes pouco familiares e não usados em preparações culinárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).



Figura 3 – Como diferenciar os alimentos de acordo com o tipo de processamento

Fonte: Guia Alimentar da População Brasileira, Ministério da Saúde (2014)

O GUIA TRAZ QUATRO RECOMENDAÇÕES:

- Faça dos alimentos in natura ou minimamente processados a base de sua alimentação;
- Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
- Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte das refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados;
- Evite alimentos ultraprocessados.

Em 2019, *The EAT – Lancet Commission on Food, Planet, Health* lançou o *The Planetary Health Plate* que, traduzido para o português, significa “Alimento, Planeta e Saúde – Dietas Saudáveis a partir de Siste-

mas Alimentares Sustentáveis”. Essa comissão reuniu 37 cientistas de destaque de 16 países, durante três anos, liderados por Walter Willet (*Harvard T.H. Chan School of Public Health*) para desenvolverem metas científicas globais para dietas e produção sustentável de alimentos. O resultado do estudo foi um modelo de dieta saudável para a saúde planetária para quase 10 bilhões de pessoas até 2050 (EAT, 2020).

As Dietas Saudáveis têm um ótimo consumo calórico e consistem em grande parte de uma diversidade alimentar à base de plantas, baixa quantidade de alimentos de origem animal, contêm gorduras não saturadas e quantidades limitadas de grãos refinados, alimentos altamente processados e açúcares adicionados.

Segundo Willet, “a transformação para dietas saudáveis até 2050 vai exigir mudanças substanciais na dieta. O consumo geral de frutas, vegetais, nozes e legumes terá de duplicar, e o consumo de alimentos, como carne vermelha e açúcar, terá que ser reduzido em mais de 50%. Uma dieta rica em alimentos à base de plantas e com menos alimentos de origem animal confere benefícios à saúde e ao meio ambiente”. Conseqüentemente, esse tipo de dieta pode também reduzir as taxas de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras (EAT, 2020).

ABORDAGEM NUTRICIONAL NA EMPRESA

Considerando que as empresas são um espaço privilegiado para a convivência social, possibilitando construir relações favoráveis para a

abordagem de fatores de risco e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s./d.), o cenário atual de aumento de DCNTs e a alta carga de estresse relacionada ao estilo de vida e trabalho, especialmente na pandemia do Covid-19, programas de saúde e qualidade de vida que abordam a alimentação saudável têm papel fundamental na melhora da satisfação, produtividade e redução nos custos com problemas de saúde (OGATA; SIMURO, 2009).

Os programas de nutrição e alimentação saudável nas empresas podem trazer impactos positivos sobre a saúde, o bem-estar e a produtividade dos trabalhadores, porém são poucas as empresas que usam estratégias efetivas comprovadas. Na prática, observa-se que a maioria dos programas atuais:

- Tem como foco principal a perda de peso; normalmente são campanhas baseadas em dietas com restrições calóricas, trazendo resultados apenas temporários, não promovendo a necessária mudança de comportamento, e que podem ter consequências negativas à saúde, como o agravamento de outros quadros clínicos;
- São oferecidas atividades, e a maioria delas está desarticulada;
- Sem levantamento prévio de necessidades;
- Ausência de planejamento adequado, comprometendo os resultados esperados;
- Falta de envolvimento dos empregados na elaboração do programa.

É desafiador promover a mudança de comportamento sem perder a

dimensão simbólica da alimentação, dos hábitos e da cultura, considerando o indivíduo em sua totalidade e com foco na promoção da saúde e do bem-estar, porém, se corretamente realizadas, poderão influenciar a vida do trabalhador no sentido de promover mudanças concretas e duradouras (TIMERMAN, s./d.).

As informações, a seguir, são baseadas na minha experiência profissional, de mais de 20 anos, atuando como nutricionista responsável pelo serviço de alimentação e como gestora do programa de promoção da saúde e qualidade de vida de uma empresa multinacional da área farmacêutica; de aprendizados e trocas de experiências com outros profissionais e em reuniões e cursos promovidos pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida – ABQV.

PRÉ-REQUISITOS PARA INICIAR UM PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:

Antes de iniciar um programa de promoção de alimentação saudável na empresa, alguns pré-requisitos são necessários. A empresa e sua liderança devem:

- a) Compreender o significado de “saúde, bem-estar, qualidade de vida e ambiente de trabalho saudável” e se isso é um valor para a empresa;
- b) Estabelecer as razões para implantar uma política e/ou programa de qualidade de vida;
- c) Compreender a importância da nutrição e da alimentação no contexto de saúde, bem-estar e qualidade de vida;

- d) Definir o que se espera com um programa de alimentação e nutrição.
- e) Conhecer/estabelecer o orçamento disponível;
- f) Definir quais são as prioridades, resultados esperados e como mensurá-los;
- g) Compreender que o principal foco a ser atingido é a mudança de comportamento. Este acontecerá com educação e promoção e/ou facilidade de acesso aos alimentos/refeições e bebidas saudáveis.

Os requisitos acima precisam ser amplamente analisados e devidamente esclarecidos antes de se iniciar o programa. Uma vez feito isso, então o programa poderá começar a ser delineado.

Alguns mitos devem ser superados, especialmente de que uma comida saudável é uma comida com restrição de alimentos e para fins terapêuticos. Na verdade, a comida saudável pode e deve ser saborosa, prazerosa, preventiva e sustentável (TIMERMAN, s./d.).

Para promover a mudança de comportamento alimentar é preciso entender que o comportamento está associado não só ao conhecimento, mas também a crenças e sentimentos em relação ao alimento (TIMERMAN, s./d.). Porém, é difícil atingir resultados significativos apenas com a transmissão de conceitos e informações sobre alimentação e saúde. Outros fatores precisam ser levados em conta.

De acordo com Michael O'Donnell (diretor executivo do *American Journal of Health Promotion*), são quatro as fases de percepção e mudanças, sendo um processo dinâmico como pode ser visto no **Quadro 2**.

Fases de Percepção e Mudanças	Como?
SENSIBILIZAR as pessoas através de processo educativo dos fatores positivos e negativos que podem afetar a saúde.	Processo educativo é fundamental, mas não suficiente
MOTIVAR: quando um indivíduo tem motivação para mudança de comportamento, ele busca mais informações e habilidades necessárias para fazer essa transformação.	Dar incentivos
CONSTRUIR HABILIDADES E CONHECIMENTOS: o maior desafio é ENSINAR as pessoas sobre COMO mudar. Estabelecer metas possíveis, dar <i>feedbacks</i> , e estabelecer novas metas.	Ensinar como fazer e como mudar
CRIAR OPORTUNIDADES E AMBIENTE: a pessoa motivada cria oportunidades para integrar novos comportamentos e ações em seu dia a dia.	Dar suporte e condições para mudanças de cultura. Construir novos conhecimentos para FORMAR HÁBITOS.

Quadro 2 – Fases de Percepção e Mudanças

Fonte: adaptado de Guia Prático de Qualidade de Vida (OGATA; SIMURRO, 2009)

A escolha alimentar (**Figura 4**) é um processo complexo, determinado por vários fatores e os determinantes dessa escolha podem ser definidos como fatores que vão afetar as decisões por meio de efei-



Figura 4 – Determinantes da escolha alimentar

Fonte: Temas Avançados de Qualidade de Vida – v. 7 – Estratégias para mudança de comportamento alimentar aplicadas aos programas de saúde das empresas (OGATA, 2018)

tos nos pensamentos e sentimentos individuais. De acordo com JAEGER *et al.* (2011 apud ALVARENGA *et al.*, 2018), as escolhas alimentares podem ser guiadas por três tipos de determinantes: aqueles relacionados aos alimentos (sabor, aparência, valor nutricional etc.); os relacionados à pessoa (biológicos, antropológicos, psicológicos e socioeconômicos); e os fatores relacionados ao ambiente (físicos e socioculturais) (TIMERMAN, *s./d.*; ALVARENGA *et al.*, 2018).

FORMAS PARA CONDUZIR A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO:

De que forma as empresas podem atender às reais necessidades e inovar na busca da saúde? Como já citado, existem duas formas essenciais para conduzir a mudança de comportamento alimentar nas empresas:

- Criar oportunidades e ambiente: promover o acesso às refeições;
- Construir habilidades e conhecimentos: educar.

Para tanto, é fundamental a comunicação em todo processo, sempre revendo as necessidades e o estabelecimento de metas.

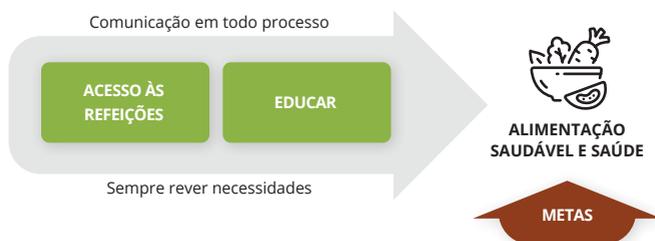


Figura 5 – Formas para conduzir a mudança de comportamento

Fonte: elaborado pela autora

PROMOVER O ACESSO A ALIMENTOS E/OU REFEIÇÕES

Benefício que a empresa fornece aos empregados para que eles possam se alimentar durante o período de trabalho. São opções de refeições em ambientes corporativos:

- **Restaurante próprio (autogestão ou terceirizado):** com o fornecimento de uma ou várias refeições ao dia, como: café da manhã, almoço, jantar, lanches intermediários;
- **Lanchonetes e cafeterias:** para refeições ou lanches rápidos;
- **Vending machines:** máquinas que vendem produtos alimentícios de forma automatizada;
- **Estrutura de copa:** locais pequenos e com estrutura básica: geladeira/frigoar, micro-ondas, mesas de apoio etc. Possibilidade de oferecer alimentos saudáveis nos intervalos das refeições – frutas, lanches saudáveis; abrindo a possibilidade de os empregados levarem seus lanches e *snacks*. Ou ainda a utilização de um carrinho que circule nos setores de trabalho com alimentos saudáveis;
- **Vale-refeição:** essa opção engloba restaurantes, lanchonetes, padarias e quaisquer outros estabelecimentos que cumpram com o propósito de fornecer alimentos prontos para consumo;
- **Vale-alimentação:** tem como objetivo auxiliar na compra de gêneros alimentícios;
- **Delivery especializado:** entregas de refeições, compradas pela internet, aplicativos ou telefone, diretamente onde o cliente deseja.

Na **Tabela 2** estão as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de serviços.

É recomendável que a empresa conte com um profissional nutricionista para orientar e supervisionar a qualidade nutricional e as condições higiênico-sanitárias dos alimentos, e acompanhar os diferentes tipos/opções de serviços de alimentação oferecidos.

Minha recomendação, baseada em experiência/vivência própria, o serviço que oferece melhor suporte a um programa de alimentação saudável e equilibrada é a empresa ter seu próprio restaurante (autogestão ou terceirizado), uma vez que o cardápio e os alimentos oferecidos podem e devem estar em sintonia com os objetivos de saúde propostos. Além disso, o restaurante recebe diariamente os empregados (público fixo), existindo uma enorme oportunidade de educação nutricional através do próprio cardápio, orientações e campanhas diversas sobre alimentação saudável.

Se a empresa optar em ter um serviço terceirizado por empresa especializada no fornecimento de refeições (concessionárias de alimentação), ela tem de estabelecer os critérios de saúde e alimentação que pretende atingir, baseada nas necessidades de seu público-alvo, os resultados esperados e como mensurá-los.

O que se observa na prática é que as empresas contratam serviços de alimentação terceirizados baseados no custo da refeição e em outros tipos de serviços e não definem o que esperam em termos de equilíbrio nutricional e saúde. Quem contrata é sempre corresponsável pelo serviço contratado. É necessário buscar um parceiro que tenha condições de atender à demanda da empresa e seus objetivos.

	Características	Prós	Contras
Restaurante próprio (autogestão ou terceirizado)	Estrutura física	Controle de qualidade higiênico-sanitária	Saber lidar com as diferentes expectativas
	Equipe técnica	Controle do equilíbrio nutricional	Administração complexa
	Tipo de serviço	Customização ao seu público	
	Opções de cardápio (café da manhã, almoço, jantar, ceia, lanches intermediários)	Permite gestão dos objetivos de saúde/Perfil do nutricionista	
	Fundamental a presença de um nutricionista		
Vale-refeição	Não necessita de estrutura física	maior liberdade de escolha	Utilização para compra de itens não alimentícios (embora proibido)
	Valor do ticket de acordo com o orçamento da empresa e, em alguns casos, acordos sindicais	Utilização em finais de semana	Pouquíssima ou nenhuma influência do gestor sobre a opção diária
	Relacionado com a localização da empresa	Possibilidade de relatórios gerenciais do fornecedor/ aplicativos para usuários	
	Opções de serviço		
	Relação da opção de escolha com o poder de compra		
Lanchonetes e cafeterias na empresa	Limitação na oferta de uma alimentação completa e saudável		Administração complexa, poucas opções
			Poucas opções de <i>fastfood</i> saudáveis
			Nenhuma gestão sobre a opção diária
Vending Machines	Opções para lugares sem infraestrutura e/ou pouco espaço	Opções " <i>healthy food</i> "	Limitação de produtos, poucas opções saudáveis
			Nenhuma gestão sobre a opção diária
Delivery especializado	Não necessita de estrutura física	Existem opções de itens saudáveis	Estímulo a compra de opções de itens não saudáveis (<i>Junkfood</i>)
		Entrega no horário desejado	Nenhuma gestão sobre a opção diária

Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 – Tipos de serviço de alimentação – características, prós e contras

Vale ressaltar que é possível oferecer opções saborosas e nutricionalmente equilibradas. A criatividade é o limite. De acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira (2014), a alimentação deve estar em sintonia com o seu tempo, ou seja, é possível até mesmo oferecer uma alimentação tipo “fast-food” com alimentos saudáveis e nutricionalmente equilibrados e com isto reverter as tendências desfavoráveis de aumento da obesidade e de outras doenças crônicas relacionadas à alimentação.

Outro ponto fundamental é o alinhamento das refeições servidas no restaurante com os demais serviços oferecidos de cafeteria, copas, lanchonetes, *coffee breaks* etc., dando prioridade aos produtos saudáveis. Os alimentos “não saudáveis” também podem ser oferecidos, mas a sugestão é não estarem muito à vista e não serem subsidiados.

Esse alinhamento deve ocorrer em sintonia com as demais áreas da empresa, especialmente com o serviço médico/ambulatorio. Por isso, qualquer ação tem de estar alinhada. Por exemplo, é muito comum as empresas fazerem promoções para seus empregados de produtos diversos, entre eles, alimentos. O mais comum são promoções de doces, chocolates, guloseimas e alimentos ultraprocessados. Por que não levar uma feirinha semanal de verduras, legumes e frutas, de preferência orgânicos?

Em suma, as inovações e a contratação de serviços somente fazem sentido se forem para agregar valor/saúde ao empregado. Vale salientar que o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), um instrumento legal para promover qualidade de vida e saúde nutricional dos trabalhadores com renda de até cinco salários mínimos, traz a possibilidade de dedução de valores no IR da pessoa jurídica,

bem como isenções de alguns encargos sociais, como FGTS e INSS. Para as organizações que atuam sob o regime tributário do Lucro Real, há a possibilidade de desconto de até 4% no Imposto de Renda de pessoa jurídica. Aderir aos benefícios do PAT não é uma obrigatoriedade por lei. A legislação do PAT passou por recentes alterações (Decreto 10.854, de 10 de novembro de 2021), que simplificaram algumas de suas regras (FLASH, s./d.; SODEXO, s./d.).

EDUCAR

Processo para adquirir conhecimentos, habilidades, valores, crenças e hábitos. É informar e transmitir saberes, para que os empregados façam as melhores escolhas alimentares. Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2008), as ações podem ser:

- Coletivas e/ou individuais;
- Criativas e participativas;
- Vivenciais;
- Práticas;
- Multidisciplinares;
- Contínuas ou por tempo determinado;
- Priorizadas por grupos de risco (triagem) ou livre demanda.

As sugestões dessas ações para a educação encontram-se distribuídas e apresentadas a seguir.

CATORZE AÇÕES EFETIVAS, BASEADAS EM EVIDÊNCIAS, PARA A MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR PARA A PREVENÇÃO DE DCNTS

1. Definir e estabelecer qual a importância da nutrição e da alimentação saudável no contexto da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida dos empregados:

- Envolver a liderança da empresa e o serviço de medicina;
- Ter a alimentação saudável como um valor;
- Definir o que se espera com um programa de alimentação e nutrição;
- Identificar as necessidades;
- Definir metas, prioridades, objetivos e resultados esperados e como mensurá-los;
- Analisar e definir os recursos humanos e financeiros necessários;
- Definir o modelo e a abrangência;
- Definir um gestor (recomenda-se um nutricionista para a gestão ou que ele faça parte da equipe);
- Definir se haverá subsídio (total ou parcial) para as ações ou não;

- Ter como premissa o alinhamento de todas as ações com as refeições servidas no restaurante (se houver) e demais serviços oferecidos (cafeterias, copas etc.).

2. Promover uma alimentação saudável e sustentável:

É sabido que a composição precisa de uma dieta equilibrada, diversificada e saudável, que varia de acordo com as características individuais (idade, sexo, estilo de vida), atividade física, hábitos alimentares, alimentos disponíveis localmente e contexto cultural. Entretanto, os princípios básicos da constituição de uma alimentação saudável permanecem os mesmos para todas as pessoas. Para adultos, uma dieta saudável diária inclui (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s./d.):

- De 400g a 600g (o equivalente de cinco a oito porções) de frutas e vegetais, exceto batata, batata-doce, mandioca e outros tubérculos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s./d.; RODRIGUEZ-CASADO, 2016);
- Frutas, verduras, legumes, leguminosas (como feijão e lentilha), nozes e cereais integrais (como milho, aveia, trigo e arroz integral);
- Menos de 10% da ingestão calórica total de açúcares livres⁵, o que equivale a 50g (12 colheres de chá) para uma pessoa com peso corporal saudável e que consome cerca de 2.000 calorias/dia. O consumo ideal deve ser inferior a 5% da ingestão calórica total para benefícios adicionais à saúde.

⁵ Açúcares livres são todos os açúcares adicionados aos alimentos ou bebidas pelos fabricantes, cozinheiros ou consumidores, bem como os açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sucos de frutas e concentrados de sucos de frutas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s./d.).

- Menos de 30% da ingestão calórica diária procedente de gorduras. Gorduras não saturadas (presentes em peixes, abacate e nozes, bem como nos azeites de girassol, soja, canola e azeite virgem) são preferíveis às gorduras saturadas (encontradas em carnes, manteigas, óleos de palma e de coco, cremes, queijos e banha) e às gorduras trans de todos os tipos, principalmente as produzidas industrialmente (alimentos assados e fritos, alimentos pré-embalados, como pizzas congeladas e biscoitos/bolachas, cremes etc.), bem como as gorduras encontradas em carnes e laticínios de animais ruminantes, como vacas, ovelhas e cabras. Sugere-se que a ingestão de gorduras saturadas seja reduzida a menos de 10% da ingestão calórica total e das gorduras trans, a menos de 1%.
- Menos de 5g de sal (iodado) por dia, o equivalente a cerca de uma colher de chá.

Infelizmente, ainda prevalece a ideia de que uma alimentação saudável é uma alimentação mais cara, especialmente quando falamos de alimentos perecíveis (verduras, legumes e frutas) e de alimentos orgânicos. Na verdade, tudo depende da forma, onde é comprado e como é preparado e consumido. Alimentos comprados em feiras livres e sacolões costumam ser mais baratos e frescos em relação aos adquiridos em supermercados. Minha experiência profissional mostra, através de relato de pacientes, que as despesas com uma alimentação na qual predominam os alimentos ultraprocessados costumam ser mais caras em relação a uma alimentação com alimentos naturais (verduras, legumes, frutas, cereais, leguminosas etc.).

O alimento orgânico é cultivado da maneira mais natural possível, produzido localmente e de maneira sustentável e livre de

qualquer tipo de insumo artificial. Não contêm contaminantes químicos sintéticos (agrotóxicos, fertilizantes, aditivos artificiais etc.), não contêm organismos geneticamente modificados e não sofrem processos como irradiação ou refinamento. Possuem maiores quantidades

de compostos bioativos/fitoquímicos⁵ (RODRIGUEZ-CASADO, 2016; PASCHOAL; BAPTISTELLA, 2017; PASCHOAL; BAPTISTELLA; SOUZA, 2017), que reduzem o risco de desenvolvimento de DCNTs e auxiliam a preservar o desempenho cognitivo (RODRIGUEZ-CASADO, 2016).

As técnicas do processo de produção respeitam o meio ambiente (uso saudável do solo, da água e do ar), a saúde do trabalhador agrícola e a do consumidor, e têm como objetivo manter a qualidade do alimento (PASCHOAL; BAPTISTELLA; SOUZA, 2017; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

Uma forma de contribuir para a prática de dietas sustentáveis, o relatório Dietas Sustentáveis e Biodiversidade (BURLINGAME; DERNINI, 2012) sugere o modelo da Pirâmide Dupla, com duas pirâmides posicionadas lado a lado: Alimentar e Impacto Ambiental.

*“INFELIZMENTE, AINDA
PREVALECE A IDEIA DE
QUE UMA ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL É UMA
ALIMENTAÇÃO MAIS
CARA, ESPECIALMENTE
QUANDO FALAMOS DE
ALIMENTOS PERECÍVEIS”*

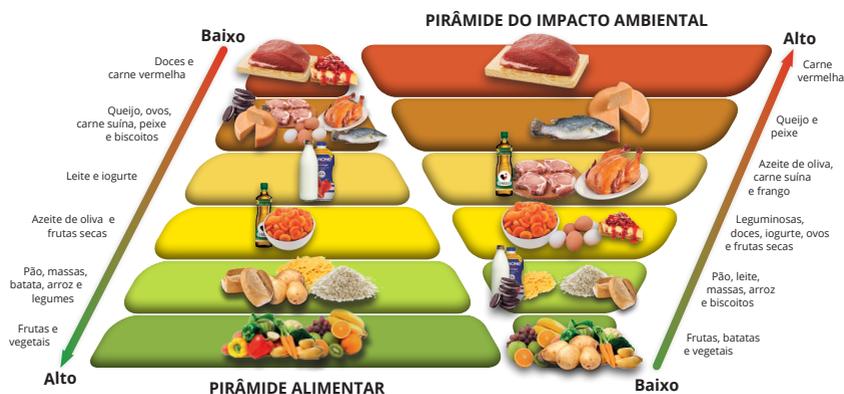


Figura 6 – A Pirâmide Dupla

Fonte: Padilla et al. (2010)

À esquerda, está a Pirâmide Alimentar do Mediterrâneo, considerada um dos melhores e mais promissores modelos de dietas sustentáveis. Os principais alimentos que a compõem promovem benefícios à saúde e têm baixo impacto ambiental, graças ao reduzido consumo de produtos de origem animal. Em sua base estão os alimentos que devemos comer em maior quantidade, e no topo o que devemos comer em menor quantidade.

À direita, está a Pirâmide de Impacto Ambiental, que analisa os impactos ambientais da produção, distribuição e consumo dos alimentos por grupo. Ela é o oposto da Pirâmide Alimentar, ou seja, os alimentos que devemos consumir em maior quantidade são os que menos impactam o ambiente e os que devemos comer em menor quantidade são os que mais impactam. Assim, uma alimentação nutricionalmente equilibrada também é uma alimentação mais sustentável.

Na mesma direção, existe a proposta KM zero, do movimento *Slow Food* (MOVIMENTO SLOW FOOD, s./d.), que tem por finalidade apoiar uma agricultura local, estimulando a compra de alimentos diretamente do produtor mais próximo, reduzindo o transporte de longas distâncias e, conseqüentemente, o custo dos alimentos.

As Plantas Alimentícias Não Convencionais (Pancs), como o próprio nome diz, não fazem parte do rol de vegetais habitualmente consumidos, muitas vezes por falta de costume ou de conhecimento. São espécies nativas, cujas folhas, raízes, flores ou caules são comestíveis; têm crescimento espontâneo e de fácil adaptação ao meio ambiente, possibilitando um cultivo simples, com baixo impacto ambiental (sem defensivos agrícolas) (PASCHOAL; BAPTISTELLA, 2017; SARTORI *et al.*, 2020; KINUPP; LORENZI, 2014) e baixo custo. A ingestão de fibra alimentar e fitoquímicos presentes nesses vegetais pode reduzir o risco do desenvolvimento de DCNTs. Elas podem e devem ser incluídas nos cardápios dos restaurantes das empresas. As Pancs estão presentes em todo o Brasil. Abaixo, segue um exemplo de uma Panc de cada região do País.

REGIÃO	PANC	PROPRIEDADES/ BENEFÍCIOS
Norte	Bertalha	Anti-inflamatório, antimicrobiano, redução do colesterol/dislipidemia.
Nordeste	Vinagreira	Antioxidante e anti-inflamatório.
Centro-Oeste	Pequi	Antioxidante, anti-inflamatório e antimicrobiano.
Sudeste	Ora-pro-nóbis	Alto teor de proteínas, antioxidante, possível redução da pressão arterial.
Sul	Azedinha	Antimicrobiano, proteção ao estômago, redução de açúcar do sangue.

Quadro 3 – As Pancs e as regiões do Brasil

Fonte: IBNF – Instituto Brasileiro de Nutrição Funcional

Uma forma de adquirir produtos orgânicos, a um custo menor e auxiliar o desenvolvimento de pequenos agricultores, é através das CSA – Comunidade que Sustenta a Agricultura. O termo *Community Supported Agriculture* refere-se ao movimento social mundial, organizado pela sociedade civil. Cada iniciativa ou projeto desse movimento é conhecido como uma “CSA” que é um modelo de trabalho conjunto entre produtores de alimentos orgânicos e consumidores que funciona como um grupo fixo de consumidores que se compromete por um ano (em média) a cobrir o orçamento da produção de um agricultor. Em contrapartida, os consumidores recebem os alimentos produzidos pelo produtor sem custos adicionais. Desta forma, o agricultor, sem a pressão do mercado e do preço, pode se dedicar de forma livre à sua produção, e os consumidores recebem produtos de qualidade, sabendo quem e onde foram produzidos. As empresas também podem fazer parcerias com as CSAs ou promover a criação de uma. Mais informações no site da CSA BRASIL⁶: <https://csabrasil.org/csa/>.

Outro bom exemplo que as empresas podem adotar é o chamado telhado verde ou ecotelhado, que é basicamente aquele que permite o crescimento da vegetação no telhado de uma construção. Alguns dos seus principais benefícios incluem a absorção da água da chuva, que é aproveitada para a irrigação das plantas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, s./d.). Uma referência na cidade de São Paulo é o telhado verde do Shopping Eldorado, que desde 2012 investe em um projeto de compostagem com o objetivo de dar

⁶ A CSA BRASIL é uma organização sem fins lucrativos que desenvolve, como modelos, projetos agrícolas baseados na comunidade nos quais os agricultores podem se informar, através de orientações e cursos de formação, para garantir um futuro a pequenos empreendimentos agrícolas. Também apoia no processo de transição para uma agricultura ecológica e diversa, acompanhando e supervisionando esses projetos em forma de rede, que já se espalhou por todo o Brasil.

destino ecologicamente correto a cerca de duas toneladas de lixo orgânico gerados diariamente em suas praças de alimentação. Os lixos reciclável e orgânico são separados e seguem para unidades de tratamento específicas. No local, são produzidos legumes e verduras livres de agrotóxicos e destinados aos próprios colaboradores do *Shopping* (SHOPPING ELDORADO, s./d.).

3. Planejar intervenções com objetivos específicos, razoáveis e atingíveis: (OMS, 2010a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008, 2009; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010; MOURA, 2019):

- Realizar o diagnóstico de acordo com o objetivo;
- Estabelecer os indicadores de bem-estar e qualidade de vida;
- Realizar o mapeamento do estado de saúde;
- Aplicar questionário de rastreamento de saúde;
- Mapear as DCNTs, visando ao tratamento;
- Levantar os fatores de risco (colesterol, IMC, glicemia etc.), visando à prevenção;
- Identificar os comportamentos alimentares (de risco);
- Conhecer o público-alvo:
 - Compreender seu consumo alimentar;
 - Como a rotina influencia a estrutura alimentar;

- Quais as características de seus hábitos alimentares;
- Comportamento alimentar (como e de que forma se alimenta);
- Atitudes alimentares (crenças, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos).
- Identificar barreiras e facilitadores: comportamentais e ambientais;
- Estabelecer metas atingíveis para cada objetivo;
- Definir cronograma.

Nessa etapa, duas perguntas devem ser feitas: (1) Há algum indicador relacionado a hábitos alimentares ou estado nutricional da empresa? (2) Há dados disponíveis no Ambulatório Médico, Plano de Saúde, Restaurante (cardápio/consumo), relatórios de fornecedores, entre outros?



Uma boa ferramenta disponível que pode ser utilizada para auxiliar na avaliação da nutrição/alimentação saudável em empresas é o CDC *Worksite Health ScoreCard* – Ferramenta de Avaliação para Prevenção de Doenças Cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais e Condições Relacionadas. Um questionário com 100 perguntas, das quais 13 (as de número 29 a 41) se referem à nutrição/alimentação saudável nos últimos 12 meses. Existe a versão em português (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, s./d.).

4. Envolver os gestores no planejamento e na execução das ações (OMS, 2010a; MOURA, 2019):

O compromisso da alta gerência é um dos componentes que diversos autores confirmam como sendo um dos mais importantes fatores de sucesso para a implantação e para o êxito de qualquer programa ou sistema de gestão. Isso ocorre também no que se refere à incorporação da gestão de promoção da saúde e da alimentação saudável para os trabalhadores. Assim, é recomendável estabelecer:

- O compromisso das alta e média lideranças;
- A participação na definição do escopo e métodos;
- Apoio à participação do colaborador nas ações desenvolvidas;
- Disseminar a importância da alimentação saudável entre todos os colaboradores;
- Adesão dos gestores nas intervenções realizadas.

Os gestores devem se empenhar para identificar e mensurar a satisfação dos trabalhadores nas atividades propostas, estimular o protagonismo, ampliar o grau de participação, conduzir a mudança de comportamento e reduzir o número de fatores de risco. Para tanto, essas lideranças também precisam ser capacitadas continuamente (RODRIGUEZ, 2018).

5. Envolver os participantes no planejamento e na execução das ações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010):

Para o êxito de um programa de qualidade de vida e de alimentação saudável, a participação e o envolvimento dos trabalhadores são fundamentais para melhorar a qualidade das decisões, tornando mais fácil alcançar objetivos de interesse comum. Porém, não são simples de serem alcançados, uma vez que os obstáculos precisam ser devidamente reconhecidos, compreendidos e tratados por meio de intervenções apropriadas (RODRIGUEZ, 2018).

Os fatores envolvidos para a real participação e o envolvimento dos trabalhadores são vários e integrados, mas têm um foco central: ouvir suas necessidades, capacitá-los e engajá-los em um trabalho conjunto com a liderança, para que necessidades e objetivos comuns sejam atingidos, e também é fundamental implementar a cultura de *feedbacks*, posicionando-os sobre o andamento do programa e os resultados obtidos. Isso corresponde a um processo de empoderamento por meio de atribuição de centralidade no trabalhador e na promoção da saúde.

Quanto mais envolvido desde o início o trabalhador estiver, maior será a chance de sua adesão, corroborando com o seu comprometimento e com o seu engajamento no processo como um todo, que se tornará mais legítimo e participativo. Com isso, é possível gerenciar melhor as expectativas, estabelecer um plano contínuo de cuidado, mudar hábitos e se reeducar (RODRIGUEZ, 2018).

6. Priorizar ações de prevenção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; MOURA, 2019):

As ações de prevenção de doenças trazem muitos benefícios aos colaboradores, por exemplo, identificar problemas de saúde ainda desconhecidos; identificar e incentivar o tratamento de doenças ocupacionais em estágios iniciais. Além disso, elas aumentam o sentimento de pertencimento na empresa e melhoram o clima organizacional. Com um trabalho devidamente estruturado pode-se:

- Realizar ações com todos os empregados (saudáveis e com alteração de saúde);
- Atuar com grupos específicos (glicemia, colesterol, pressão arterial, obesidade etc.), evitando a evolução natural dessas doenças.

7. Intervenções no ambiente:

- Promover ou facilitar acesso a alimentos e bebidas saudáveis nos diversos ambientes da empresa (restaurante, cafeterias etc.);
- Subsidiar o preço de alimentos mais nutritivos e não subsidiar os demais;
- Afixar avisos e mensagens nos pontos de decisão, indicando as opções mais saudáveis.

8. Realizar intervenções em grupo e/ou orientações individualizadas:

Intervenções em grupo: A troca de experiências construída em um espaço seguro para que o colaborador possa se expor diante de outras pessoas, o leva a perceber que, além de não ser o único que

passa por uma situação difícil, existem outras pessoas próximas que, muitas vezes, podem apoiá-lo e inspirá-lo. Isso traz mais segurança para lidar com as próprias dificuldades. Essas intervenções podem ser realizadas por:

- Nutricionista contratado diretamente pela empresa;
- Consultorias em Nutrição;
- Parcerias com Plano de Saúde;
- Parceria com Serviços da Indústria (Sesi);
- Vigilantes do Peso.

A frequência das intervenções dependerá dos objetivos desejados. A experiência nos mostra que encontros semanais podem trazer melhores resultados. Podem ter caráter preventivo-educativo (promoção de saúde e qualidade de vida) ou terapêutico (obesidade, diabetes, hipertensão arterial etc.) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Orientações individualizadas: Como cada indivíduo é único, as orientações e soluções são voltadas para as necessidades e especificidades de cada um. As orientações nutricionais devem ser feitas, exclusivamente, por um profissional nutricionista, que pode ser contratado seguindo os mesmos moldes das Intervenções em Grupo ou ainda ser um *Coach* nutricional (**Tabela 3**).

	Intervenções em grupos	Orientações individualizadas
Vantagens	Racionalização do tempo; Compartilhamento de experiências; Suporte e incentivo coletivo; Exemplo e aprendizado de observação positiva; Menor custo por empregado.	Personalização do plano alimentar; Melhor acompanhamento das metas estabelecidas; Maior estabelecimento de vínculo; Resultados mais consistentes; Melhor suporte ao estágio de mudança de comportamento.
Desvantagens	Menor personalização; Receio de se expor.	Maior restrição de participação (atendimento a menor número de colaboradores, agendamento de horários); Maior custo/empregado.

Tabela 3 – Vantagens e desvantagens das intervenções em grupo e orientações individualizadas

Fonte: organizada pela autora

Devido à pandemia de Covid-19, os atendimentos nutricionais foram autorizados, pelo Conselho Federal de Nutricionistas, a acontecerem também via teleconsulta, seguindo as normas do Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, proporcionando um atendimento de excelência também nesta modalidade.

Vale destacar três linhas de atuação na nutrição que apresentam excelentes resultados:

- **Nutrição funcional** – possui cinco princípios básicos: 1) a individualidade bioquímica; 2) o tratamento centrado no paciente; 3) o equilíbrio nutricional e a biodisponibilidade de nutrientes; 4) a saúde como vitalidade positiva, e 5) as interconexões em teia de processos bioquímicos que englobam os desequilíbrios nutricionais, estruturais e hormonais, o estresse oxidativo, a ecologia gastrointestinal, a destoxificação do organismo, as alterações imunológicas e a interação corpo-mente (VP CENTRO DE NUTRIÇÃO FUNCIONAL, s./d.).

- **Nutrição comportamental** – considera os aspectos emocionais, fisiológicos e sociais da alimentação. A mudança do comportamento alimentar proposta pelo método envolve estratégias de aconselhamento nutricional, técnicas do comer intuitivo, terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional e táticas para comer com atenção plena (ALVARENGA *et al.*, 2018).
- **Nutrição de precisão** – personalizada/individualizada, que busca identificar quais são os fatores genéticos que podem explicar alguma variabilidade no metabolismo e na resposta a dietas específicas, através de testes nutrigenéticos. Além da genética, outros fatores devem ser considerados, como hábitos, comportamentos, microbiota intestinal e metabolômica (que estuda o conjunto de metabólitos produzidos pelo corpo através de processos celulares) (NATACCI, 2020).

9. Planejar a periodicidade das ações e avaliá-las (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010; MOURA, 2019):

Estabelecer a frequência e a duração das ações e metas do programa é fundamental. Há várias formas de se medir os resultados, uma delas é o cruzamento de informações, tais como:

- Utilização do plano de saúde, antes e depois do programa;
- Redução do uso de medicamentos (quanto deixou de ser gasto);
- Resultados obtidos em decorrência das mudanças no restaurante/alimentação oferecida.

Avaliar se houve mudança de comportamento também é importan-

te para definir possíveis ajustes. Essa avaliação deve ser feita com o mesmo método de diagnóstico, monitorando a evolução em direção às metas e analisando os resultados (qualitativos e quantitativos).

10. Utilizar programas de computador, portais e/ou aplicativos para celulares (MOURA, 2019):

Atualmente, a tecnologia está revolucionando o mundo da saúde. Já existe uma série de plataformas de monitoramento, de forma *on-line*, que a empresa pode adquirir e utilizar para acompanhar a evolução da saúde dos seus colaboradores.

Também é possível orientar o uso de aplicativos para celulares que poderão ajudar o colaborador a monitorar a alimentação, consumo de água, exercícios físicos etc. Esses aplicativos não substituem o atendimento nutricional, mas são uma ferramenta a mais para auxiliar no processo.

11. Outras ações educativas:

- Café da manhã com o nutricionista ou conversa mensal *on-line*;
- Palestras/encontros (presenciais ou *on-line*) – sobre alimentação;
- Eventos de saúde (avaliação de hábitos alimentares);
- Ações no Restaurante;
- Monte seu prato;
- Escolhas conscientes;

- Oficinas ou cursos de culinária saudável;
- *Blitz* nutricional *in foco* (programado) – mesa de trabalho; discussão em grupos;
- Material informativo (*on-line*, folhetos, quadros de aviso, TVs);
- Campanhas de Bioimpedância (avaliação da composição corporal, com desdobramentos para a orientação nutricional);
- Uso de redes sociais, tais como *Telegram* ou *WhatsApp*, e aplicativos de saúde para divulgar informações sobre alimentação saudável e saúde;
- Bate-papo na hora do almoço (sala, auditório, *on-line*) com o oferecimento de um lanche nutricionalmente equilibrado: esclarecimento de dúvidas, Jogos Mitos e Verdades etc.;
- Feira na empresa (semanalmente, organizar uma feira de alimentos e, se possível, com alimentos orgânicos) – isto poderá estimular o consumo de verduras, frutas e legumes, pois facilitará o acesso aos mesmos;
- Gamificação – é o uso de mecânicas e características de jogos para engajar, motivar comportamentos e facilitar o aprendizado de pessoas em situações reais, normalmente não relacionados a jogos, como um sistema de pontuação e *ranking*, um objetivo claro a ser alcançado, recompensas ao completar as missões;
- Horta (a empresa poderá ter uma horta em espaços disponíveis ou mesmo no telhado da empresa. Os alimentos e/ou temperos

poderão ser utilizados na refeição dos empregados ou mesmo com um caráter educacional).

12. Envolver a família (OMS, 2010a; , ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; MOURA, 2019):

A experiência nos mostra que a família, quando envolvida nas ações do programa de qualidade de vida, ajuda na geração de resultados positivos. Esse envolvimento pode acontecer de várias maneiras: inclusão em ações ou eventos, fornecimento de material informativo, palestras de sensibilização (presenciais ou *on-line*).

A publicação "*Interventions on diet and physical activity: what works*" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009; MOURA, 2019) traz dois modelos de intervenção realizada e seus resultados: 1) No local de trabalho (participação dos trabalhadores no planejamento e na implementação das ações individuais, coletivas e no ambiente); 2) Local de trabalho + família (material autodidático, informativo e evento anual). Resultados: o modelo 2 teve 19% no aumento do consumo de verduras, legumes e frutas, enquanto o modelo 1 o aumento foi de 7%.

13. Comunicação em todo processo:

A comunicação é um aspecto primordial para o entendimento e o estímulo à participação dos trabalhadores e, na maioria das vezes, é o ponto mais falho das ações e dos programas implementados. É fundamental comunicar abertamente a intenção da empresa, explicitando claramente os benefícios da participação e do engajamento de todos nas ações que promovem a alimentação saudável. A linguagem deve ser assertiva e adequada ao público-alvo. A empresa

deve ter papel educativo, capacitando e estimulando o protagonismo de cada um em relação à alimentação saudável e à saúde.

A existência de canais de comunicação e de diálogo entre os trabalhadores e os responsáveis pelas ações pode garantir meios coletivos de expressão (RODRIGUEZ, 2018).

14. Trabalho em *home office*:

Devido à Pandemia de Covid-19, a adoção do *home office* trocou as idas aos restaurantes por refeições em casa. Segundo o estudo Tendências de Marketing e Tecnologia 2020: Humanidade Redefinida e os Novos Negócios, realizado pela Fundação Getúlio Vargas, cerca de 30% das empresas pretendem adotar o *home office* mesmo depois que a pandemia estiver sob controle.

Em casa, muitas pessoas não têm à disposição a mesma variedade de alimentos e nutrientes oferecida pelos restaurantes e demais serviços de alimentação das empresas e, muitas vezes, estão comprando alimentos pouco nutritivos, tipo *fast food*, por serem mais rápidos e saborosos, que podem colocar em risco a saúde (BLOG ALELO, s./d.). Em complemento ao trabalho já realizado pelas empresas em seus programas de alimentação e de qualidade de vida, seguem algumas sugestões:

- **Convite à mudança de hábitos:** este incentivo pode ser feito através de *e-mails*, *WhatsApp* ou plataformas utilizadas pela empresa (tipo *Teams*) falando sobre a importância de uma alimentação saudável, utilizando todos os demais recursos educativos realizados pela empresa.

- **Contar com o suporte de uma nutricionista** para auxiliar na elaboração dos cardápios e da lista de compras semanal para garantir uma dieta saudável, com os alimentos e nutrientes necessários à saúde.
- **Lembretes:** a empresa também pode criar lembretes gentis, por exemplo, para que os empregados se lembrem de beber água. Além disso, adotar uma política de bloqueio da agenda na hora do almoço pode ser interessante. Dessa forma, a pausa para alimentação fica formalizada mesmo quando as pessoas estão trabalhando de casa.
- **Assistência direta:** realizar o atendimento nutricional individual ou em grupo nas plataformas de trabalho *on-line* adotadas pela empresa.
- **Estimular os exercícios físicos** e os exames de saúde regulares também são pontos importantes (BLOG ALELO, s./d.).

MENSAGEM FINAL

- As mensagens bem-sucedidas para a mudança de comportamento costumam ser simples e claras, e a motivação para agir é encorajada pela apresentação de benefícios no longo prazo, como a melhora da saúde, aliados a vantagens a curto prazo, como o bem-estar.
- Sempre manter o alimento como foco da saúde.
- A inovação só faz sentido se for para melhorar a qualidade de vida do colaborador.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. *et al.* *Nutrição Comportamental*. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. 2010.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F. Promoção da Saúde, Sustentabilidade e Agroecologia: uma discussão intersectorial. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 715-29, set. 2011.

AZEVEDO, E.; RIGON, S. do A. Sistema alimentar com base no conceito de sustentabilidade. In: TADDEI, J. *et al.* (ed.). *Nutrição em Saúde Pública*. São Paulo: Rubio, 2014.

BLOG ALELO. *Em tempos de home office*. Disponível em: <https://blog.alelo.com.br/como-as-empresas-podem-incentivar-a-alimentacao-saudavel-dos-funcionarios-em-tempos-de-home-office/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BURLINGAME, B.; DERNINI S. Sustainable diets and biodiversity: directions and solutions for policy, research and action: proceedings of the international scientific symposium Biodiversity and sustainable diets united against hunger, 3-5 november 2010, FAO headquarters. Rome: FAO, 2012.

CEBEDS – Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável. *Sistemas Alimentares Sustentáveis*. World Food Day. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. *Worksite Health ScoreCard* – Ferramenta de Avaliação para Prevenção de Doenças Cardíacas, Acidentes Vasculares Cerebrais e Condições Relacionadas. Disponível em: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/initiatives/healthscorecard/index.html>. Acesso em: 02 jul. 2022.

CHADE, J. Má alimentação afeta a produtividade. *O Estado de São Paulo*, 17/09/2005, Vida&, p. A27. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/311609/noticia.htm?sequence=1>. Acesso em: 02 ago. 2022.

COHEN, E. *Assegurar que uma abordagem sustentável de colaboradores seja parte da estratégia de negócios*. Estudo Next: 10 tendências de sustentabilidade para RH. 35. ed. São Paulo: Ofício Plus Comunicação e Editora Ltda. Ideia Sustentável. abr. 2014. p. 9-10.

CRIANÇA E CONSUMO. *Custo com obesidade no país é de 2,4% do PIB*. Disponível em: <https://criancaconsumo.org.br/noticias/custo-com-obesidade-no-pais-e-de-24-do-pib/#::-:text=Segundo%20o%20estudo%2C%20a%20obesidade,reduzir%20os%20impactos%20da%20obesidade>. Acesso em: 19 ago. 2022.

EAT – Lancet Commission. *A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas*. Relatório da Comissão The Lancet. 2019.

EAT – Lancet Commission. *The EAT - Lancet Commission Summary Report [Internet]*. 2020. Disponível em: <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/eat-lancet-commission-summary-report/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

FIESP (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SÃO PAULO). *Seminário Internacional: Gestão estratégica da sustentabilidade e saúde*. 13 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.fiesp.com.br/tag/comite-de-responsabilidade-social/page/5/>. Acesso em: 05 jul. 2022.

FLASH. *O que as mudanças do PAT representam para a sua empresa?* PDF. Disponível em: <https://seja.flashapp.com.br/ebook-pat>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Ultraprocessados trazem riscos para jovens*. Publicado em 13/03/2022, por Karina Toledo, da Agência FAPESP.

IPEN FOR A TOXICS-FREE FUTURE. *Agronegócio e pandemia no Brasil, uma sindemia está agravando a pandemia de Covid-19?* [Internet]. Disponível em: www.ipen.org. Acesso em: 11 ago. 2022.

KINUPP, V. F.; LORENZI, H. *Plantas alimentícias não convencionais (PANC) no Brasil*. [S. l.]: Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2014.

MACKINSEY GLOBAL INSTITUTE. *Overcoming obesity: an initial economic analysis*. Disponível em: www.mckimsey.com. Acesso em: 02 ago. 2022.

MARTINELLI, S. S.; CAVALLI, S. B. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 24, n. 11, p. 4251-62, nov. 2019.

MCMICHAEL, AJ. Integrating nutrition with ecology: balancing the health of humans and biosphere. *Public Health Nutrition*, [S. l.], v. 8, n. 6a, p. 706-15, set. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE S de A à SD de AB. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. *Caderno temático do Programa Saúde na Escola: alimentação saudável e prevenção da obesidade* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 10 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. *Doenças não transmissíveis*. Custos e análise de custo; política pública; obesidade; diabetes Mellitus; Hipertensão. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br/doencas-nao-transmissiveis/#::-:text=Resultados.,e%2011%25%20ao%20da%20obesidade>. Acesso em: 01 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. *Ministério da Saúde apresenta cenário das doenças não transmissíveis no Brasil*, 22/09/2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2604-ministerio-da-saude-apresenta-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>. Acesso em: 25 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/promocaosaude>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIGITEL BRASIL 2021 – Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas*. Disponível em: [VIGITEL BRASIL 2021 - ESTIMATIVAS SOBRE FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](https://www.vigitel.gov.br). PDF. Acesso em: 20 jul. 2022.

MOURA, N. *Alimentação saudável para prevenir doenças crônicas*: como enfrentar este desafio no ambiente corporativo – Apresentação realizada em reunião da Associação Brasileira de Qualidade de Vida em 05/02/2019.

MOVIMENTO SLOW FOOD [Internet]. *Slow food*. Disponível em: <https://www.slowfood.com>. Acesso em: 31 jul. 2022.

NATACCI, L. *A importância das dietas nutritivas para o bem-estar do consumidor*. World Food Day Brasil (FoodTech Hub BR), 2020.

NAVES, A. *Nutrição clínica funcional*: Obesidade. São Paulo: Valéria Paschoal Editora Ltda., 2014. 450 p.

OGATA, A. J. N. (org.). *Temas avançados em qualidade de vida*: enfrentamento dos fatores de risco para doenças crônicas no Brasil. Londrina: Midiograf, 2018. 136 p. il. v. 7.

OGATA, A.; SIMURO, S. *Guia prático de Qualidade de Vida*. Como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Cinco chaves para ambientes de trabalho saudáveis*: não há riqueza nos negócios sem a saúde dos trabalhadores, 2010. Disponível em: <https://pdf4pro.com/cdn/cinco-chaves-para-ambientes-de-trabalho-339350.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2022.

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Healthy workplaces: a model for action*. For employers, workers, policymakers, and practitioners, 2010. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. BRASIL. *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-estar*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 06 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Effectiveness and Economic Impact of Worksite – Interventions to Promote Physical Activity and Healthy Diet*, 2008. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effectiveness-and-economic-impact-of-worksite-to-%2F-Mechelen/a0ac3f798aa179bd9bcb355f4a12475099d4f6ce>. Acesso em: 02 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia Global OMS sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde* (OMS, 2004). Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em: 17 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Alimentação Saudável*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel>. Acesso em: 20 ago. 2022.

PADILLA, M. *et al.* Sustainability of the food chain from field to plate: the case of the Mediterranean diet. In: PADILLA, M. *et al.* *Sustainable diets and biodiversity directions and solutions for policy, research and action*. Rome: FAO; 2010.

PASCHOAL, V.; BAPTISTELLA, A. B. *Nutrição Clínica Funcional*: dos princípios à prática clínica. 2ª ed. São Paulo: Valéria Paschoal Editora Ltda., 2017. 320 p.

PASCHOAL, V.; BAPTISTELLA, A. B.; SOUZA, N. dos S. *Nutrição funcional e sustentabilidade*: alimentando um mundo saudável. São Paulo: Valéria Paschoal Editora Ltda., 2017. 384 p.

PEREIRA, L. C. de A. *et al.* Ações de promoção de alimentação saudável e sustentável com mulheres em vulnerabilidade social: um relato de experiência. *In*: JACOB, M. C. M. *et al.* (ed.). *Caminhos para nutrição sustentável*: Reflexões do II ciclo de debates sobre sistemas alimentares sustentáveis. Manaus: Elucidare, 2018. p. 150-60.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Casa Civil. Dispõe sobre a certificação e o controle de qualidade orgânica. Lei 10.831 de 23 de dezembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.831.htm. Acesso em: 02 ago. 2022.

RODRIGUEZ, R. *Sustentabilidade em contextos empresariais*: qualidade de vida, engajamento e práticas saudáveis em ambientes de trabalho. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

RODRIGUEZ-CASADO, A. The health potential of fruits and vegetables phytochemicals: notable examples. IMDEA Food Institute. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, [s. l.], v. 56, n. 7, p. 1097-107, 18 maio 2016.

SARTORI, V. C. *et al.* *Plantas Alimentícias Não Convencionais* – PANC: resgatando a soberania alimentar e nutricional. Caxias do Sul: Educs; 2020. 118 p.

SHOPPING ELDORADO. *Telhado verde*. Disponível em: <https://www.shoppingeldorado.com.br/projeto/tehado-verde>. 2022. Acesso em: 01 jul. 2022.

SOCIEDADE NACIONAL DE AGRICULTURA. *Desperdício de Alimentos*: um alerta para o mundo [Internet]. Disponível em: [https://www.sna.agr.br/desperdicio-de-alimentos-um-alerta-para-o-mundo/#:~:text=%E2%80%9CMais%20da%20metade%20\(54%25\),representante%20da%20entidade%20no%20Brasil](https://www.sna.agr.br/desperdicio-de-alimentos-um-alerta-para-o-mundo/#:~:text=%E2%80%9CMais%20da%20metade%20(54%25),representante%20da%20entidade%20no%20Brasil). Acesso em: 01 ago. 2022.

SODEXO. *Ebook Manual de Orientações*. Tire suas principais dúvidas sobre as mudanças no PAT e Auxílio-Alimentação. Disponível em: <https://www.sodexobeneficios.com.br>. Acesso em: 20 ago. 2022.

TIMERMAN, F. Estratégias para mudança de comportamento alimentar aplicada aos programas de saúde nas empresas. *Temas Avançados de Qualidade de Vida* – ABQV. v. 7. p. 49-67.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – Jardim Botânico. *Mas afinal, o que é um telhado verde?* Disponível em: <https://www.ufsm.br/orgaos-suplementares/jardim-botanico/2020/08/26/mas-afinal-o-que-e-um-telhado-verde-%F0%9F%8C%BF/>. Acesso em: 01 jul. 2022.

VP CENTRO DE NUTRIÇÃO FUNCIONAL. *Nutrição Funcional*. Disponível em: <https://www.vponline.com.br>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SAÚDE BUCAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

REGINA JUHAS

Especialista pela FUNDECTO USP e Mestre em Odontologia Legal pela FOU SP-SP. Professora Assistente da FUNDECTO. Coordenadora de Cursos de Gestão em Operadoras Odontológicas.

EMERSON NAKAO

Graduado e Pós-graduado em Odontologia, pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP-SP). Membro do Conselho Editorial da Revista Conexão Odontoprev desde 2014.

SIMONE TARTAGLIA

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde.

“Programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças são aqueles que contêm um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – PROMOPREV, 2022).

Imagine que toda doença começa pequena, de forma incipiente. Uma pneumonia em uma pessoa saudável quase sempre é resultante de uma gripe mal curada. Um câncer inicia-se com a mutação de uma única célula. A depender de vários

fatores, dentre eles a genética e a condição física e predisposição do hospedeiro, o minúsculo vírus ou a pequena mutação evolui e aos poucos se transforma em um grande problema de saúde para o organismo contaminado.

Quanto maior a demora para o diagnóstico e instituição de terapêutica adequada, menor a hipótese da ausência de sequelas ou mesmo de sobrevida em algumas morbidades. Quanto mais exposto a fatores de risco, maior a probabilidade de desenvolvimento e

*“QUANTO MAIOR A DEMORA
PARA O DIAGNÓSTICO
E INSTITUIÇÃO DE
TERAPÊUTICA ADEQUADA,
MENOR A HIPÓTESE DA
AUSÊNCIA DE SEQUELAS OU
MESMO DE SOBREVIDA EM
ALGUMAS MORBIDADES”*

agravamento da doença. Será que a população, ciente dos riscos aos quais se expõe e com acesso à informação de qualidade seria mais cuidadosa com a própria saúde, evitando a exposição deletéria ao tabaco, ao álcool, ao sedentarismo e mesmo ao estresse?

Doenças isquêmicas do coração, AVC e outras doenças cerebrovasculares, cânceres e doenças crônicas respiratórias são as causas mais frequentes de morte no mundo, segundo o IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation* – GBD (UNIVERSITY OF WASHINGTON, 2019).

Essas doenças possuem fatores de risco comuns e respondem bem à prevenção. O que equivale a dizer que se alimentar bem, praticar exercícios físicos regularmente, não fumar e viver uma vida saudável evitaria muitas mortes, além de representar expressiva economia para os já tão saturados sistemas de saúde mundiais. Sim, porque a morte é uma das, mas não a única possibilidade para quem convive com os fatores de risco. O censo de 2010 indica que mais de 20 milhões de brasileiros estão acima dos 60 anos, e quase 70% apresentam pelo menos um desses agravos: hipertensão arterial (53%), artrites (24%), doenças cardiológicas (17%), diabetes (16%) e depressão (12%) (POHL *et al.*, 2021).

Dados de 2018 apontam para um percentual de 15,39% da população brasileira acima de 60 anos (aproximadamente 32 milhões de pessoas). No mesmo ano, 10,53% dos brasileiros apresentavam 65 anos ou mais. Para 2030, a previsão do IBGE é de um aumento de 3,01 pontos percentuais, ou seja, 13,54% da nossa população será idosa (acima de 65 anos). Serão mais de 30 milhões de idosos (IBGE, 2022a). Com esses números, é de se esperar que a utilização de medicamentos de uso contínuo, exames e consultas com especialis-

tas gerem cada vez mais gastos, tanto no Sistema Público de Saúde quanto no Suplementar.

Fazendo um paralelo bem recente com a epidemia da Covid-19, podemos identificar a força e a importância da prevenção na saúde. A partir da descoberta de um novo coronavírus pela China, entre dezembro de 2019 e início de janeiro de 2020 e da declaração de pandemia pela OMS, em 11 de março de 2020, medidas preventivas foram adotadas com o objetivo de reduzir os índices de contaminação da população mundial. Orientações de distanciamento social, higienização correta e frequente das mãos, uso de álcool gel e máscara foram orientações mundiais que evitaram milhões de infecções. Prevenir custa pouco e possui grande impacto. Promover a saúde gera autoconhecimento, autocuidado e melhoria da qualidade de vida.

A boca é ricamente colonizada por micro-organismos que vivem em simbiose nos indivíduos saudáveis que possuem hábitos adequados de alimentação e de higiene bucal. No entanto, perturbações no microbioma, devido a fatores de estresse, como alta ingestão de carboidratos e acúmulo de biofilme, podem levar à disbiose e ao desenvolvimento de doenças bucais e doenças sistêmicas. Assim, não são raras as vezes em que o dentista pode ser o primeiro profissional a identificar problemas de saúde, como falta de nutrientes, anemia, diabetes, hipertensão, alguns casos de câncer, e até mesmo casos de varíola dos macacos (*monkeypox*), e exercer um papel importante dando suporte ao tratamento médico dessas doenças.

Além disso, problemas bucais podem gerar dor, desconfortos e nos impedir de sorrir, prejudicando ou afastando um indivíduo de suas atividades laborais. Fatores psicológicos, como o estresse e ansiedade, estão relacionados ao aparecimento de distúrbios temporoman-

dibulares (como o bruxismo), gerando dores musculares, cefaleias e perdas dentárias por fratura, como visto recentemente durante a pandemia de Covid-19. Postergar visitas regulares ao cirurgião-dentista, não utilizar adequadamente o fio dental e a escova de dentes agravam as doenças bucais.

Embora as evidências de associação entre doenças bucais e doenças sistêmicas ainda sejam inconclusivas, vive-se um momento de crescentes evidências científicas nesse sentido. A relevância reside no fato de que essas doenças têm caráter crônico, e são responsáveis por altas taxas globais de morbidade e mortalidade. Em média, um brasileiro fica internado durante 5,6 dias enquanto um doente crônico 88,1 dias para cuidados prolongados (IBGE, 2021).

Reflexões a respeito da importância da prevenção e da divisão da responsabilidade sobre os cuidados com a saúde, ou seja, o que todos devem e podem fazer para atingir e manter sua própria saúde bucal, corrigindo a ideia de que somente órgãos e agentes ligados à saúde, públicos ou privados, são os responsáveis por essa tarefa, agregarão valor à discussão. Trata-se de um empoderamento da população, capacitando-a a cuidar da própria saúde.

ASSOCIAÇÃO SISTÊMICA COM A SAÚDE BUCAL

A ciência ainda não conseguiu explicar exatamente o mecanismo biológico que explica a comunicação entre doenças bucais e sistêmicas. Não se pode estabelecer uma relação de causa e efeito, sendo

premature utilizá-la como premissa para basear uma recomendação terapêutica. Entretanto, as evidências que se somam dia após dia, representam importantes passos em direção à compreensão das patologias, e, quanto mais são entendidas, melhor são combatidas. Essa relação entre as doenças se mostra diferente de uma para outra, como será mostrado a seguir, todavia vale adiantar que o ponto de convergência entre todas elas parece ser o processo inflamatório.

O processo inflamatório é uma reação normal de qualquer tecido traumatizado ou acometido por uma infecção, e se caracteriza por uma série de eventos metabólicos que busca a normalização desse tecido. A origem da palavra inflamação vem do latim, e faz uma alusão aos sinais clássicos de um tecido inflamado: dor, calor, rubor e edema. A perda de função acontece em decorrência do tempo de duração desse processo, assim, é benéfico que ocorra pelo tempo suficiente para curar um tecido, mas adquirindo caráter crônico, seus resultados se mostram prejudiciais. Essas são as doenças conhecidas como crônicas inflamatórias não transmissíveis. São exemplos dessa classe de doenças a cardiovascular, diabetes e certas doenças respiratórias, que, segundo o Ministério da Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2022), são responsáveis por cerca de 72% de óbitos no Brasil.

Não são recentes os registros na literatura sobre a possibilidade de doenças sistêmicas sofrerem influência direta ou indireta de micro-organismos presentes em um foco de infecção. Era o que postulava a conhecida Teoria da Infecção Focal, proposta por Frank Billings, em 1912. Define-se foco de infecção como a área, em qualquer parte do corpo, que contém um patógeno (micro-organismo), e geralmente é assintomática. Seios maxilares, tonsilas palatinas, trato geniturinário, vesícula biliar e rins são reconhecidos como aqueles

com grande probabilidade de se tornarem focos de infecção, dada a prevalência de doenças infecciosas que as acomete. Nesse contexto, dentes também podem ser considerados nessa lista.

Historicamente, a primeira associação de uma infecção focal com uma doença sistêmica, localizada em um órgão distante foi feito por Hipócrates (460-370 a.C.), que relatou a cura da artrite (supostamente referindo-se a uma remissão significativa do quadro de sinais e sintomas de alguma forma de doença reumática) em um paciente após a extração de um dente comprometido (BRZEWSKI *et al.*, 2013). Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) identificou pela primeira vez micro-organismos na placa bacteriana, que só foram relacionados a doenças infecciosas orais e potencialmente sistêmicas quase 200 anos depois, com duas publicações do cirurgião-dentista Willoughby D. Miller, graduado na Faculdade de Odontologia da Pensilvânia, e discípulo de Robert Koch (1843-1910), famoso médico alemão e fundador da bacteriologia moderna e da microbiologia (ROCCA *et al.*, 2020). A teoria foi deixada de lado por falta de evidências e pelas práticas radicais adotadas nas décadas de 1920 a 1950, no sentido de eliminar focos de infecção (BRZEWSKI *et al.*, 2013; ROCCA *et al.*, 2020).

Para entender o tipo de comunicação a distância que doenças bucais podem ter com doenças sistêmicas, é necessário compreender que existe uma relação equilibrada entre os micro-organismos do meio bucal, e o que acontece durante uma situação adversa de desequilíbrio.

O microbioma bucal é formado por cerca de 700 espécies diferentes de micro-organismos comensais, composto por vírus, fungos e, principalmente, bactérias, que coexistem em um delicado equilíbrio

dinâmico, onde, por inúmeras razões, algumas espécies podem se multiplicar, enquanto outras, desaparecer. A esse desequilíbrio entre as espécies nativas de um microbioma, dá-se o nome de disbiose. A depender das características desse desequilíbrio, importantes alterações ecológicas são desencadeadas, corrompendo a natureza comensal de alguns micro-organismos, tornando-os patogênicos. E para alterar as condições do meio bucal, rompendo esse equilíbrio do microbioma, basta simplesmente a falta de uma higienização adequada periódica que, quando combinada à adoção de uma dieta desbalanceada, rica em carboidratos fermentáveis, levam ao aparecimento de duas das doenças mais prevalentes no ser humano (OMS): a doença periodontal e a doença cárie (ROCCA *et al.*, 2020).

A Academia Americana de Periodontia define a doença periodontal como uma reação inflamatória e imunológica dos tecidos periodontais ao acúmulo de biofilme (COBB, 2006). Os primeiros sinais e sintomas aparecem em até 5 dias após esse acúmulo (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000a) e consistem em aspecto avermelhado, edemaciado, dolorido e de sangramento, espontâneo ou estimulado, do tecido gengival localizado ao redor do dente, o periodonto de revestimento. Esse quadro é denominado gengivite (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000), e é o estágio inicial da doença periodontal. Se nada for feito e o acúmulo persistir, os tecidos periodontais de sustentação do dente serão atingidos, caracterizando a periodontite, condição em que o desfecho final é a perda do dente. Assim, gengivite e periodontite são estágios diferentes da doença periodontal.

O principal fator etiológico dessa doença é o acúmulo do biofilme, o que permite concluir que a falha no processo de higienização bucal é um fator extremamente importante a se levar em consideração

quando se fala em prevenir e tratar essa condição. Não faz sentido uma estratégia terapêutica para uma doença gengival ou para lesões de cárie que não considera o que as causou. O inevitável desfecho é a sua reincidência.

A periodontite mais severa afeta cerca de 13% da população e guarda uma dependência de predisposição genética muito significativa (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2011). Ainda assim, se todos, doentes severos ou não, aplicassem adequadamente a técnica em seus domicílios consistentemente ao longo de suas vidas, haveria uma queda estrondosa na taxa de prevalência da doença periodontal, cárie e suas consequências.

Combinar essa prática ao consumo racional de carboidratos contribuiria enormemente para a prevenção dessa doença. Paralelamente, a orientação nutricional também diminuiria o avanço da obesidade, considerada epidemia global e relevante fator responsável por quadruplicar os casos de diabetes no mundo desde 1980, pela OMS.

*AINDA ASSIM, SE TODOS,
DOENTES SEVEROS
OU NÃO, APLICASSEM
ADEQUADAMENTE
A TÉCNICA EM
SEUS DOMICÍLIOS
CONSISTENTEMENTE AO
LONGO DE SUAS VIDAS,
HAVERIA UMA QUEDA
ESTRONDOSA NA TAXA DE
PREVALÊNCIA DA DOENÇA
PERIODONTAL*

Comer melhor e manter um grau satisfatório de higiene bucal são medidas simples e aplicáveis no dia a dia, por isso as doenças periodontal/cárie estão entre as mais evitáveis (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2011).

A doença periodontal é um processo inflamatório crônico, no qual o fator etiológico (bacteriano) induz uma série de respostas do hospedeiro, uma cascata de eventos inflamatórios no sentido de proteger e curar os tecidos periodontais. Idade, por si só, não causa doença periodontal, mas indivíduos mais velhos podem apresentar mais perda de inserção devido à quantidade de episódios da doença que ocorreram durante suas vidas ou mesmo pelas suas atuais condições sistêmicas, como visto anteriormente. Também existe a questão da perda de capacidades motoras, essa sim relacionada à idade avançada, que compromete a qualidade de uma higienização. A ideia de “via de mão dupla”, ou seja, a de que a doença periodontal poderia piorar o quadro do diabético começou a receber maior atenção mais recentemente (GARCIA; HENSHAW; KRALL, 2001). Fatores individuais, como a tolerância e capacidade de resposta a infecções de micro-organismos devem ser considerados (GARCIA; HENSHAW; KRALL, 2001).

Como a periodontite destrói os tecidos de sustentação do dente, que acabará sendo perdido sem os devidos cuidados terapêuticos, clinicamente observa-se a formação de bolsas periodontais, que devem ser entendidas como o sulco gengival patologicamente aprofundado, podendo ser clinicamente descrito como um descolamento da gengiva da porção radicular dos dentes acometidos e que pode atingir profundidades diversas, constatadas por meio de sondas periodontais. Melhora, assim, o entendimento de que a bolsa periodontal representa um ambiente propício à colonização

e desenvolvimento de micro-organismos anaeróbios, favorecidos pela falta de acesso à higienização e ao oxigênio, como *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, ambas capazes de contornar a barreira epitelial modulando a resposta inflamatória fibroblástica. *P. gingivalis*, uma bactéria anaeróbia estrita gram-negativa, é capaz, por exemplo, de aderir às superfícies e pode desregular a resposta imunológica na interface gengival-epitelial. Seus fatores de virulência ajudam a penetrar na interface subepitelial e representam um fator-chave que ajuda o desenvolvimento de bolsas periodontais. O tecido conjuntivo da gengiva interage com *P. gingivalis* e seus produtos ativam a resposta inflamatória hospedeira. Essa bactéria pode ser considerada como um importante protagonista na patogênese da periodontite, devido à sua capacidade de colonizar o epitélio oral e agir como um patógeno oportunista nesse ambiente.

No Brasil, a doença periodontal tem uma característica de prevalência variável segundo faixas etárias, e segundo dados do Ministério da Saúde (2010), pode-se observar que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos até a vida adulta, decrescendo nos idosos. No Brasil, cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. A presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, aproximadamente 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 e 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 e 44 anos e 14% dos idosos. Bolsas profundas são ainda mais raras, pois atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos. Os números podem dar a impressão de

uma aparente melhora nas condições periodontais de idosos, mas segundo esse mesmo estudo, somente 1,8% dos idosos entre 65 e 74 apresentaram-se sem nenhum problema periodontal, e que cerca de 40% apresentaram ausência total de dentes em pelo menos um dos arcos dentários, quadro muito semelhante ao levantado no estudo de 2003. Em outras palavras, a doença periodontal só pode se manifestar, e assim ser detectada, quando o órgão dental está presente. Esses dados serão atualizados até 2023, pois foram retomados os trabalhos para a atualização desse estudo, o SB Brasil 2020, adiado devido à pandemia de Covid-19.

No tocante à sua prevenção, a remoção mecânica da placa bacteriana através da correta técnica de escovação e uso regular do fio dental ocupa um lugar de destaque na estratégia de combate e prevenção às doenças da gengiva e dos dentes, pois dependem basicamente de orientação, motivação, acompanhamento periódico e, claro, acesso ao material de higiene bucal, que tem um custo relativo muito baixo quando comparado ao de intervenções odontológicas. O biofilme que se adere fortemente à superfície dos dentes produz ao seu redor uma matriz extracelular de polissacarídeos que representa cerca de 85% do volume total da placa bacteriana, e que age como uma barreira de difusão, inibindo a ligação de alguns antibióticos. Assim, bactérias organizadas em biofilmes podem escapar dos sistemas imunológicos do hospedeiro, se protegendo da concorrência ecológica de outros micro-organismos, aumentando assim sua patogenicidade. Agir preventiva e ativamente na busca e identificação desse problema é primordial para contribuir com uma estratégia de gestão eficiente da doença, centrada no indivíduo.

Quando não mecanicamente removida, diariamente, a placa bacteriana se acumula sobre a superfície dentária e se concentra nas re-

giões próximas à gengiva, no terço cervical dos dentes, devido à sua anatomia. Se nada for feito e a placa permanecer, o quadro inflamatório gengival, conhecido como periodonto de proteção, evolui para os tecidos de sustentação do dente (ligamentos periodontais e o osso alveolar), caracterizando a periodontite, a condição inflamatória crônica mais comum em humanos. Então, gengivite e periodontite são estágios diferentes da doença periodontal. Paralelamente, o contato prolongado do dente com a placa bacteriana favorece a desmineralização e posterior cavitação das superfícies do esmalte dentário (formação de lesões de cárie), a depender da susceptibilidade e condições do ambiente bucal do hospedeiro que favorecem uma diminuição prolongada do pH.

O sangramento que acontece na gengivite caracteriza uma perda de função do tecido gengival, que é a de isolar o meio externo (bucal) do interno. Da mesma forma que há o extravasamento de sangue pelo sulco gengival, é possível admitir que a entrada de micro-organismos pelo mesmo acesso seja facilitada nessa situação. A partir desse conceito, fica mais fácil entender o papel desses patógenos em distúrbios locais e supor uma possível participação em distúrbios a distância. Por outro lado, é importantíssimo lembrar que esse microbioma, quando em equilíbrio, participa de múltiplas relações benéficas como a de proteção contra invasões e infecções exógenas, excluindo outros micro-organismos não nativos. Sendo assim, a decisão pelo uso de antibióticos precisa ser sempre atenciosa, fundamentada nas recomendações mais atuais, pois a intenção não deve ser a de exterminar todos os micro-organismos, mas restabelecer o seu equilíbrio.

Outros fatores de risco, referem-se ao indivíduo tabagista, de baixa renda, baixo nível de instrução formal, obesidade e sobrepeso,

sedentarismo, e até mesmo condições sistêmicas, como diabetes e doenças cardiovasculares. Fatores de risco devem ser entendidos como condições que contribuem ou estão associadas de alguma forma ao aparecimento, desenvolvimento ou piora no quadro de uma doença, e são importantes preditores para o mapeamento do curso de doenças, passo fundamental para o entendimento e elaboração de um plano de ação que levará ao controle ou cura dessa doença. Não quer dizer que o indivíduo em uma ou mais dessas condições tem ou terá a doença, e sim, que tem maior risco de desenvolvê-la ou de ter uma pior resposta, caso venha a tê-la. Assim, identificar e agir preventivamente antes dessa idade é muito importante. Por ser uma doença crônica, pode passar facilmente despercebida pelo doente, por anos, até que sinais mais evidentes e complexos se manifestem.

O que torna o assunto de extrema relevância é que a doença periodontal, desencadeada por micro-organismos específicos, é a condição inflamatória crônica mais comum em humanos (PARASKEVAS; HUIZINGA; LOOS, 2008; DENTINO *et al.*, 2013; TAYLOR; PRESHAW; LALLA, 2013), e compartilha vias de funcionamento comuns com outras doenças inflamatórias sistêmicas (DENTINO *et al.*, 2013). Mais evidências se acumulam para explicar as possíveis associações de comorbidade entre periodontite e outras doenças inflamatórias (GARCIA; HENSHAW; KRALL, 2001). Embora essa associação ainda não esteja suficientemente compreendida, sendo necessários mais estudos nesse sentido, as evidências disponíveis no momento já justificam a atenção para a questão. Não é possível comprovar uma relação de causa e efeito entre essas condições, entretanto, há algum tipo de comunicação entre elas. Citando algumas condições encontradas na literatura, temos:

OBESIDADE

O sobrepeso e a obesidade são doenças consideradas como epidemia. Definidas pela Organização Mundial da Saúde como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo, e que representa risco à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022c) é medido por um índice, o IMC (Índice de Massa Corpórea), em que acima de 25 o indivíduo é considerado com sobrepeso, e, acima de 30, obeso. A taxa dessas duas condições vem aumentando mundialmente, e hoje temos algo em torno de 20% dos jovens entre 5 e 19 anos de idade comprometidos. Essa taxa era de 4% em 1975. Além disso, é um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de hipertensão, diabetes mellitus, arteriosclerose, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doença das estruturas de suporte dos dentes resultante da interação entre bactérias patogênicas e a resposta imune do hospedeiro (YLÖSTALO *et al.*, 2008).

Recente revisão sistemática (MARTINEZ-HERRERA; SILVESTRE-RANGIL; SILVESTRE, 2017) mostram consistente associação com padrão convincente de aumento de risco da periodontite em indivíduos com sobrepeso ou obesos. Entende-se que um indivíduo obeso, de maneira geral, consome uma quantidade excessiva de carboidratos, o que aumenta o risco para acumular placa bacteriana nos dentes, caso não sejam higienizados adequadamente. Ao mesmo tempo, o acúmulo anormal de gordura corporal aproxima esse indivíduo de uma síndrome metabólica, um quadro de doenças inflamatórias crônicas não transmissíveis, que possivelmente têm algum tipo de relação com a doença periodontal.

Quanto à resposta do hospedeiro frente à terapia periodontal, ela parece ser pior quando se compara a um indivíduo com peso nor-

mal, mas a evidência ainda é inconclusiva (SUVAN; FINER; D'AIUTO, 2018). A hipótese de que condições bucais, como a infecção periodontal, podem ser um fator de risco ou um importante indicador para doenças sistêmicas, representa uma mudança de paradigma no pensamento sobre a relação de causa e efeito entre a periodontite e a doença sistêmica.

A associação entre obesidade e doenças periodontais em estágio avançado também é conhecida pelos profissionais de saúde. Em uma análise retrospectiva de estudo realizado pelo *UK Biobank* com 59 mil participantes, dos quais 24,5% estavam diagnosticados com Covid-19, foi verificado que a doença periodontal em pacientes obesos e com Covid-19 aumentou o número de hospitalizações e taxas de mortalidade. As taxas de hospitalizações aumentaram 57% em obesos com doenças periodontais em comparação com pessoas que apresentavam apenas obesidade. A taxa de mortalidade mostrou-se mais alta de acordo com o índice de massa corporal e subiu ainda mais em casos de doença periodontal. Uma das razões que pode explicar essa correlação é que tanto a obesidade quanto a doença periodontal deixam o organismo mais propenso a inflamações.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Dados do INCOR sugerem que cerca de 45% das doenças cardiovasculares têm sua origem em infecções orais não gerenciadas adequadamente (JORNAL DA USP, 2019). É reconhecida hoje pela *World Health Organization* (2022a) como a principal causa de morte em todo o mundo.

Segundo a *American Heart Association* (2022), a endocardite infecciosa (EI), também chamada de endocardite bacteriana, é uma infecção

causada por bactérias que entram na corrente sanguínea e se instalam no revestimento do coração, uma válvula cardíaca ou um vaso sanguíneo. A EI é incomum, mas pessoas com algumas doenças cardíacas têm maior risco de desenvolvê-la.

OS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE EI SÃO:

- Doença da válvula cardíaca
- Cirurgia valvar cardíaca anterior
- Cardiopatia congênita
- Uso de drogas intravenosas
- História anterior de EI

Indivíduos com maior risco para desfechos desfavoráveis decorrentes da EI podem receber antibióticos prescritos (profilaxia da EI) antes de certos procedimentos odontológicos para reduzir o risco de desenvolvê-la. Estes incluem procedimentos que envolvem manipulação do tecido gengival (gengiva) ou da região periapical (área ao redor da ponta das raízes) dos dentes, ou perfuração da mucosa oral.

A profilaxia antibiótica é razoável antes dos procedimentos odontológicos mencionados acima para pessoas com doença valvar cardíaca, que se enquadrem em qualquer uma das seguintes situações:

- Válvulas cardíacas protéticas, incluindo próteses implantadas por cateter e homo enxertos.
- Material protético utilizado para reparo de válvulas cardíacas, como anéis de anuloplastia, cordas ou cliques.

- Histórico de EI anterior.
- Defeito cardíaco congênito cianótico não reparado (defeitos congênitos com níveis de oxigênio abaixo do normal) ou defeito cardíaco congênito reparado, com shunts residuais ou regurgitação valvar no local adjacente ao local de um adesivo protético ou dispositivo protético.
- Transplante cardíaco com insuficiência valvar devido a uma válvula estruturalmente anormal.

Exceto para as condições listadas acima, a profilaxia antibiótica antes de procedimentos odontológicos não é recomendada para nenhum outro tipo de doença cardíaca congênita.

2.3 DIABETES MELLITUS (DM)

A diabetes é uma doença crônica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não pode usar efetivamente a insulina que produz. Insulina é um hormônio que regula o açúcar no sangue. Hiperglicemia, ou aumento do açúcar no sangue, é um efeito comum de diabetes descontrolada e, com o tempo, leva a sérios danos em muitos dos sistemas do corpo, especialmente nos nervos e vasos sanguíneos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b).

Segundo estimativas publicadas na 10ª edição do IDF Diabetes Atlas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021), em 2021 o mundo teria cerca de 540 milhões de indivíduos adultos apresentando um quadro de tolerância à glicose comprometida, que chegaria a cerca de 730 milhões em 2045.

O controle da hiperglicemia na prevenção da periodontite e o controle da inflamação sistêmica originada da periodontite na prevenção da DM devem ser levados em consideração no planejamento de ambas as doenças (SALHI, 2022), pois a periodontite é reconhecida como fator de risco para piora do controle glicêmico e aumenta a chance de complicações advindas da diabetes (MEALEY, 2008).

2.4 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Doenças pulmonares, como pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, tuberculose, Covid-19 e bronquiectasias, contribuem significativamente para a baixa qualidade de vida e mortalidade. A associação entre doença periodontal e desfechos pulmonares é um tópico importante e requer maior atenção. Numerosos micro-organismos residentes coexistem na cavidade oral e nos pulmões, no entanto, alterações no microbioma normal devido a fatores como doença bucal, idade avançada, hábitos de vida ou intervenções odontológicas podem contribuir para a aspiração alterada de bactérias patológicas orais para os pulmões e alterar as respostas inflamatórias. Estudos sugerem que esse processo possa começar cedo, em indivíduos jovens que, ao não apresentarem condições adequadas de higiene oral, propiciando condições para o desenvolvimento de micro-organismos patológicos, e sua aspiração. A própria inflamação da gengiva pode contribuir para que esses micro-organismos cheguem à corrente sanguínea, pois o sangramento é um sinal importante de que houve perda da função de isolar o meio interno do externo. Vários estudos sugerem um possível efeito benéfico da terapia periodontal na melhora da função pulmonar com diminuição da frequência de exacerbações e redução do risco de eventos respiratórios adversos e morbidade. De uma maneira geral, a abordagem terapêutica preventiva e interventiva parece

conduzir a desfechos favoráveis em doentes pulmonares, ou seja, melhorar as condições desse órgão durante a doença e diminuir a frequência de exacerbações dos sintomas (KOUANDA; SATTAR; GERAGHTY, 2021).

Doentes periodontais que sofreram um acidente vascular cerebral e apresentaram disfagia estão em maior risco de translocação de micro-organismos orais patogênicos para os pulmões. Análises genômicas de DNA de amostras de placa dentária mostraram que o material genético de amostras brônquicas de pacientes na unidade de terapia intensiva com pneumonia associada à ventilação mecânica é idêntico (GARROUSTE-ORGEAS *et al.*, 1997), reforçando ainda mais a importância da higiene bucal. Em revisão sistemática de 21 estudos sobre doença periodontal (SCANNAPIECO; BUSH; PAJU, 2003) foram encontradas significativas evidências de uma associação da pneumonia com a presença de placa bacteriana acumulada sobre os dentes.

2.5 DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS (DND)

O edentulismo, que é a falta dos dentes, é o desfecho da doença periodontal e da cárie sem a devida intervenção. Estudos tentam explicar como essa condição pode afetar a saúde mental de um indivíduo, e já existem evidências de que pode comprometer a capacidade cognitiva de um idoso (CHOI *et al.*, 2022). Existem duas hipóteses que podem explicar essa ligação: a primeira diz respeito ao tempo que leva do início da periodontite (acometimento dos tecidos de sustentação do dente) até a sua perda. Como é uma doença crônica, tem evolução lenta, ao longo da vida de seu portador, submetendo o corpo a um prolongado processo inflamatório, que, como dito anteriormente, traz prejuízos ao organismo. A segunda,

refere-se ao estímulo do hipocampo, gerado pela mastigação com dentes naturais, o que, em teoria, pode levar a uma degradação da saúde cognitiva.

A ausência dentária por si só também afeta a percepção de integridade de uma pessoa, quando afeta a autoestima, tornando determinados grupos mais propensos a desenvolver a depressão. Um estudo que abrangeu mais de 200.000 participantes acima de 18 anos de 50 países constatou que edêntulos com até 50 anos de idade tinham 1,57 vez mais chances de desenvolver esse quadro, não sendo significativo para a faixa etária acima dos 50 anos (TYROVOLAS *et al.*, 2016). Talvez porque o edentulismo ainda seja visto como algo esperado para idades avançadas, algo que, claramente, precisa ser mudado. Nesse estudo foi possível determinar o perfil mais vulnerável dessa população: mulheres, abaixo dos 50 anos de idade, baixo grau de instrução, tabagista diário, e portador de alguma condição crônica, como artrite, asma ou diabetes.

Os estudos que traçam relações entre a periodontite e o Alzheimer tiveram como alvo de pesquisas evidências diversas. Um estudo apresentou testes realizados em portadores de Alzheimer em que a bactéria *Porphyromonas gingivalis* foi encontrada no cérebro e no líquido espinhal dos pacientes. Como a doença se caracteriza pela perda sináptica e pela morte neuronal em regiões do cérebro responsáveis por funções cognitivas e de memória, pessoas com esse diagnóstico podem ter a alimentação e a higiene bucal comprometidas. A inflamação na boca pode provocar e acentuar uma inflamação sistêmica e vice-versa (DOMINY *et al.*, 2019).

Uma pesquisa realizada no Laboratório de Neuroimagem do Hospital de Clínicas da Unicamp também se concentrou na associação

entre inflamação sistêmica e a diminuição da conectividade de redes neurais. Foi constatado que altas taxas de citocina (marcadores inflamatórios) no sangue propiciam a evolução de um comprometimento cognitivo leve para a doença de Alzheimer. Testes publicados pelo periódico *Science Advances* encontrou, no cérebro de pacientes com essa doença, gengivinas, enzimas essenciais para a bactéria *Porphyromonas gingivalis* e que prejudicam a formação de uma proteína necessária para o funcionamento neural normal.

Demência não é uma doença única, mas uma síndrome causada por um conjunto de diagnósticos que leva a um comprometimento cognitivo em áreas como memória, atenção, linguagem e, eventualmente, ocasionam uma perda na capacidade de realizar tarefas do dia a dia. Essa síndrome, embora seja provocada pela doença do Alzheimer em cerca de 60% dos casos, pode também ser resultado de problemas vasculares, como um Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou outros quadros que causem uma neurodegeneração.

2.6 DOENÇAS REUMÁTICAS – ARTRITE REUMATOIDE (AR)

Segundo o Dr. Luiz Otavio Alves de Almeida, membro da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro (SRRJ), reumatismo é um termo genérico que se refere ao grupo de doenças que acometem o aparelho locomotor, isto é, as articulações (“juntas”), ossos, músculos e tendões. Dessa maneira podemos entender que o termo “reumatismo” se refere, na realidade, a “doenças reumáticas”. Vale ressaltar que as doenças reumáticas também podem acometer órgãos como cérebro, rins, coração, por exemplo (D’ALMEIDA, 2018).

No Brasil, é estimado que a doença acometa mais de 15 milhões de pessoas, entre crianças, jovens, adultos e idosos, e que, segundo

EXISTEM CERCA DE 200 TIPOS DE DOENÇAS REUMÁTICAS, QUE SÃO CLASSIFICADAS EM:

1. Degenerativas (osteoartrite, conhecida como artrose);
2. Inflamatória autoimune (artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e febre reumática – tipo de doença reumática em que ocorre inflamação das articulações, uma artrite, e das válvulas do coração, uma cardite, após uma infecção de garganta em crianças com susceptibilidade);
3. Infeciosa (artrite bacteriana);
4. Metabólica (gota).

dados do INSS, já é a segunda causa de afastamento temporário do trabalho e a terceira causa de aposentadoria por invalidez.

Para a Odontologia, as enfermidades reumáticas, ou seja, aquelas que acometem articulações, músculos, tendões e ossos, ganham relevância por dois motivos: podem acometer as articulações temporomandibulares (ATMs) e estão relacionadas com a doença periodontal.

A ATM é uma articulação sinovial de alto significado funcional, uma vez que ela está envolvida nos processos de mastigação e comunicação verbal. Embora seus transtornos (disfunções temporomandibulares – DTM) sejam frequentemente considerados como fenômenos odontológicos ou orofaciais, deve-se lembrar de que se trata de uma artropatia. Desequilíbrio oclusal associado ou não à dor miofascial nunca são a causa quando há danos e disfunções intracapsulares significativos, e uma artropatia subjacente deve ser investigada. Da mesma forma, pacientes com doenças reumáticas conhecidas devem ser investigados, por possível envolvimento das ATMs (COVERT; MATER; HECHLER, 2021), uma vez que a AR é

a doença inflamatória mais comum em todo o mundo associada à DTM (MUSTAFA *et al.*, 2022). A população feminina jovem a de meia-idade é a população típica de pacientes com doenças autoimunes e DTM (CUNHA *et al.*, (2007). Estima-se que entre 5 e 86% dos indivíduos com AR terão implicações nas ATMs, e que somente de 20 a 40% apresentarão diagnósticos consistentes (Aceves-Avila). Assim, é fundamental que reumatologistas, cirurgiões-dentistas, cirurgiões bucomaxilofaciais e cirurgiões de cabeça e pescoço possam entender o papel das ATMs na manifestação de doenças reumáticas (COVERT; MATER; HECHLER, 2021).

Acrescenta-se que as condições reumáticas frequentemente afetam não apenas as ATMs, mas as glândulas parótidas, que são anatomicamente próximas. De fato, aqueles com artrite reumatoide (AR) têm mostrado linfonodos intraparotídeos anormais em comparação com os controles (HIRAHARA *et al.*, 2017). Sinais e sintomas pré-auriculares devem ser sempre investigados no contexto de condições conhecidas ou potencialmente reumáticas. Assim, recomenda-se que, caso uma tomografia da face seja necessária para avaliação de possível patologia da ATM, a adição de contraste intravenoso deve ser considerada – assumindo que a condição médica do paciente permita – para confirmação da verdadeira etiologia (ATM, fossa infratemporal ou patologia de tecido mole parotídeo) (COVERT; MATER; HECHLER, 2021).

2.7 FIBROMIALGIA

Em recente estudo coorte de 15 anos, foi avaliado o risco para desenvolvimento de fibromialgia em quase 200.000 pacientes periodontais, comparados com um grupo controle de mesmo número. Paralelamente, um estudo coorte simétrico foi realizado com cerca

de 280.000, metade com diagnóstico de fibromialgia comparada com a outra metade, sem fibromialgia. Foi constatado que pacientes com periodontite estão mais propensos a desenvolver a fibromialgia do que os periodontalmente saudáveis, para ambos os sexos e todas as idades, mas particularmente evidente para jovens (30 anos de idade) do sexo masculino. Já os pacientes com diagnóstico de fibromialgia que nunca tiveram periodontite, apresentaram-se com risco aumentado para desenvolvê-lo ao longo do tempo (MA *et al.*, 2022).

2.8 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

A saúde bucal pode potencialmente ser um fator de risco modificável para desfechos adversos em pacientes com doença renal crônica (DRC), que transitam do tratamento de pré-sepse para diálise de manutenção e transplante. No geral, pacientes com doença renal crônica avançada têm significativa propensão a infecções bucais (NYLUND *et al.*, 2015) quando comparados a indivíduos saudáveis, sendo que o edentulismo parcial ou total está inversamente associado ao risco de eventos adversos coronarianos e morte (RUOKONEN *et al.*, 2017). E como a periodontite é a principal causa de perda dentária em indivíduos de meia-idade e idosos, foi associada também à mortalidade em pacientes renais crônicos estágios 3-5, e transplantados renais (SHARMA *et al.*, 2016).

Um estudo coorte finlandês de 2021 (JÄRVISALO *et al.*, 2021) acompanhou 190 pacientes renais crônicos em estágio 4-5 por 3 anos, relacionando pela primeira vez, de forma independente, os desfechos com o estado de saúde bucal avaliado por meio de radiografias panorâmicas. Sugere que esse exame representa uma ferramenta não invasiva e de baixo custo muito útil no gerenciamento de pacientes renais crônicos estágio 4-5, recomendando sua utilização.

2.9 GESTAÇÃO

A periodontite é uma doença imune inflamatória crônica associada a um estado disbiótico, influenciada por espécies bacterianas-chave responsáveis por perturbar a homeostase do tecido periodontal. Além disso, a gravidade da periodontite é determinada pela interação entre a resposta das células imunes frente às espécies associadas à periodontite, o que leva à destruição dos tecidos periodontais de suporte e à perda do dente em um hospedeiro suscetível. O desafio bacteriano persistente induz modificações na permeabilidade e ulceração do epitélio sulcular, o que facilita a translocação sistêmica de bactérias associadas à periodontite para tecidos e órgãos distantes. Isso estimula a secreção de moléculas pró-inflamatórias e uma ativação crônica de células imunes, contribuindo para um estado pró-inflamatório sistêmico que tem sido associado a mais risco de várias doenças sistêmicas, como diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e diabetes mellitus gestacional (DMG) (BENDEK *et al.*, 2021). Embora a periodontite e o DMG compartilhem a característica comum da inflamação sistêmica, a ligação mecanicista molecular dessa associação não foi completamente esclarecida, entretanto, a literatura mostra uma associação entre periodontite e parto prematuro, restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia (PE) e DMG (FIGUERO; HAN; FURUICHI, 2020).

A explicação para esta associação se fundamenta em dois mecanismos: um mecanismo direto que envolve a translocação ou disseminação metastática de patógenos periodontais ou seus subprodutos relacionados pelo sangue ou via ascendente do trato geniturinário e um mecanismo indireto, através dos mediadores pró-inflamatórios produzidos nos tecidos periodontais inflamados, que afeta diretamente o tecido placentário ou impacta a síntese de moléculas de

fase aguda no fígado, como PCR e IL-6. Os mecanismos biológicos e as moléculas relacionadas envolvidas nesta associação são desconhecidos até o momento, pois a maioria das pesquisas se concentrou no efeito da inflamação periodontal no aumento do risco de complicações na gravidez, como parto prematuro ou PE. Pouco se sabe sobre o impacto da periodontite na ativação inflamatória placentária e seu papel no desenvolvimento do DMG. Da mesma forma, não há evidências sobre o papel do DMG na exacerbação da inflamação periodontal durante a gravidez. O que se sabe é que a hiperglicemia sustentada durante a gravidez com DMG promove a liberação de PdEVs (vesículas extracelulares derivadas da placenta), o que contribui para um estado pró-inflamatório. Da mesma forma, a periodontite também contribui para o estado inflamatório sistêmico, que também está relacionado à fisiopatologia do DMG e torna essa associação biologicamente plausível (BENDEK *et al.*, 2021).

2.10 CÂNCER

O mecanismo através do qual uma neoplasia é favorecida para se desenvolver em indivíduos com doença periodontal não é totalmente claro. De acordo com a literatura, entre os muitos mecanismos plausíveis, a inflamação parece ocupar um lugar de destaque, o que não seria uma surpresa, uma vez que a doença periodontal é uma infecção que induz uma reação inflamatória crônica de baixa intensidade se não tratada, condição essa que tem sido associada a alguns tipos de câncer.

Nesse processo inflamatório, radicais livres são gerados, assim como certos mediadores que causam o *stress* oxidativo, que pode levar a mutações no DNA das células ou a interferências nos mecanismos de reparo desse material genético (FEDERICO *et al.*, 2007).

Uma vez que o tratamento periodontal pode diminuir substancialmente os marcadores de uma inflamação sistêmica (DEMMER *et al.*, 2013), pode-se esperar que haja algum tipo de contribuição para redução do risco de desenvolvimento de câncer.

A periodontite é um fator de risco em doenças como o câncer, que aparece ligado a infecções crônicas e inflamações, e o Alzheimer, que possui uma forte relação com processos inflamatórios. A correlação entre periodontite e câncer aparece principalmente quando os órgãos afetados pela doença fazem parte dos sistemas digestivo e respiratório (as bactérias causadoras da periodontite podem migrar da boca para esses órgãos).

Um estudo recente permitiu estimar um risco maior de desenvolver câncer de estômago e esôfago em pessoas com doenças gengivais. Segundo estudo realizado com cerca de 150 mil mulheres e homens, houve um aumento de 43% de risco de desenvolvimento de câncer no esôfago e de 53% de câncer no estômago quando comparado a pessoas que não possuem doenças bucais. Além dos fatores previamente citados, outra hipótese é que a falta de higiene oral e a periodontite interferem na transformação de nitritos em nitrosaminas, que são consideradas substâncias cancerígenas (LO *et al.*, 2021).

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DOENÇAS SISTÊMICAS

Úlceras aftosas: sem causa conhecida, são pequenas feridas que aparecem nos tecidos moles dentro da boca ou na gengiva. Elas po-

dem doer, o que pode incomodar durante uma conversa ou a alimentação. Depois de uma ou duas semanas, a maioria das feridas desaparece por conta própria. Elas são muito comuns. Cerca de 1 em cada 5 pessoas as recebem regularmente. Podem estar relacionadas à baixa imunológica ou a doenças do sistema digestório:

- Doença de Behçet, uma condição rara que incentiva inflamação em seu corpo, especialmente seus vasos sanguíneos;
- Doença celíaca, uma condição grave que acontece porque seu corpo é sensível ao glúten (uma proteína que muitos grãos têm);
- Doenças inflamatórias intestinais, como colite ulcerativa ou doença de Crohn;
- Lúpus, uma condição em que seu sistema imunológico ataca os tecidos do seu corpo;
- HIV ou AIDS, ambos podem dominar seu sistema imunológico.

Causas prováveis:

- Cremes dentais e colutórios: tipos x sensibilidade de quem usa;
- Escovar os dentes com muita força, ou em um número excessivo de vezes ao dia;
- Sensibilidade a certos grupos alimentares;
- Alterações hormonais durante a menstruação;

- Deficiência de ferro, ácido fólico, vitamina B12 ou zinco;
- *Stress*;
- Drogas anti-inflamatórias, como o ibuprofeno.

Xerostomia (boca seca) é uma condição que pode ter duas origens, a sistêmica ou a medicamentosa, e que acarreta um risco aumentado para doenças gengivais, lesões de cárie e infecções, como a candidíase, podendo dificultar o uso de próteses dentárias móveis. É uma condição que pode estar associada a doenças como:

- Síndrome de Sjögren
- HIV
- Doença de Alzheimer
- Diabetes
- Anemia
- Fibrose Cística
- Artrite reumatoide
- Hipertensão arterial
- Doença de Parkinson
- Derrame

- Caxumba

A boca seca é um sintoma comum em drogas utilizadas para tratar:

- Depressão
- Ansiedade
- Dor
- Alergias (anti-histamínicos e descongestionantes)
- Obesidade
- Acne
- Epilepsia
- Hipertensão (diuréticos)
- Diarreia
- Náusea
- Transtornos psicóticos
- Incontinência urinária
- Asma (alguns broncodilatadores)
- Doença de Parkinson

Relaxantes musculares e sedativos também podem causar esse efeito. Tabagismo e uso de álcool também secam a boca. Os sintomas comuns incluem:

- Uma sensação pegajosa e seca na boca
- Sede frequente
- Feridas na boca; feridas ou pele dividida nos cantos da boca; lábios rachados
- Uma sensação seca na garganta
- Uma sensação de queimação ou formigamento na boca, especialmente na língua
- Uma língua seca, vermelha e de aspecto de carne crua
- Problemas na fala, degustação, mastigação e deglutição
- Rouquidão, passagens nasais secas, dor de garganta desvinculada de sintomas gripais
- Mau hálito

TERCEIRA IDADE

O Brasil está envelhecendo, e seguindo uma tendência mundial, a taxa de natalidade está decrescendo ao longo dos anos, assim

como a de mortalidade tem se elevado. São cerca de 215 milhões de habitantes, dos quais hoje, em 2022, 16,7% são idosos (acima de 65 anos). Estima-se que em 2047, as duas se encontrem em cerca de 10% e invertam de posição a partir de então, ou seja, a taxa de crescimento populacional se tornaria negativa (IBGE, 2022a).

Com o envelhecimento, e aumento da expectativa de vida, é previsto que doenças da cavidade oral relacionadas a essa condição serão mais comuns e que trabalhos odontológicos realizados antes dos 60 anos terão que passar por mais manutenções, à medida que sobre a régua da expectativa de vida, hoje em 76,6 (IBGE, 2020).

Todo o sistema de saúde deve se preparar para as próximas décadas, e com a odontologia não é diferente. A intervenção de hoje representará um fardo muito pesado para os idosos, pois a durabilidade dos tratamentos realizados anteriormente à terceira idade será superada pela alta na expectativa de vida da população. O olhar para a prevenção de problemas deve começar cedo porque vai diminuir a necessidade e o número de intervenções.

IMPORTÂNCIA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como visto, existe uma real necessidade para iniciativas que ajudem a aliviar o fardo do sistema de saúde no País, estratégias que tenham foco tanto no mapeamento como na prevenção de doenças, e auxiliando ativamente no tratamento. Prevenir doenças é abordar a causa do problema, ação que impede ou posterga sua manifestação,

e certamente de custo muito menor que um tratamento. Nesse contexto, programas de promoção da saúde vêm como protagonistas.

Em outubro de 2021, a Federação Dentária Internacional publicou a nota “Por que e como integrar a saúde bucal em doenças não transmissíveis na cobertura universal de saúde”. Alinhada com o relatório “Visão 2030: Saúde Bucal para Todos”, que tem como meta a promoção de políticas universais para a saúde bucal, a nota apresenta evidências que associam a presença de doenças bucais em pacientes com doenças crônicas. As mais comuns, segundo artigo publicado na revista *Biomedical Journal*, são diabetes, alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares e Alzheimer (FDI – WORLD DENTAL FEDERATION, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, para a promoção da saúde bucal, sejam implementadas intervenções que abordem fatores de proteção como alimentação adequada, com baixo consumo de açúcares, ingestão adequada de frutas e hortaliças, e fatores de risco como redução do cigarro, do uso de tabaco sem fumaça, e redução do consumo de álcool (WHO, 2016).

O consumo equilibrado de carboidratos não só reduziria o risco a doenças como a cárie e a periodontal, mas também a taxa de obesidade e sobrepeso de uma população. Sabendo que o tabagismo está relacionado ao aumento de risco ao desenvolvimento da doença periodontal e a alguns tipos de câncer, e que tais condições, isoladas ou combinadas convergem para um quadro inflamatório crônico, orientação e acompanhamento fazem parte uma estratégia muito eficaz, tanto na prevenção como no tratamento desses problemas de saúde.

A ANS considera como um Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aquele que possua um conjunto de

atividades estrategicamente ordenadas e sistematizadas pelas operadoras de planos privados de saúde, não só para o controle de patologias e agravos, mas, prioritariamente, para a sua prevenção, direcionadas a toda a população da carteira, ou com perfil epidemiológico de risco conhecido, sob a ação e a coordenação multiprofissional. Além disso, um programa deve garantir o acompanhamento específico de sua clientela, bem como a avaliação e o monitoramento por meio de indicadores de saúde.

Para a elaboração e a implementação de programas dessa natureza, que se proponham efetivos, é fundamental, como ponto de partida para a tomada de decisão dos temas priorizados, a realização de um diagnóstico do perfil demográfico e epidemiológico da carteira, que pode ser feito por meio de questionários de perfil de saúde e doença, com identificação de fatores de risco.

Antes de iniciar o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, é de suma relevância planejar sua estrutura, com a determinação da população-alvo, das formas de identificação dessa população e das metas de cobertura. Além disso, o sistema de informação participa como um componente fundamental de qualquer programa, por permitir o acompanhamento e o monitoramento das ações desenvolvidas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2010).

CONCLUSÃO

Foi mostrado neste capítulo como a ciência entende hoje a relação que existe entre doenças bucais e sistêmicas. Embora careça de evidências, já foi possível determinar relações bidirecionais em algu-

mas delas, como no caso da diabetes. A saúde bucal não pode ser vista como algo à parte da saúde sistêmica, assim, faz sentido que ações que têm como objetivo promover a saúde, contemplem as duas frentes. Programas de Promoção da Saúde representam uma excelente ferramenta quando se fala em atingir objetivos, como prevenir doenças e mapear uma determinada população, gerando dados cruciais para um correto gerenciamento de saúde coletiva. Prevenir doenças que impedem as pessoas de exercer sua vida em plenitude, na vida pessoal e no trabalho, carrega um alto valor agregado em seu conceito, pois trata-se de capacitar indivíduos a cuidarem de sua própria saúde, sobre a qual ele também tem responsabilidade. Prevenir é mais simples e tem baixo custo quando se compara ao tratamento, e saúde bucal se consegue com o uso adequado e suficiente de uma escova de dentes e fio dental.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. PROMOPREV – Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. 25/08/2022. *On-line*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/ptbr/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/programas-ans-1/promoprev>. Acesso em: 26 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Relação dos indicadores, com as respectivas metodologias estatísticas a serem usadas na avaliação de desempenho das operadoras referente ao ano de 2010 pelo programa de qualificação da saúde suplementar – qualificação das operadoras. 2010. *On-line*. Disponível em: <https://library.org/document/qopv9l0z-anexo-i-agencia-nacional-de-saudesuplementar-ans.html>. Acesso em: 03 out. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Comprehensive periodontal therapy: a statement by the American Academy of Periodontology *. *Journal of Periodontology*, [s. l.], v. 82, n. 7, p. 943-949, jul. 2011. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1902/jop.2011.117001>.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on comprehensive periodontal examination. American Academy of Periodontology. *Journal of Periodontology*, [s. l.], v. 71, n. 5S, p. 847-848, maio 2000a. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2000.71:5-5:847>. Acesso em: 26 set. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on periodontal maintenance. American Academy of Periodontology. *Journal of Periodontology*, v. 71, n. 5S, p. 849-850, maio 2000b. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2000.71:5-5:849>. Acesso em: 26 set. 2022.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Infective Endocarditis*. 2022. Disponível em: <https://www.heart.org/en/health-topics/infective-endocarditis>. Acesso em: 03 out. 2022.

BENDEK, M. J. *et al.* Periodontitis and Gestational Diabetes Mellitus: A Potential Inflammatory Vicious Cycle. *International Journal of Molecular Sciences*, [s. l.], v. 22, n. 21, p. 1-16, out. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8584134/pdf/ijms-22-11831.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

BRZEWSKI, P. Łukasz *et al.* The role of focal infections in the pathogenesis of psoriasis and chronic urticaria. *Postepy Dermatol Alergol*, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 77-84, abr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3834683/pdf/PDIA-30-20465.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

CHOI, S. E. *et al.* Cognitive impairment and edentulism among older adults: an observational study using claims data. *BMC Geriatrics*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1-8, abr. 2022. Disponível em: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02985-w>. Acesso em: 03 out. 2022.

COBB, C. M. Lasers in periodontics: a review of the literature. *Journal of Periodontology*, [s. l.], v. 77, n. 4, p. 545-564, abr. 2006. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1902/jop.2006.050417>. Acesso em: 26 set. 2022.

COVERT, L.; MATER, H. V.; HECHLER, B. L. Comprehensive Management of Rheumatic Diseases Affecting the Temporomandibular Joint. *Diagnostics*, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 1-24, fev. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997293/pdf/diagnostics-11-00409.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

CUNHA, S. C. da *et al.* Analysis of helkimo and craniomandibular indexes for temporomandibular disorder diagnosis on rheumatoid arthritis patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, [s. l.]*, v. 73, n. 1, p. 19-26, jan. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9443522/pdf/main.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

D'ALMEIDA, L. O. *Saiba mais sobre reumatismo*. 105 Perguntas e Respostas. [S. l.]: Autografia, 2018.

DEMMEER, R. T. *et al.* The influence of anti-infective periodontal treatment on C-reactive protein: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One, [s. l.]*, v. 8, n. 10, p. 1-9, out. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10:1371/journal.pone.0077441&type=printable>. Acesso em: 03 out. 2022.

DENTINO, A. *et al.* Principles of periodontology. *Periodontol 2000, [s. l.]*, v. 61, n. 1, p. 16-53, fev. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0757.2011.00397.x>. Acesso em: 26 set. 2022.

DOMINY, S. S. *et al.* Porphyromonas gingivalis in Alzheimer's disease brains: Evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. *Science Advances, [s. l.]*, v. 5, n. 1, p. 1-21, jan. 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S239882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20pubmed. Acesso em: 03 out. 2022.

IBGE. I. B. de Geografia e Estatística e Ministério da Economia. *Anuário Estatístico do Brasil*. 2021. *On-line*. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_2021.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

FDI – WORLD DENTAL FEDERATION. *Vision 2030 – Delivering Optimal Oral Health for All*. 2021. *On-line*. Disponível em: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-02/Vision-2030-Delivering%20OptimalOral-Health-for-All_0.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

FEDERICO, A. *et al.* Chronic inflammation and oxidative stress in human carcinogenesis. *International Journal of Cancer, [s. l.]*, v. 121, n. 11, p. 2381-2386, dez. 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijc.23192>. Acesso em: 03 out. 2022.

FIGUERO, E.; HAN, Y. W.; FURUICHI, Y. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: Mechanisms. *Periodontology 2000, [s. l.]*, v. 83, n. 1, p. 175-188, jun. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12295>. Acesso em: 03 out. 2022.

GARCIA, R. I.; HENSHAW, M. M.; KRALL, E. A. Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontol 2000, [s. l.]*, v. 25, n. 1, p. 21-36, fev. 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0757.2001.22250103.x?sid=nlm%3Apubmed>.

GARROUSTE-ORGEAS, M. *et al.* Oropharyngeal or gastric colonization and nosocomial pneumonia in adult intensive care unit patients. A prospective study based on genomic DNA analysis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, [s. l.]*, v. 156, n. 5, p. 1647-1655, nov. 1997. Disponível em: https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/ajrccm.156.5.96-04076?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20pubmed. Acesso em: 03 out. 2022.

HIRAHARA, N. *et al.* Characteristic Magnetic Resonance Imaging Findings in Rheumatoid Arthritis of the Temporomandibular Joint: Focus on Abnormal Bone Marrow Signal of the Mandibular Condyle, Pannus, and Lymph Node Swelling in the Parotid Glands. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, [s. l.]*, v. 75, n. 4, p. 735-741, abr. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278239116309132>. Acesso em: 03 out. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos*. 2020. *On-line*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-deimprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 03 out. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. 2022a. *On-line*. Disponível em: <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 26 set. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. 2022b. *On-line*. Disponível em: <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 03 out. 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas 2021*. 2021. *On-line*. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 03 out. 2022.

JÁRVISALO, M. J. *et al.* Dental health assessed using panoramic radiograph and adverse events in chronic kidney disease stage 4-5 patients transitioning to dialysis and transplantation—A prospective cohort study. *Plos One*, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 1-12, set. 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258055>. Acesso em: 03 out. 2022.

JORNAL DA USP. *Momento Odontologia #11: infecções bucais podem causar outros problemas de saúde*. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/podcast/momento-odontologia-11-infecoes-bucais-podemcausar-outros-problemas-de-saude/>. Acesso em: 26 set. 2022.

KOUANDA, B.; SATTAR, Z.; GERAGHTY, P. Periodontal Diseases: Major Exacerbators of Pulmonary Diseases? *Pulmonary Medicine*, [s. l.], v. 2021, n. 2, p. 1-10, nov. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8577952/pdf/PM2021-4712406.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

LO, C. *et al.* Periodontal disease, tooth loss, and risk of oesophageal and gastric adenocarcinoma: a prospective study. *Gut*, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 620-621, mar. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7855151/pdf/nihms-1618563.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

MA, K. S. *et al.* Fibromyalgia and periodontitis: Bidirectional associations in population-based 15-year retrospective cohorts. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, [s. l.], v. 93, n. 6, p. 877-887, jun. 2022. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/JPER.21-0256>. Acesso em: 03 out.

MARTINEZ-HERRERA, M.; SILVESTRE-RANGIL, J.; SILVESTRE, F. Association between obesity and periodontal disease. A systematic review of epidemiological studies and controlled clinical trials. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, [s. l.], v. 22, n. 6, p. e708-e715, nov. 2017. ISSN 1698-6946. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813989/pdf/medoral-22-e708.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

MEALEY, L. F. R. B. L. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 135-141, abr. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18316948/>. Acesso em: 03 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE / SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília – DF, p. 91-91, mar. 2010. Disponível em: https://bvsm:saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

MUSTAFA, M. A. *et al.* Prevalence and Severity of Temporomandibular Disorders in Rheumatoid Arthritis Patients. *The Cureus Journal of Medical Science, [s. l.]*, v. 14, n. 1, p. 1-11, jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8761059/pdf/cureus-0014-00000021276.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES / Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Doenças não T. (NVEDNT). *Doenças crônicas não transmissíveis*. 2022. *On-line*. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>. Acesso em: 26 set. 2022.

NYLUND, K. *et al.* Oral health in predialysis patients with emphasis on periodontal disease. *Quintessence International, [s. l.]*, v. 46, n. 10, p. 899-907, nov. 2015. Disponível em: <https://www.quintessencepublishing.com/deu/en/article/840894>. Acesso em: 03 out. 2022.

PARASKEVAS, S.; HUIZINGA, J. D.; LOOS, B. G. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology, [s. l.]*, v. 35, n. 4, p. 277-290, abr. 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x>. Acesso em: 26 set. 2022.

POHL, H. H. *et al.* Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. *Ciênc. saúde coletiva* 26, [s. l.], v. 26, n. suppl 2, p. 3599-3608, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269:2:20552019>. Acesso em: 26 set. 2022.

ROCCA, J. *et al.* Focal Infection and Periodontitis: A Narrative Report and New Possible Approaches. *International Journal of Microbiology, [s. l.]*, v. 2020, n. 8875612, p. 1-9, out. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7803120/pdf/ijmicro2020-8875612.pdf>.

RUOKONEN, H. *et al.* Oral Health and Mortality in Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of Periodontology, [s. l.]*, v. 88, n. 1, p. 26-33, jan. 2017. Disponível em: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1902/jop.2016:160215>. Acesso em: 03 out. 2022.

SALHI, M. R. L. Update on the Bidirectional Link Between Diabetes and Periodontitis. In: NATURE, S. (ed.). *Periodontitis. Advances in Experimental Medicine and Biology*. Switzerland: Springer Nature, 2022. p. 231-240. v. 1373. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-96881-6_12. Acesso em: 03 out. 2022.

SCANNAPIECO, F. A.; BUSH, R. B.; PAJU, S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Annals of Periodontology, [s. l.]*, v. 8, n. 1, p. 54-69, dez. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14971248/>. Acesso em: 03 out. 2022.

SHARMA, P. *et al.* Association between periodontitis and mortality in stages 3-5 chronic kidney disease: NHANES III and linked mortality study. *Journal of Clinical Periodontology, [s. l.]*, v. 43, n. 2, p. 104-113, fev. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12502>. Acesso em: 03 out. 2022.

SUVAN, J. E.; FINER, N.; D'AIUTO, F. Periodontal complications with obesity. *Periodontology 2000, [s. l.]*, v. 78, n. 1, p. 98-128, out. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12239>. Acesso em: 27 set. 2022.

TAYLOR, J. J.; PRESHAW, P. M.; LALLA, E. A review of the evidence for pathogenic mechanisms that may link periodontitis and diabetes. *Journal of Clinical Periodontology, [s. l.]*, v. 40, n. Suppl 14, p. S113-S134, abr. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12059>. Acesso em: 26 set. 2022.

TYROVOLAS, S. *et al.* Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Scientific Reports*, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 1-9, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112530/pdf/srep37083.pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

UNIVERSITY OF WASHINGTON. *GBD Compare* | Viz Hub. 2019. *On-line*. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 26 set. 2022.

WHO, W. H. O. *Promoting Health* – Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. 2016. *On-line*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-18:2>. Acesso em: 03 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cardiovascular Disease*. 2022a. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)). Acesso em: 03 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diabetes*. 2022b. *On-line*. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes>. Acesso em: 03 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity*. 2022c. *On-line*. Disponível em: https://www.who.int/healthtopics/obesity#tab=tab_1. Acesso em: 26 set. 2022.

YLÖSTALO, P. *et al.* Association between body weight and periodontal infection. *Journal of Clinical Periodontology*, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 297-304, abr. 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2008.01203.x>. Acesso em: 26 set. 2022.

BENEFÍCIOS DOS **PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO** DOS COLABORADORES NAS EMPRESAS

PATRÍCIA HOMEM DE MELLO

Médica, clínica geral com especialização em Medicina Chinesa e Medicina do Trabalho e com MBA em Promoção a Saúde e Prevenção de Doenças e Business Innovation.

PAULO ZAIA

Médico com formação pela PUC-SP, com especializações em Medicina do Trabalho pela USP e em Finanças e Administração pelo Insper e FGV. É Gerente de Gestão de Saúde na SulAmérica

As vacinas vêm eliminando e/ou reduzindo significativamente o risco de adoecimento ou agravamento de doenças e, felizmente, já viabilizaram a erradicação de algumas delas.

Vacinas induzem nosso sistema de defesa a produzir imunidade, ou seja, ensinam nosso próprio organismo a se defender contra agentes externos que causam doenças.

HÁ DOIS TIPOS DE IMUNIZAÇÃO:

- Imunização ativa: as vacinas são utilizadas para estimular nosso sistema imunológico, que responde produzindo substâncias como anticorpos e glóbulos brancos, que irão reconhecer e atacar vírus e bactérias contidos na vacina. Desta forma, ante a exposição à doença o corpo irá produzir, automaticamente, os anticorpos e outras substâncias para prevenir ou atenuar a doença.
- Imunização passiva: nela, administramos anticorpos contra um agente infeccioso específico, como na utilização de soros ou, como na ingestão do próprio leite materno pelos bebês ou da placenta materna, que transfere imunoglobulinas, as quais imediatamente engrandecem a resposta do organismo a possíveis infecções.

Doenças que geraram muitas vítimas no passado, como a poliomielite e a varíola, foram erradicadas; doenças transmissíveis como o sarampo, rubéola e rubéola congênita deixaram de ser graves problemas de saúde pública no Brasil e nas Américas, apesar de sazonalmente gerarem focos rapidamente controláveis, por conta de grandes e efetivas campanhas públicas e privadas de vacinação.

Reações como febre, dor local, indisposição temporária e dor de cabeça podem ocorrer após a aplicação das vacinas, mas na maioria esmagadora das vezes os benefícios são muito maiores do que os riscos assumidos. Ao contrário do que muitos hoje pregam, milhões

de pessoas no mundo todo são protegidas contra enfermidades graves, graças ao desenvolvimento cada vez mais veloz e eficaz das vacinas e às efetividades e conscientização da população no comparecimento e aderência às campanhas de imunização.

Por ano, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a imunização evita de dois a três milhões de mortes. Logo, cada um de nós tem um importante papel com o autocuidado, que repercute e atua diretamente não somente em nós mesmos, como nos indivíduos que nos circundam no dia a dia de nossas vidas. É certo dizer que manter a vacinação em dia é tão importante quanto ingerir alimentos saudáveis, manter a qualidade do sono e praticar atividade física regularmente.

O Brasil tem um dos melhores e mais completos calendários vacinais do mundo, todo ele inserido em diretrizes públicas que alcançam todo nosso território e que estão disponíveis a toda a população, o que chamamos de Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil oferece mais de 45 tipos de imunobiológicos para toda a população, em suas diferentes faixas etárias.

Nos últimos anos, além da vacinação antigripal, o desenvolvimento de parcerias e trocas técnicas com os aparelhos de saúde pública elevou a saúde corporativa a um patamar mais elevado.

Campanhas desenvolvidas em momentos de crise endêmica, como a que tivemos nos últimos anos, em mais de uma cidade e estado, com casos de Sarampo, abre a janela de alerta, mas também a de oportunidade de cooperação entre as instituições.

Quando funcionários apresentam doenças de notificação compulsória, como no caso do Sarampo, e relatam contato recente com outros trabalhadores, durante período de transmissão da doença, é de obrigação do estado a imunização de bloqueio dos possíveis contactantes e essa, sem a parceria das corporações, se tornaria a mais hercúlea das tarefas, se necessária fosse a busca às residências de dezenas, centenas ou milhares de colaboradores da mesma empresa.

Com a rápida articulação entre o serviço de saúde pública e o serviço de saúde privado, as pessoas envolvidas são imunizadas em caráter emergencial, em local de fácil acesso ao vacinador e ao vacinado, facilitando a logística, diminuindo custos e minimizando as chances de dissipação da doença.

É este cenário que torna a imunização nas corporações tão importante e eficaz!

Por outro lado, conforme expusemos nos parágrafos anteriores, embora tenhamos um sistema nacional de imunização diferenciado, eficiente e eficaz, não podemos deixar de reconhecer que o ambiente empresarial é um “terreno” favorável a possíveis contaminações e a disseminação de doenças infectocontagiosas, principalmente as transmitidas por aerodispersóides. As interações interpessoais e interdepartamentais constantes são inevitáveis. Temos funcionários com hábitos, moradias, condição social e cultural de saúde completamente distintas, se relacionando permanentemente na maior parte do dia, e sendo potencialmente carreadores de patógenos para as comunidades onde residem e se relacionam.

Os programas de imunização nas empresas têm sido adotados há alguns anos, com êxito, em complemento ao Programa Nacional de

Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, por ser uma importante ferramenta de cuidado à saúde e contra o absenteísmo, visto que:

- Previne doenças relacionadas às condições e ao ambiente de trabalho e que interferem diretamente na capacidade produtiva do trabalhador;
- Reduzem as doenças infecciosas e suas graves consequências;
- Promovem a saúde do trabalhador.

Outro fator importante é que desde 2016 o Brasil enfrenta queda na cobertura vacinal. O número de pessoas vacinadas está abaixo do esperado há anos e, perigosa e assustadoramente, diminuiu muito durante os anos de pandemia da Covid-19. Este cenário pode ter sido motivado por várias razões, dentre elas a disseminação de questionamentos de cunho político ideológico, a inquestionável eficácia dos programas vacinais que diminuíram muito a incidência de casos graves, que repercutem mais, e por um lado incentivam o autocuidado com si próprio e com entes próximos e queridos, ou até mesmo o próprio isolamento forçado causado pelo “novo coronavírus”.

De acordo com uma pesquisa encomendada pela Pfizer ao IBGE, somente metade dos brasileiros verificam regularmente sua carteirinha de vacinação e 17% nunca verificam, não têm, não sabem se têm ou onde está o documento.

Diante de todo o exposto, vemos como inequívoca a afirmação de que programas de vacinação com foco na promoção de saúde e bem-estar trazem benefícios, tanto para o empregador quanto para os funcionários e para a sociedade.

Sazonalmente fazemos campanhas relacionadas a doenças sazonais, como a influenza. Em outras ocasiões, em parceria com as autoridades regionais de saúde, complementamos o calendário vacinal do colaborador com vacinas contra a hepatite B e tétano, por exemplo. Fato é, que entendemos que os recursos aplicados na saúde devem ser encarados como investimento, tanto pelos fatores acima mencionados quanto pelo impacto direto que o adoecimento gera nos orçamentos corporativos.

CAMPANHAS DE VACINAÇÃO, SEJAM PÚBLICAS OU PRIVADAS, DEVEM SEGUIR ALGUMAS ETAPAS BÁSICAS:

- Planejamento orçamentário e operacional;
- Divulgação de conceitos envolvidos na imunização prevista;
- Desenvolvimento de ações para orientação e conscientização do público-alvo sobre a importância da vacinação;
- Logística de transporte, armazenamento e manuseio das vacinas;
- Disponibilização de insumos para a realização da ação de vacinação;
- Disponibilização de profissionais especializados para todo o processo de vacinação.

Da interação entre a saúde preventiva e a saúde ocupacional, que na visão conceitual traz uma das mais excelentes formas de conscientizar e atuar preventivamente junto à saúde dos trabalhadores, surgiu o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Nele, podemos relacionar e prescrever coletivamente ações preventivas, dentre essas, as imunizações individuais ou coletivas, seja por possíveis exposições ocupacionais a agentes causadores de doenças, seja por pura ação de saúde populacional. Daí uma das

grandes indicações da participação ativa do Médico do Trabalho na avaliação dos riscos e no papel de “cuidador e mentor” da saúde dos indivíduos daquela população.

Com absoluta certeza, o aspecto orçamentário sempre é um fator sensível, principalmente no mercado privado, e que deve ser considerado, medido e gerenciado. Não obstante, importante ressaltarmos que as campanhas de vacinação, assim como demais ações de prevenção, sejam elas pessoais ou patrimoniais, tendem a trazer resultados em médio/longo prazo, ou seja, observarmos resultados de eficácia monetária que favoreceriam rapidamente a sustentabilidade dos programas e da cultura do cuidado à saúde não são comuns. Estudos apoiados pela OMS (Organização Mundial da Saúde) demonstram que para cada dólar gasto em prevenção há uma economia de sessenta dólares gastos em tratamento.

A sustentabilidade dos custos com a saúde, hoje, faz parte do dia a dia das empresas que trazem com um olhar cada vez mais estratégico e relevante.

As empresas hoje são mais proativas, reconhecendo seu protagonismo no cuidado com a saúde de seus funcionários e seu papel na sociedade como um todo. Nesta linha:

- Observarmos maior foco na predição de casos graves de saúde, por meio do uso de algoritmos cada vez mais precisos em análises de bases de dados, é identificar e reconhecer importantes benefícios a médio / longo prazo;
- Cada vez mais se olha o passado, para entender tendências atuais e interferir no futuro;

- Recursos digitais nos ajudam em novos formatos de atendimento (telemedicina);
- *Gadgets* ou IOT ajudam o monitoramento de pacientes de risco e indicam ações mais rápidas e cirúrgicas quanto à solução;
- Saber a importância do acolhimento e do direcionamento para linhas de cuidado, o desfecho do cuidado a saúde é um valor.

A comunicação com os funcionários também se reinventa, passa a ser mais fluida, leve e com foco na conscientização, afinal, uma campanha de vacinação é uma oportunidade relevante de levar conhecimento, comprometimento e disseminar a importância do autocuidado.

Agora, diante de toda nossa exposição prévia, trazemos alguns dados a respeito de nossa experiência em campanhas de imunização corporativa (**Quadro ao lado**). A imunização corporativa, em si, tem ganhado cada vez mais espaço em meio às empresas nos últimos anos. Entendemos que a vacinação em nossa empresa traz vários benefícios, como:

- Redução da ocorrência de doenças contagiosas e surtos dentro da empresa;
- Possibilidade de redução do absenteísmo e de gastos com a saúde;
- Maior percepção de qualidade de vida;
- Sensação de reconhecimento e satisfação por parte do colaborador;
- Preservação da produtividade da equipe.

ALGUNS DADOS RELEVANTES:

- Hepatite B: pode se complicar e seguir para um quadro de cirrose, câncer e até óbito, antecipando a perda precoce do funcionário treinado e gerando sinistro e aumento de custos com seguro de vida;
- Hepatite A: afasta o funcionário de suas atividades por 45 dias ou mais, além de poder evoluir para um óbito em cerca de 1% dos casos;
- Varicela (catapora): afasta o funcionário por pelo menos duas semanas, além de poder gerar quadros de complicação frequentemente;
- Rubéola: pode se disseminar rapidamente em uma população de trabalhadores e seus familiares, com repercussão negativa e de risco em relação a gestantes;
- Gripe: representa 10% a 12% do absenteísmo de todas as causas de afastamento por até duas semanas (OMS);
- A multivacinação chega a reduzir o absenteísmo em até 25%;
- A vacinação pode reduzir entre 25% e 43% os dias de trabalho perdidos por causa da gripe;
- A vacinação reduz em média 25% o uso de antibióticos;
- Quando comparados indivíduos com a mesma doença, de um lado os vacinados e do outro, não vacinados, a vacinação reduz entre 32% e 44% as visitas ao médico por conta da mesma doença instalada.

Nossa atividade predominantemente administrativa, em ambientes fechados, com ar-condicionado ligado permanentemente e com funcionários compartilhando o mesmo ambiente por horas seguidas, traz a chance de quadros coletivos de gripe, por exemplo, que pode começar em um empregado e acabar atingindo todo o resto da equipe, bem como suas respectivas famílias.

Portanto, a vacinação, para nós, é uma aposta certa! Na SulAmérica incentivamos a vacinação antigripal (Influenza) desde o ano de 2012, quando tivemos a primeira campanha corporativa. Desde en-

tão, observamos a cada ano que passa o aumento na adesão de colaboradores e seus familiares, sendo esta ação uma de nossas iniciativas do pilar da saúde física em nosso propósito de levar Saúde Integral à população de colaboradores e beneficiários.

O gráfico (**Figura 1**) nos mostra que desde o início de nossas campanhas a porcentagem de vacinados sempre esteve acima dos 50% e, ainda mais, que a partir de 2017, mesmo nos anos mais intensos da pandemia de Covid-19, mantivemos a média de vacinados acima dos 62%, ou seja, verificamos que nossa população de fato adotou a vacinação como item de prevenção à doença.

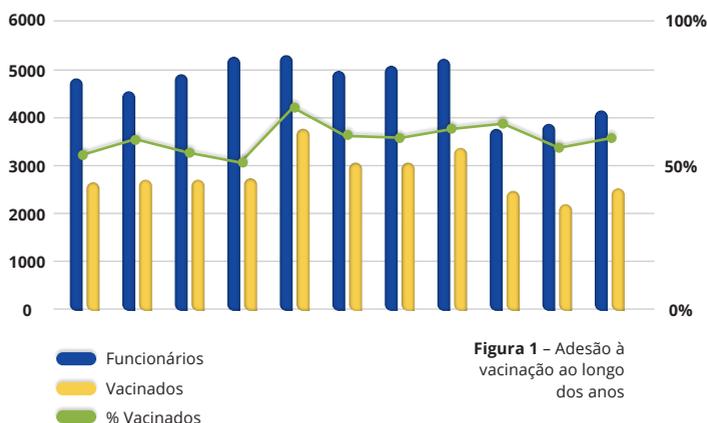


Figura 1 - Adesão à vacinação ao longo dos anos

Nos últimos 2 anos, mais restritivos por conta da pandemia de Covid-19, desenvolvemos, como muitas outras empresas, a vacinação no modelo de *drive-thru*, minimizando o contato de indivíduos de famílias / núcleos diferentes, mas ao mesmo tempo não deixando em nenhum momento de ratificar nosso compromisso e incentivo à Saúde e Bem-Estar de nossa população.

Expandindo nossa visão e trazendo um pouco mais amplamente nosso conceito de Saúde Integral, entendemos que o autocuidado deve ser estimulado e incentivado desde nosso primeiro contato com o candidato. Nosso time de seleção tem incutido na fala e nos conceitos institucionais o cuidado e os pilares da Saúde Integral, ratificando nosso propósito de trazer cada vez mais e melhor a gestão de saúde à população.

Quando finalizado o processo de seleção e iniciada a jornada profissional em nossa empresa, os novos colaboradores são apresentados a regras e vivências já no momento da integração, onde lhes apresentamos nossas estratégias de Atenção Primária à Saúde – incluindo aí nosso olhar preventivo em relação a doenças transmissíveis e não transmissíveis evitáveis e nossas recomendações à adoção do calendário vacinal do adulto.

Durante nossas avaliações periódicas de saúde e exames ocupacionais, principalmente os realizados em nossas estruturas e por nossos médicos e enfermeiros, ratificamos nosso propósito na importância dos cuidados preventivos, incluindo aí a vacinação.

Vemos a maioria das corporações entendendo como importante somente a campanha de vacinação antigripal, e se esquecendo das demais imunizações disponíveis na rede pública e privada, mesmo, em muitas vezes, subsidiada ou incentivada por meio de parcerias pela própria empresa empregadora.

Hoje sabemos que as vacinas são o modo mais eficaz de prevenir algumas doenças. Diante de estudos e fatos, ainda mais após os 2 anos de pandemia da Covid-19, corporações, gestores e colaboradores investem tempo e recursos financeiros nas campanhas de

vacinação dentro das empresas, pois são uma forma prática e poderosa de diminuir o número de complicações infecciosas e ausentismo. Dentre as vacinas mais conhecidas, e efetivamente utilizadas no meio corporativo, está a que age contra a gripe.

Campanhas corporativas, além de cuidar da saúde dos próprios funcionários, têm a ação indireta de “popularizar” ainda mais a ação de saúde preventiva junto à população, pois sabemos e acreditamos na influência causada pelos empregados junto às famílias (e vice-versa).

Diretamente, a vacinação dos trabalhadores serve de ferramenta na redução de possíveis faltas, mantém a produtividade das equipes e reduz a circulação dos agentes patogênicos na população em geral.

Ambientes empresariais cada vez mais reúnem grande número de pessoas em ambientes fechados, ventilados com ar-condicionado não necessariamente sob manutenção regular e adequada, o que pode facilitar muito a disseminação de agentes infecciosos.

Nossa experiência, principalmente nestes últimos 2 anos, demonstrou a decisão acertada de incentivarmos, há anos, a vacinação e, fez com isso, com que atingíssemos rapidamente índices de quase 100% de vacinação contra a Covid em nossa população.

Acreditamos na disseminação cada vez maior de nossa cultura de Saúde Integral, da assimilação por parte de nossos colaboradores e seus dependentes da cultura do autocuidado e, por este motivo, imaginamos e ratificamos nossa intenção de continuar nessa linha de atuação.

REFERÊNCIAS

CARRAT, F. *Arch Int Med*, [s. l.], v. 162, n. 16, p. 1842-1848, 2002.

<https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/a-importancia-da-vacinacao-dos-colaboradores-da-empresa/4146/>

<https://cvimunizar.com.br/imunizar-empresa/>

<https://sbim.org.br/covid-19/81-beneficios-da-vacinacao>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>

<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/imuniza%C3%A7%C3%A3o/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-imuniza%C3%A7%C3%A3o>

<https://www.pfizer.com.br/tomarpararetomar/importancia-da-vacinacao-por-que-saude-coletiva-depende-da-imunizacao>,

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=313485>

<https://www.sesi-ce.org.br/blog/vacinacao-ocupacional-5-beneficios-de-vacinar-a-sua-equipe/>

KEECH, M. *Pharmacoeconomics*, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 911-924, 2008.

NICHOL, K. *Arch Intern Med*, [s. l.], v. 161, n. 5, p. 49-759, 2001.

ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO DA **SAÚDE MENTAL** NA EMPRESA DURANTE A **PANDEMIA DE COVID-19**

FERNANDO AKIO MARIYA

*Médico graduado pela UNIFESP, pós-graduado em
Medicina do Trabalho pela USP e especialista pela ANAMT.
Gerente médico da P&G.*

A P&G (*Procter & Gamble*) investe na saúde e no bem-estar de seus trabalhadores desde o início da empresa, em 1837. O bem-estar dos funcionários tem sido um foco contínuo de uma geração para a próxima.

Atualmente, uma série de profissionais de saúde oferece conhecimentos médicos para apoiar a segurança e o bem-estar dos trabalhadores em todos os países e locais onde a P&G opera. Desde a criação de padrões robustos no local de trabalho, saúde e higiene que cumprem as regulamentações locais, parcerias com Recursos Humanos em estratégias e programas de bem-estar, até o cultivo de redes externas que podem fornecer conhecimentos sobre questões de saúde social que afetam seus funcionários ou negócios, construindo uma base sólida para possibilitar o bem-estar físico e mental de seus colaboradores.

Nunca a importância deste trabalho foi mais evidente do que durante a pandemia de Covid-19. Já houve abordagem em pandemias, como SARS e H1N1 no passado, mas não na magnitude que a Covid-19 representou. Enfrentando uma necessidade urgente de impedir sua propagação e uma demanda sem precedentes pelos produtos de saúde, higiene e limpeza que fabrica, a empresa construiu, com base em sua experiência de pandemia, uma base sólida de estratégias e recursos de bem-estar para agir rapidamente e garantir a segurança e a saúde de seus trabalhadores – e sua capacidade de atender os consumidores.

O propósito do programa durante a pandemia foi fornecer orientação e intervenções recomendadas para melhorar a cobertura das condições de saúde mental e apoio aos trabalhadores da P&G. Isso inclui construir resiliência, melhorar o equilíbrio entre vida profis-

sional, bem-estar, inteligência emocional, diagnóstico/tratamento médico etc. Este programa apoia a estratégia de RH e Prática Médica em Saúde Mental.

O PROGRAMA VIBRANT LIVING

O núcleo dos esforços da empresa foi o programa global de saúde e bem-estar “*Vibrant Living*”, que equipa os funcionários com ferramentas *on-line* e de fornecedores nas áreas de condicionamento físico, nutrição, resiliência mental e emocional e educação e treinamento em saúde.

Com uma taxa de participação de mais de 80% dos trabalhadores, as ofertas do programa são conhecidas e valorizadas pelos trabalhadores. O primeiro passo foi dar maior visibilidade aos diversos recursos disponíveis por meio do programa. Fizeram isso através da *homepage Vibrant Living* (intranet) e por meio de uma série de postagens em um *hub* global de informações sobre a Covid-19, no qual os funcionários confiavam para se manter informados sobre os desenvolvimentos e recursos da pandemia.

Anualmente é celebrado o Dia Mundial da Conscientização de *Vibrant Living* em abril – em conjunto com o Dia Mundial da Saúde. Em 2022, as equipes de *Vibrant Living*, nos sites da P&G, realizaram principalmente campanhas digitais com o tema “Esteja no meu melhor – Foco no bem-estar pessoal”, incentivando os trabalhadores a darem pequenos passos para melhorar a saúde pessoal, aumentar a atividade física e focar no bem-estar mental. Os sites foram criativos ao chamar a atenção para recursos de estresse e

resiliência, exercícios virtuais, alimentação saudável e minimizar a propagação de doenças.

Com 94% dos trabalhadores em todo o mundo participando, a taxa mais alta até agora, os funcionários mostraram o quão dedicados, resilientes e criativos eles são, mesmo em tempos incertos e estressantes.

A visão do programa *Vibrant Living* é “Permitir o máximo desempenho inspirando vidas significativas, felizes e saudáveis” e é sustentada por três pilares:

- **Coração “significativo”** – o trabalhador deve sentir-se orgulhoso de fazer parte da empresa e se conectar com outras pessoas, em casa, no trabalho e na comunidade, que compartilham interesses e paixões semelhantes para trazer o seu melhor.
- **Mente “Feliz”** – enriquecendo o bem-estar geral, construindo resiliência e fortalecendo relacionamentos para aproveitar o melhor da vida.
- **Corpo “Saudável”** – otimizando a força física e energia, para enfrentar os desafios diários e desfrutar de um estilo de vida ativo. Este é o núcleo de *Vibrant Living*.

ESTRATÉGIA

A fim de melhorar as condições de trabalho e as habilidades dos trabalhadores para lidar com o estresse e aumentar a resiliência, recomendou-se que as seguintes intervenções individuais e organizacionais fossem amplamente utilizadas em toda a empresa.

NÍVEL E TIPO DE INTERVENÇÕES

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Individual: ferramentas de *Vibrant Living* sobre saúde física e mental, incluindo apoio de academia / bem-estar, aulas de condicionamento físico (ioga, atividade física), massagens, espaços de descanso, aulas / círculos de meditação, *biofeedback*, *mindfulness* e inteligência emocional – recursos globais de bem-estar mental, intervenção nos determinantes sociais da saúde (orientação financeira, bolsas de estudo etc.), questionário de saúde e bem-estar e exames ocupacionais.

Organizacional: Questionário de *Stress Satisfaction Offset Score* (SSOS), políticas flexíveis de trabalho, capacitação de gestores sobre saúde mental.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Individual: exames médicos com questionários para rastreamento de doenças.

Organizacional: Treinamentos corporativos, incluindo “Eu não estou bem e tudo bem”, “Liderando com compaixão: vulnerabilidade e coragem”, “A importância da segurança psicológica diante da Covid-19”, “*Mindfulness* e inteligência emocional – *Improve Your Life*” e “Como identificar se o trabalhador precisa de ajuda?”.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Individual: Programa de Assistência ao Empregado e Programa de Soluções de Vida Profissional, Gerenciamento de Incapacidades / Gestão de Afastados, Cobertura / Suporte para despesas relacionadas à saúde mental (coberturas de saúde mental – públicas e privadas), rede de referência e contrarreferência para psicoterapia e atendimentos psiquiátricos, app para psicoterapia e subsídio para a compra de medicamentos psiquiátricos.

Organizacional: Reabilitação / Readaptação Profissional.

Quadro 1 – Nível e Tipo de Intervenções

Fonte: P&G Global Medical

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Todas as unidades de saúde da empresa foram capacitadas para serem ambulatorios de atenção primária. Dessa forma, foi construído um sistema de saúde centrado nas pessoas e que defende o direi-

to humano à saúde, empodera indivíduos e comunidades e aborda os determinantes da saúde, da maneira mais inclusiva, equitativa e econômica de alcançar a cobertura universal de saúde.

Em organização do trabalho, através da aplicação dos questionários “Escala de Estresse no Trabalho” (JSS – *Job Stress Scale*) de Karasek e Theorell (1990) e “Escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa” (ERI – *Effort-Reward Imbalance*) de Siegrist *et al.* (1982), é possível calcular o *Stress Satisfaction Offset Score* (SSOS – em português, algo como pontuação de compensação de satisfação de estresse) e entender os fatores psicossociais do trabalho. Há demanda, controle, esforço e recompensa nos questionários, sendo:

- **SSOS** = (Controle + Recompensa) – (Demanda + Esforço)
- **Controle:** satisfação no envolvimento em decisões que afetam o trabalho, autonomia, ferramentas de flexibilidade e apoio da liderança.
- **Recompensa:** elogio e reconhecimento pelo esforço despendido pelo trabalho, remuneração e bônus.
- **Demanda:** demanda e pressão, nível de concentração exigido, interrupção de tarefas e necessidade de esperar por atividades realizadas por outros trabalhadores.
- **Esforço:** esforço aplicado e competição excessiva.

Em termos de escala de pontuação nos questionários SSOS, a pontuação total varia de -2 a +2. Um SSOS negativo indica que o estresse supera a satisfação, enquanto um SSOS positivo indica que a satisfação supera o estresse (MS, 1999).

Os determinantes sociais da saúde mental – por exemplo, endividamento e educação precária – são entendidos como sendo sustentados pela distribuição desigual de oportunidades e, mais profundamente, por políticas públicas (por exemplo, legislação que pode não ser especificamente relacionada à saúde, mas, em última análise, alcançando efeitos na saúde) e normas sociais (por exemplo, opiniões e preconceitos culturais que preparam o cenário para uma saúde mais precária entre grupos desfavorecidos). O maior impacto populacional para melhorar a saúde mental e reduzir o risco de doenças mentais é alcançado, ofertando consultores financeiros para os trabalhadores, bolsas de estudo para a melhoria da escolaridade, promovendo a saúde e capacitando líderes e população de trabalhadores para reduzir os vieses inconscientes (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).



Figura 1 – O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren e Whitehead (2007)

Foram realizados treinamentos com a liderança da empresa para apresentar os conceitos acima e os indicadores para que eles pudessem acompanhar a evolução das ações implantadas. Convidamos especialistas nos temas para esses treinamentos e para esclarecimento de dúvidas.

No campo do indivíduo, os profissionais de saúde da empresa (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, massoterapeutas, educadores físicos e psicólogos) passaram a atender e acompanhar os trabalhadores através da telemedicina. Os educadores físicos passaram a ofertar aulas de alongamento, funcional, dança e ioga através de *lives* e aulas gravadas e disponibilizadas no *YouTube* (<https://www.youtube.com/channel/UCrdSgqLXm1yRNG2yYgEDSaQ/featured>), para que os trabalhadores possam realizar os exercícios em casa junto com seus familiares.

As nutricionistas, psicólogos e médicos também criaram conteúdo no mesmo canal do *YouTube* e *lives* para esclarecimentos sobre a Covid-19, alimentação saudável, saúde mental, distúrbios do sono e ergonomia. Foram convidados infectologistas, psiquiatras e psicólogos para participarem de *lives* do tipo *talk-show* com a presidente da empresa, que realizava perguntas enviadas pelos trabalhadores nas semanas anteriores ao evento. Os temas abordados nas *lives* foram: saúde emocional em tempos de Covid-19; doenças psiquiátricas no ambiente de trabalho e tabus em saúde mental. Na intranet foi feito um *site* específico para que os trabalhadores encontrem diversas ferramentas para o autocuidado e disponibilizado um manual chamado “Lidando com a Covid-19 – *Kit* de sobrevivência contra a fadiga”, com diversas dicas e ferramentas para que o trabalhador e sua família pudessem aproveitar todos os benefícios disponibilizados pela empresa.

Biofeedback é uma ferramenta que fornece informações com a finalidade de permitir aos indivíduos desenvolver a capacidade de autorregulação. Envolve o retorno imediato da informação através de aparelhos sensórios eletrônicos, sobre processos fisiológicos (frequência cardíaca, resposta galvânica da pele e tensão muscular). O método permite à pessoa voluntariamente regular suas reações fisiológicas e emocionais. O uso de equipamento eletrônico sensível amplia e transforma as reações fisiológicas em sinais de luz e som que são utilizados para evitar doenças. Todos os processos fisiológicos podem ser controlados através do uso de *biofeedback*. O treinamento inclui diferentes métodos de conscientização e relaxamento, como técnicas musculares, respiratórias, autogênicas e cognitivas. Ele pode ser associado com as sessões de meditação / *mindfulness* que ocorrem diariamente por meio virtual ou com sessões de massagem presenciais.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Em nível organizacional, foram realizadas capacitações com a liderança sobre “Liderando com compaixão: vulnerabilidade e coragem” e “Como identificar se o trabalhador precisa de ajuda?”, trazendo psicólogos e psiquiatras especialistas no assunto para esclarecer dúvidas relacionadas aos temas. Em “Liderando com compaixão: vulnerabilidade e coragem”, o propósito é desenvolver líderes que assumam a responsabilidade de encontrar o potencial nas pessoas e nos processos e tenham a coragem de desenvolver esse potencial. Líderes que se permitem ser vulneráveis são julgados por sua equipe como líderes mais fortes. Em vez de parecer fraco, a vulnerabilidade revela que os líderes são humanos e relacionáveis, e torna mais fácil para os membros da equipe se conectarem, confiarem, compartilharem objetivos comuns e traba-

lharem juntos. No treinamento “Como identificar se o trabalhador precisa de ajuda?”, o psiquiatra ensina os líderes a identificarem mudanças de comportamento ou perda de performance, como sinais para transtornos mentais e como eles devem oferecer ajuda aos trabalhadores, realinhando expectativas / tarefas a serem realizadas ou direcionando para o Departamento Médico.

Os treinamentos para toda a organização são “Eu não estou bem e tudo bem”, “A importância da segurança psicológica diante da Covid-19” e “*Mindfulness* e inteligência emocional – *Improve Your Life*”. O treinamento “Eu não estou bem e tudo bem” ensina ao trabalhador que ele não deve esconder o que sente e que pode procurar ajuda para resolver os seus problemas, mostrando as

ferramentas que estão à disposição para ele. O treinamento “A importância da segurança psicológica diante da Covid-19” tem como objetivo esclarecer a garantia para que os colaboradores se sintam mais seguros para arriscar, contribuir e questionar, sem medo de sofrer, qualquer tipo de humilhação ou retaliação. E o treinamento “*Mindfulness* e inteligência emocional – *Improve Your Life*” é uma oferta de desen-

*“CASO OCORRA O
DIAGNÓSTICO PRECOCE
DE UM TRANSTORNO
MENTAL, O TRABALHADOR
É DIRECIONADO PARA
O PROFISSIONAL
APROPRIADO, PARA
ACOLHER E RECOMENDAR
O TRATAMENTO
ADEQUADO”*

volvimento de liderança pessoal para aprender maneiras simples de liderar a si mesmo e aos outros e como reduzir o estresse e aumentar o bem-estar pessoal para melhorar a integração trabalho / vida.

Nas ações individuais são aplicados os questionários de rastreamento de transtornos mentais nos exames periódicos ocupacionais e em apps de orientação em saúde, sempre reforçando a mensagem que os dados são tratados de forma sigilosa e confidencial e que eles direcionam para a melhoria contínua dos programas de saúde da empresa. Caso ocorra o diagnóstico precoce de um transtorno mental, o trabalhador é direcionado para o profissional apropriado, para acolher e recomendar o tratamento adequado. A equipe de enfermagem acompanha os trabalhadores nas linhas de cuidados de cada patologia que apresentam.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

Em termos organizacionais, quando um trabalhador apresenta uma incapacidade por transtornos mentais, mas que permite que ele permaneça trabalhando, o departamento médico, segurança do trabalho, recursos humanos e líder imediato se reúnem para definir o plano de readaptação por prazo nunca superior a dois anos ou inferior a um ano. Para trabalhadores, cujo laudo do médico assistente ateste transtornos mentais que causem prejuízo permanente da capacidade laborativa ao cargo, porém que permitam o exercício de outras atividades, é definido um plano de reabilitação, novamente em um trabalho conjunto do departamento médico, segurança do trabalho, recursos humanos e liderança.

Para o indivíduo, o programa *Vibrant Living* oferece diversos benefícios. O objetivo do *Vibrant Living Work Life Solutions* (WLS – Progra-

ma de Soluções de Vida Profissional) / Programa de Assistência ao Empregado (PAE) é restaurar o engajamento e a produtividade, melhorando assim a eficácia da vida profissional de um trabalhador. *Work Life Solutions* / PAE oferece psicólogos, consultores financeiros, assistentes sociais e advogados 24 horas por dia, 7 dias por semana. A maior parte do uso dos funcionários e familiares é por meio de autorreferências com utilização voluntária acima de 90% em média. Funcionários e familiares também acessam os recursos WLS / PAE, conforme recomendado pelos médicos assistentes, enfermeiros e médicos do local e outros colegas que podem ter usado os serviços WLS / PAE. Os recursos do WLS são de acesso fácil e confidencial. Os recursos WLS estão disponíveis por telefone. Esse é um serviço para casos mais urgentes / emergenciais.

Para os casos que necessitam de psicoterapia ou segmento psiquiátrico, os serviços médicos da empresa mapearam em cada localidade os profissionais mais resolutivos dentro da rede de saúde suplementar. Esses profissionais são convidados a serem parceiros do programa *Vibrant Living*, sendo referenciados pelos médicos e equipe de enfermagem da empresa. Todos os casos em seguimento por transtornos mentais são discutidos mensalmente pela equipe de saúde e os psicólogos e psiquiatras da rede de saúde suplementar que acompanham esses pacientes são convidados para ajudar no plano de ação de cada um. Dessa forma, é formada uma rede de referência e contrarreferência que ajuda o trabalhador a se recuperar de maneira mais efetiva.

A empresa também disponibiliza apps para sessões de psicoterapia, troca de mensagem com o psicólogo ou até mesmo exercícios de meditação, de forma *on-line* em um ambiente 100% seguro, acolhedor, confidencial e gratuito.

Se os trabalhadores necessitarem de tratamento medicamentoso, mediante a apresentação do receituário médico, a empresa subsidia 75% do valor, facilitando o acesso aos remédios e diminuindo o abandono do tratamento por parte dos trabalhadores.

CIPA E CHAMPIONS

Os cipeiros e *champions* de *Vibrant Living* são peça-chave para alavancar todos os programas de saúde. Para uma promoção eficiente do *Vibrant Living* é crucial que os cipeiros e *champions* de *Vibrant Living* trabalhem em conjunto com os profissionais de saúde e liderança da empresa. Desnecessário dizer que eles devem ter uma compreensão profunda do programa, portanto o primeiro passo é o envolvimento do pessoal, mostrando os indicadores e, em seguida, engajando a equipe *Vibrant Living* e a liderança do local para fazer uma discussão das ações. É sempre mais fácil promover algo quando se conhece muito bem a razão de ser feita a ação e é feita a coisa certa.

MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO E SUCESSO

As equipes médicas de cada local revisam, anualmente, as informações relacionadas ao gerenciamento de estresse, resiliência e equilíbrio entre vida profissional e pessoal obtidas de todas as seguintes fontes de informação: Pesquisa de Clima da P&G; Questionário de Saúde e Bem-Estar; Programa de Soluções Vida Profissional / Programa de Assistência ao Empregado e ferramentas de avaliação de risco psicossocial. São definidas metas de indicadores-chave de desempenho com base nos resultados atuais, para garantir a melhoria contínua. Esses indicadores são disponibilizados para os times médicos, RH, liderança e trabalhadores, respeitando o sigilo e a con-

fidencialidade dos dados, para que ocorram debates e definições de planos de ações. Os planos de ações envolvem o planejamento, divulgação / comunicação e execução dos programas, com a participação ativa dos trabalhadores (representados pelos cipeiros e *champions* do programa de *Vibrant Living*), RH e líderes, que devem ser modelos e incentivadores para o uso das ferramentas disponibilizadas. Com relação ao SSOS, vemos a evolução dos indicadores, conforme mostra a **Figura 2**.

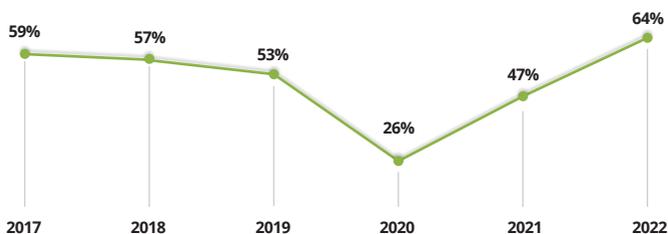


Figura 2 – Evolução do SSOS

Fonte: P&G Brasil

Com base na pesquisa subjacente ao SSOS, percebe-se uma queda brusca da pontuação em 2020, ano do início da pandemia de Covid-19 e quando os protocolos contra a doença estavam em início de implantação. Com a mudança do trabalho para o modelo híbrido, houve um distanciamento entre a liderança e os trabalhadores, tanto fisicamente quanto virtualmente, e um aumento da carga de trabalho (demanda e esforço).

As razões da queda do SSOS no ano de 2020 são corroboradas por uma pesquisa interna realizada pelo departamento de recursos humanos do Brasil, na qual foi observado que, comparado à pré-Covid-19, 49%

dos trabalhadores referiram que aumentou a realização profissional, 58% referiram que a efetividade no trabalho aumentou com o modelo híbrido, 55% referiram que o desenvolvimento pessoal aumentou, porém 78% dos trabalhadores referiram que a carga de trabalho aumentou e 50% referiram que o estado de saúde geral caiu.

Por esse motivo, durante o ano de 2021 foram realizadas capacitações com a alta liderança para esclarecer os fatores psicossociais do trabalho, readequar demandas e para restabelecer o suporte que caiu por conta do distanciamento físico. Além disso, capacitamos os líderes no conceito de integração vida pessoal e trabalho (*work-life integration*). A integração trabalho-vida pessoal envolve a combinação de responsabilidades pessoais e profissionais. Não há mais como ver o trabalho e o tempo pessoal como entidades separadas.

A maior vantagem da integração trabalho-vida é a flexibilidade. Quando os trabalhadores são capazes de coordenar adequadamente seus horários e responsabilidades, é mais provável que sintam satisfação em todas as áreas de sua vida. Por outro lado, se houver violações de limites – quando o trabalho e a vida pessoal se misturam – também pode haver consequências negativas. Quando a integração trabalho-vida está desequilibrada, os funcionários podem, na verdade, experimentar diminuição da satisfação e produtividade em ambas as áreas.

Atualmente, a forte pontuação positiva do grupo SSOS de + 0,64 indica uma cultura de saúde empresarial positiva com muitos trabalhadores engajados e trabalhando para alcançar os objetivos de negócios.

Na maioria das situações de trabalho, os elementos “demanda e esforço” do trabalho não são altamente modificáveis, porque a

natureza do trabalho dita seu ritmo e o tipo e nível de trabalho necessário para atender à demanda. Isso reforça a importância das partes de “controle e recompensa” do modelo, que são mais passíveis de mudança por meio de diferentes tipos de decisões gerenciais, como: continuar a envolver os trabalhadores nas decisões que afetam o seu trabalho e a reconhecê-los pelos seus esforços; simplificar processos, revisar/distribuir trabalhos a serem realizados e priorizar; automatizar tarefas.

Na **Figura 3** temos a evolução do nível de estresse alto e muito alto ao longo dos anos. Ao que parece, a Covid-19 não impactou em mudanças nos níveis de estresse. De acordo com a avaliação, em 2022, 27% relatam risco de estresse alto a muito alto. Os fatores mais importantes do risco de estresse apontados pelo inquérito são os estressores de trabalho (carga de trabalho), estressores de personalidade, estilo de vida, preocupações financeiras e resposta ao estresse.

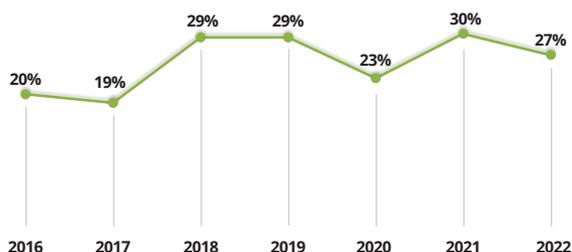


Figura 3 – Evolução do nível de estresse alto e muito alto

Fonte: P&G Brasil

No gráfico apresentado na **Figura 4** é possível observar o impacto do estresse em cada nível. Quanto pior o nível de estresse, maior o absenteísmo e o presenteísmo dos trabalhadores. A soma do ab-

senteísmo e do presenteísmo equivale à perda de produtividade. Quando multiplicamos a porcentagem da perda de produtividade com a média salarial anual, é possível estimar o custo do problema. Trabalhadores com estresse alto a muito alto chegam a custar quase 3 vezes mais que os trabalhadores em nível baixo de estresse. Obviamente que esse é um custo mínimo, já que pessoas com estresse alto devem estar utilizando o plano de saúde e devem estar utilizando medicamentos, gerando outros custos, como o aumento do sinistro da saúde suplementar e o aumento dos custos dos programas de benefício medicamento (PBM). Os dados dos custos de perda de produtividade relacionados ao estresse são transparentes e amplamente divulgados entre a liderança e os representantes dos trabalhadores da empresa, para mostrar que a responsabilidade pela melhoria desse indicador é responsabilidade de todos.

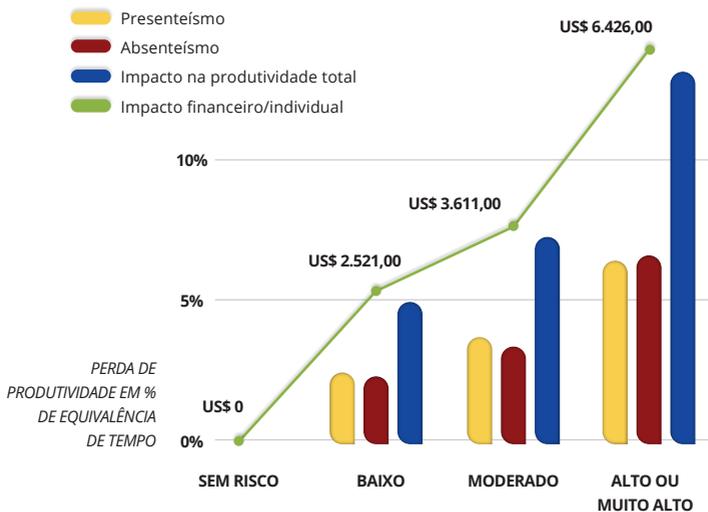


Figura 4 – Impacto do estresse na produtividade (2021)

Fonte: P&G Global Medical

Com relação à depressão, a **Figura 5** mostra que a pandemia impactou no aumento da porcentagem de trabalhadores com esse transtorno mental, com um pico de 37% do total deles com algum nível de depressão em 2020. As intervenções do Departamento Médico acessando os trabalhadores em depressão e direcionando para os profissionais adequados (psicólogos e psiquiatras), com seguimento da equipe de enfermagem, foi efetiva em reduzir os níveis de depressão da empresa.

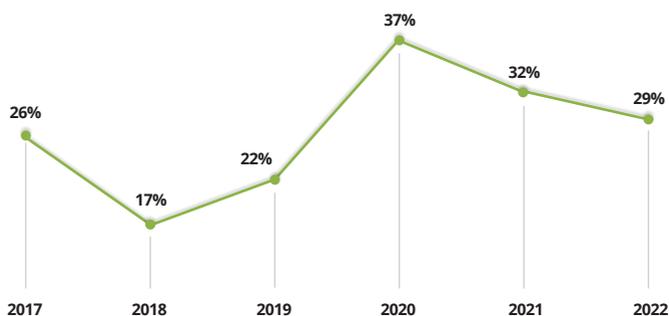


Figura 5 – Evolução do nível de depressão

Fonte: P&G Brasil

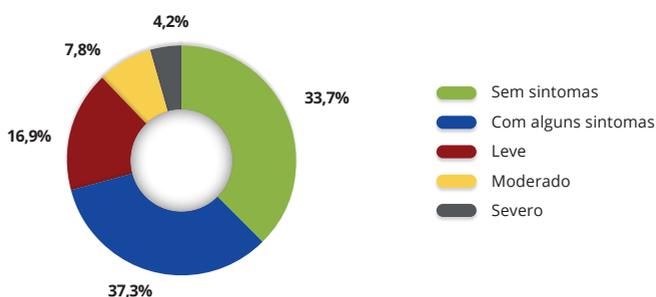


Figura 6 – Taxa de depressão (2022)

Fonte: P&G Brasil

Ao considerar a depressão em 2022 (**Figura 6**) nessa população, há dois fatores a levar em consideração:

INTERVENÇÃO NO NÍVEL DE DEPRESSÃO LEVE

Embora seja claro que os indivíduos que apresentam sintomas em níveis moderados a graves requerem avaliação clínica e tratamento adequado, aqueles no nível de depressão leve geralmente representam a maior exposição por causa de seus números muito maiores. Embora esses indivíduos possam não precisar de intervenção clínica neste momento, eles podem se beneficiar do encaminhamento para profissionais do PAE, que podem ajudá-los a lidar com os sintomas que estão enfrentando.

CONSIDERAÇÕES DE IDADE E SEXO

Na maioria das populações, a prevalência e a gravidade da depressão são maiores para os trabalhadores mais jovens, bem como para as mulheres. Organizações com populações significativas de jovens funcionárias devem considerar uma estratégia proativa de triagem de depressão e encaminhamentos para recursos que possam abordar não apenas a depressão, mas também as limitações vivenciadas no trabalho.

Na **Figura 7** é possível observar o impacto da depressão em cada nível. Quanto pior o nível de depressão, maior o absenteísmo e o presenteísmo dos trabalhadores e, portanto, maior é a perda de produtividade. Quando multiplicamos a porcentagem da perda de produtividade com a média salarial anual, é possível estimar o custo do problema. Trabalhadores com depressão severa chegam a custar mais que o dobro em relação aos trabalhadores com alguns

sintomas depressivos. Novamente esse é um custo mínimo, já que pessoas com depressão severa devem estar utilizando o plano de saúde e medicamentos, gerando outros custos, como o aumento do sinistro da saúde suplementar e o aumento dos custos dos programas de benefício medicamento (PBM).

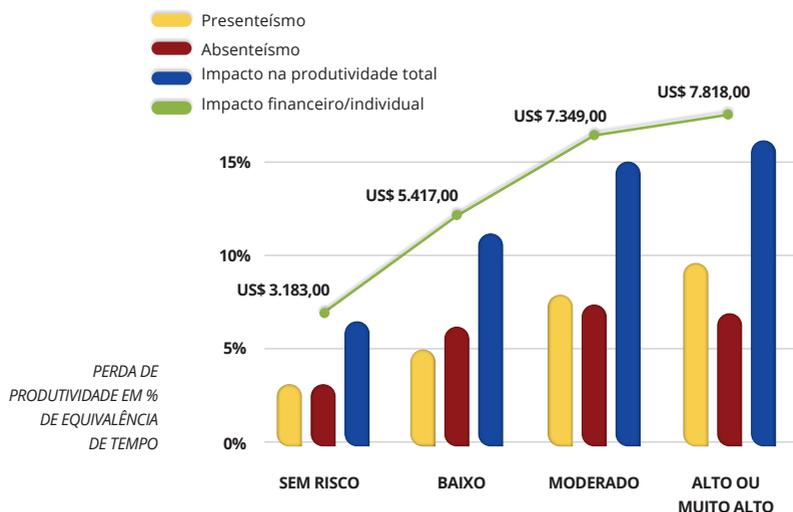


Figura 7 – Impacto da depressão na produtividade (2021)

Fonte: P&G Global Medical

Na evolução do PBM durante os anos, foi observado um aumento no consumo de medicamentos psiquiátricos de 41% entre 2020 e 2021, sendo que o *top 5* de classes terapêuticas foram: antidepressivos, ansiolíticos, psicoestimulantes e psicóticos.

O sinistro com procedimentos de saúde mental (psicoterapia, consultas psiquiátricas etc.) estão aumentando ano após ano. Difícil concluir se isso é um bom ou mau sinal. Com o esclarecimento da população de trabalhadores sobre a importância do cuidado com a

saúde mental e a quebra do tabu / preconceito acerca da psicoterapia, verifica-se um aumento da procura por essa terapia. Se por um lado representa aumento de custo, pode ser um indicador positivo na redução de afastamentos de longo prazo (previdenciários). Atualmente, a porcentagem de afastamentos previdenciários na empresa relacionados aos transtornos mentais representa 0,08% do total da população de trabalhadores, podendo ser considerado uma vantagem competitiva. Com relação ao Fator Acidentário Previdenciário (FAP), 3 dos 4 sites apresentam o índice abaixo de 1,0, sendo que 2 unidades estão com o melhor índice possível (0,5), o que equivaleu em 2021 uma economia de 9 milhões de reais que puderam ser direcionados para outros negócios da empresa.



Figura 8 – Evolução do sinistro em saúde mental

Fonte: P&G Brasil

De acordo com os resultados da pesquisa de clima da P&G Brasil, realizada pelo time de recursos humanos em 2021, os trabalhadores da empresa que participam dos eventos de *Vibrant Living* tiveram os melhores resultados. Os funcionários que usaram o PAE, comunidades de meditação e os outros programas de *Vibrant Living* apresentaram resultados excelentes em relação àqueles que não usaram nenhum dos programas de saúde.

AS AÇÕES RECOMENDADAS FORAM:

- Incentivar a utilização do programa PAE pelos trabalhadores, para consultas e para obter ideias sobre como abordar tendências individuais e organizacionais nos locais de trabalho.
- Trabalhar com o PAE e psicólogos da rede de saúde suplementar para ajudar na promoção de recursos específicos do programa que ajudarão a abordar as principais preocupações, ou seja, apoio parental, relacionamentos, cuidados com idosos etc.
- Direcionar os trabalhadores para os recursos da intranet sobre estresse e resiliência.
- Recomendar que os trabalhadores aprendam técnicas para aumentar a resiliência individual, incentivando-os a utilizar o *biofeedback* e as práticas das comunidades de meditação. Outras oportunidades são relacionamentos pessoais e apoio social, inteligência emocional em momentos de estresse, estado de calma com poucas emoções e humores negativos, exercícios regulares e bons hábitos de sono.
- Fornecer oportunidades de condicionamento físico (como uma trilha de caminhada ou outras atividades) e incentivar o uso durante o dia (o exercício é um redutor de estresse).
- Criar círculos de afinidades para nutrir interesses, *hobbies* e conexões sociais.
- Aproveitar o material com curadoria sobre *Mindfulness* na plataforma de treinamento.
- Oferecer aulas de gerenciamento de estresse e educação do estresse no local de trabalho.
- Incentivar os trabalhadores a gozar férias em vez de vender dias de férias.
- Liderança constantemente capacitada sobre a importância da saúde mental e apoiando os trabalhadores.
- Inovar e simplificar processos.
- Incentivar o uso da telemedicina.

REFERÊNCIAS

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, 2007.

KARASEK R.; THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.

M S. Stress and Satisfaction. *OHS Canada*, [s. l.], v. 15, p. 10, 1999.

SIEGRIST, J.; STARKE, D.; CHANDOLA, T.; GODIN, I.; MARMOT, M.; NIEDHAMMER, I. *et al*. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine*, [s. l.], v. 58, n. 8, p. 1483-99, 2004. Epub 2004/02/05. 10.1016/s0277-9536(03)00351-4.

UM OLHAR INTEGRAL PARA O COLABORADOR

CESAR IZIQUE

*Gerente Executivo Gestão Saúde e Bem-Estar – Cirurgião Dentista
com MBA Gestão em Saúde pela FGV*

COAUTORAS:

ANA OLIVEIRA

Analista de Recursos Humanos

NEUZA EURI

Analista de Benefícios

NATÁLIA SILVEIRA

Analista de Desenvolvimento Organizacional

Com mais de 50 anos de existência, hoje a Dasa é a maior rede de saúde integrada do Brasil. Formada pela maior rede de diagnósticos da América Latina, um grupo hospitalar robusto, uma empresa de gestão de cuidados e um *hub* de soluções para o mercado corporativo.

A Dasa é dona de 59 marcas, entre medicina diagnóstica e hospitais, de laboratórios, como o Delboni Auriemo, Alta Excelência Diagnóstica e Salomão e Zoppi, e de 15 hospitais referência, como o 9 de Julho, em São Paulo. Nossa rede de atuação engloba várias regiões do Brasil, como São Paulo, Rio de Janeiro, Centro-Oeste, Nordeste, Sul, Minas Gerais, além da expansão para o mercado internacional, como Argentina e Uruguai. Somos mais de 45 mil colaboradores, com a faixa etária média de 34 anos e 80% composto por mulheres.

A Dasa tem como propósito “Ser a saúde que as pessoas desejam e que o mundo precisa”, e o cuidado com as pessoas é a nossa razão de existir. Queremos oferecer um cuidado integral e cada vez mais preditivo, auxiliando as pessoas a terem mais saúde e qualidade de vida.

Em 2018 lançamos o nosso Programa Dasa Cuida, um conjunto de ações voltadas ao bem-estar dos colaboradores e suas famílias pautadas em 5 pilares: Espiritual, Físico, Intelectual, Relacional e Emocional. Para que um Programa Corporativo de Bem-Estar funcione e estimule a participação dos Colaboradores, é de extrema importância ouvirmos os próprios colaboradores, o comprometimento organizacional e o engajamento da liderança.

Desta forma, realizamos pesquisas regulares, como a Pulse, onde os colaboradores podem trazer suas percepções sobre os programas, suas condições de trabalho, relação com as lideranças, qualidade de vida, entre outros temas.

A partir dessas pesquisas desenhamos planos de ações para atender as solicitações e propostas de melhorias trazidas por eles. Além do grupo de Influenciadores Dasa, que são colaboradores que representam as equipes de diferentes áreas e regiões para tratar de diversos temas.

Nossos líderes são estimulados não só a promover nossos programas para seus liderados, mas também participarem das ações com o objetivo de estimular e conscientizar suas equipes sobre a importância do autocuidado, através do exemplo. Em contrapartida, também demonstramos para as lideranças o quanto é importante buscar um equilíbrio entre a saúde física, mental e o trabalho, e o quanto os líderes precisam estar fortalecidos para conduzir suas equipes nas atividades e conflitos do dia a dia. Com isso, buscamos uma liderança cada vez mais engajada e colaboradores motivados.

Nosso CEO, Pedro Bueno, reconhece o papel do Dasa Cuida na melhoria contínua da experiência dos nossos colaboradores, o quanto um ambiente de trabalho saudável contribui no alcance dos objetivos estratégicos da companhia e reflete em nossas responsabilidades como marca empregadora.

Como exemplo, na Conecte Dasa, reuniões trimestrais, transmitidas ao vivo para toda a empresa, o tema bem-estar é sempre abordado e reforçado, não só na fala do próprio Pedro Bueno, como também dos representantes da diretoria de Pessoas e Cultura que participam da agenda, com o objetivo de demonstrar aos colaboradores que nossa empresa está investindo e desenvolvendo ações para se tornar cada vez mais uma empresa que se preocupa em oferecer um ambiente saudável e mais qualidade de vida.

O PROGRAMA

O Dasa Cuida possui uma equipe na área da Gestão de Saúde e Bem-Estar, que fica responsável por estruturar, implantar e acompanhar todas as iniciativas, benefícios e programas de saúde. Temos orçamento destinado a manutenção, melhoria e implantação dos programas e iniciativas de *Well Being*.

No Dasa Cuida, cuidamos de quem cuida. Nosso programa conta com mais de 20 iniciativas, que de forma coordenada oferecem aos nossos colaboradores e seus dependentes uma rede de cuidado com programas de saúde, bem-estar, benefícios, ações de conscientização, estímulo ao voluntariado, desenvolvimento e acolhimento. Entre as ações de bem-estar disponibilizadas aos colaboradores podemos destacar:

PROGRAMA DE SAÚDE EMOCIONAL

Um Programa para quem busca cuidar diariamente da sua saúde emocional e bem-estar. Com o serviço de telepsicologia, os colaboradores Dasa e seus dependentes encontram atendimento psicológico recorrente, de forma *on-line*, gratuita e confidencial, com total segurança. Desde o lançamento em 2019 até agosto de 2022, foram realizadas mais de 48 mil sessões de terapia.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Atendimento psicológico e psiquiátrico de alta qualidade e atuação multiprofissional diferenciada, através de acompanhamento efetivo e personalizado "*phygital*" (presencial e telemedicina) a usuários

com condições leves, moderadas e graves. Objetiva a melhoria do *status* de saúde, evitar internações e reinternações psiquiátricas e manejo de crises em saúde mental. Mais de 4.600 consultas realizadas pela equipe multidisciplinar desde o lançamento do programa em agosto de 2021, gerando uma potencial redução de custos médicos com internações de aproximadamente Um milhão de reais.

PROGRAMA STOP DE APOIO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E ASSÉDIO

Acolhimento confidencial, psicoterápico individual e/ou em grupo para reforço da autoestima e capacidade de reverter os quadros de violência doméstica e assédio.

PROGRAMA GESTAR

Programa que acompanha a saúde das mães e dos bebês durante a gestação e apoia nos primeiros meses de vida do recém-nascido. Prestamos o atendimento nas Clínicas Próprias da Dasa, com Ginecologista Obstetra, Pediatra, Médico e Enfermeiro de Família e também oferecemos o Curso de Gestante *On-line*. Desde o lançamento em novembro de 2021, já são mais de 700 inscrições no Programa.

PROGRAMA MAIS LEVE (CLÍNICO E CIRÚRGICO) PARA PACIENTES OBESOS

Programa de tratamento da obesidade com ênfase em hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, consciência corporal e busca pela saúde emocional, através de uma abordagem multi-dimensional e a atuação integrada e coordenada de uma equipe

interdisciplinar. Desde o lançamento, em abril de 2021, foram mais de 1.400 Kg eliminados pelos participantes.

NAV

Nossa plataforma de telemedicina para consultas de pronto atendimento e especialidades médicas. Nosso PA digital apresenta uma eficiência de 97% de resolutividade em primeiro nível de atendimento e apenas 3% encaminhados para Pronto-Socorro, trazendo um custo evitado para o Plano de Saúde de aproximadamente Doze milhões de reais.

CLÍNICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nossas clínicas oferecem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar e podem ser utilizadas em casos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, onde os pacientes possuem uma equipe (para chamar de sua) e ser a referência do cuidado, acompanhando toda a jornada de saúde de forma presencial. São prestados atendimentos com Médicos de Família, Clínico Geral e realizados procedimentos de baixa complexidade.

PLATAFORMA DE *MINDFULNESS* E MEDITAÇÃO

Disponibilizamos para os colaboradores e dependentes uma plataforma digital de meditação, *mindfulness* e bem-estar, para que os mesmos possam relaxar e, conseqüentemente, diminuam o estresse e ansiedade. Além de ensinamentos e práticas de meditação, o serviço oferece músicas para relaxamento, mensagens diárias de inspiração, ferramentas para ajudar na qualidade do sono e muito mais.

Em um ano, desde a implantação, são aproximadamente 2.350 colaboradores ativos na plataforma com mais de 42.000 sessões realizadas.

GRUPO DE SUPORTE A PAIS E REDE DE APOIO – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Programa de acolhimento emocional e Psicoeducativo para pais e rede de apoio de pessoas com transtorno do espectro autista. Nosso objetivo é de acolhimento ao familiar e sermos uma referência de apoio nas ansiedades, angústias e dúvidas. As conversas em grupo favorecem o espaço para o compartilhamento de vivências, experiências e o estabelecimento de laços.

ESPAÇO DASA CUIDA

O Espaço Dasa Cuida é um local em nossa nova sede localizada em São Paulo, onde criamos um espaço modelo integrando a medicina ocupacional, clínica de atenção primária e o espaço de bem-estar com sala de *quick massage* e aleitamento materno. São 4 consultórios médicos, 1 sala de triagem, 1 sala de enfermagem, onde, além dos exames ocupacionais (admissional, periódico e demissional), prestamos o atendimento assistencial aos colaboradores e algumas especialidades médicas, como Médico de Família, Endocrinologista e Ginecologista.

CANAL DASA CUIDA

Disponibilizamos este canal para todos os colaboradores e dependentes, oferecendo assistência jurídica, social, financeira e nutricional. Além disso, fornecemos agendamentos de consultas e exames no Nav Especialidades e nas nossas Clínicas de Atenção Primária.

AÇÕES VOLUNTÁRIAS

Realizamos campanhas que promovam a contribuição dos colaboradores com a comunidade de forma voluntária, como é o caso da campanha anual de doação de sangue, que estimula os colaboradores a realizarem doações voluntárias de sangue ou hemocomponentes aos hemocentros ou bancos de sangue da sua região.

Criamos também o Doadores de Vida – Dasa Cuida, um grupo de doadores de sangue que pode auxiliar diretamente um outro colaborador ou familiar que necessite de uma transfusão, gerando assim um elo de solidariedade. Nossa área de ESG também desenvolve projetos de apoio à comunidade e ao meio ambiente.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Algumas questões de saúde, segurança e necessidades fundamentais no ambiente de trabalho foram identificadas, tanto no ambiente físico e psicossocial dos colaboradores, bem como estado da saúde pessoal e o impacto da organização na comunidade. Seguem alguns exemplos:

- **Ambiente de trabalho físico** – Promovemos ações de gamificação durante as campanhas de Outubro Rosa e Novembro Azul, com o objetivo de aumentar o engajamento dos colaboradores na adesão à plataforma de atividade física e também na de meditação.
- **Ambiente de trabalho psicossocial** – De acordo com os *feedbacks* trazidos através das pesquisas de clima, elaboramos planos de ação com o objetivo de evitar a sobrecarga de trabalho, como a implantação das Regras de Ouro.

- **Recursos e estado da saúde pessoal** – Durante o estado de pandemia da Covid-19, nossos colaboradores com filhos até 10 anos receberam auxílio financeiro adicionado à sua remuneração. Também foram disponibilizados recursos de mobilidade, como auxílio combustível e carros de aplicativos para deslocamento. Considerando nossa atuação direta na linha de frente do combate à Covid-19, promovemos o afastamento dos colaboradores que pertenciam ao grupo de risco sem prejuízo salarial e manutenção do acesso aos programas de saúde e bem-estar da companhia.
- **Impacto mais amplo da organização na comunidade** – Durante a pandemia os estoques dos bancos de sangue apresentaram queda de até 50%. Nesse mesmo período estimulamos nossos colaboradores a realizarem doações voluntárias nos hemocentros regionais. Esse ano, algumas cidades brasileiras foram impactadas por fortes chuvas, que causaram desmoronamentos, mortes e perdas materiais para diversas pessoas. Diante desse cenário, nos mobilizamos para o levantamento de doativos para as comunidades atingidas.

Outro ponto importante a ser citado se refere ao nosso Planejamento Estratégico de 2022, onde um dos principais objetivos será medir a experiência dos nossos colaboradores na utilização do Programa Dasa Cuida. O plano estratégico é abrangente, com ações específicas desenvolvidas em comum acordo com o comitê de ambiente de trabalho saudável (ou equipe) e especialistas externos. Realizamos um *Design Sprint* com apoio de uma consultoria especializada e foi montado um plano estratégico para o Dasa Cuida, que conta com o desenvolvimento de ações de comunicação, engajamento e envolvimento das lideranças. As mensurações são feitas através dos indicadores de engajamento, pesquisas de clima

e evolução e acompanhamento do atingimento das metas e KPIs das diretorias envolvidas.

OS PONTOS AVALIADOS E ALGUNS RESULTADOS

- **Participação no programa** – Observamos um crescente no engajamento em todos os programas oferecidos pelo Dasa Cuida. Em 2022, destacamos um aumento de 170% no número de participantes do Programa Gestar (Gestantes), 103% no Programa Mais Leve (tratamento obesidade) e 265% no Programa Saúde Mental.
- **Implementação de políticas relevantes** – Implantação das regras de ouro (*Worklife balance*), que fazem parte das nossas práticas de promoção, para um ambiente de trabalho mais saudável tanto para gestores como equipes, onde incentivamos intervalos nas agendas, um ambiente de trabalho leve e com comunicação aberta, respeito ao horário de trabalho, agendamento de reuniões a partir das 9h. Outras políticas implantadas são as de sustentabilidade, diversidade, equidade e inclusão.
- **Cultura/clima do ambiente de trabalho** – Conquistamos o selo GPTW em 2020 e 2021. Nosso *score* de Clima na pesquisa Pulso Dasa, atualmente está em 7.8 (0 a 10).
- **Satisfação com os programas** – O NPS dos programas monitorados mensalmente permanece na faixa entre 80 e 90%. Em pesquisa realizada com os colaboradores, 67% consideram o Dasa Cuida um programa Excelente e 32% classificaram o programa como Bom.
- **Estado de saúde e bem-estar dos colaboradores** – Através das pesquisas Pulso Dasa, atualmente nosso *score* de bem-estar em 2022 está na média 7.7 (0 a 10). Através dos programas conseguimos mapear dados de saúde importantes sobre os colaboradores. Através do Programa Mais Leve, por exemplo, identificamos as doenças associadas a obesidade, e vimos que 21% dos colaboradores que estão ativos no programa possuem hipertensão arterial sistêmica e 16% possuem ansiedade.
- **Estatísticas de licenças médicas** – Considerando o cenário 2022, após 3 meses consecutivos de queda, o absenteísmo de abr./22 sofreu leve alta em relação a mar./22 (+0,4p.p.) e fechou em 3,3% o mês. Este número é importante, pois mesmo em cenário de pandemia que ainda vivenciamos, temos atingido nosso indicador pré-pandemia que girava em torno de 3,2%, e desta forma conseguindo manter controlados os índices de afastamento.
- **Aprendizado e crescimento dos colaboradores para o desenvolvimento de sucesso em longo prazo** – Nosso *score*, na pesquisa Pulso Dasa, para Desenvolvimento profissional, está em 7.9 (0 a 10) e carreira 7.3 (0 a 10).
- **Diversidade, equidade e inclusão** – Aumento de 7,1% no número de lideranças executivas femininas em 1 ano. Na pesquisa Pulso Dasa, nosso *score* para Embaixadorismo e Diversidade está 8.5 (0 a 10).

EPÍLOGO

Está claro que nas culturas organizacionais modernas, promover a saúde e bem-estar no trabalho aumenta a felicidade, engajamento, produtividade, reduz o absenteísmo, aumenta a retenção e atração, dentre outros indicadores.

Nos últimos anos, conceitos como *employer branding* e *employer experience* ganharam força justamente por boa parte dos colaboradores estarem insatisfeitos com a experiência nas companhias, o que reflete não apenas na imagem externa, mas, principalmente, nos processos e serviços prestados.

“A ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS É A PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE E BEM-ESTAR CORPORATIVO”

A Área de Gestão de Pessoas é a principal responsável pela estratégia de saúde e bem-estar corporativo, e é primordial que haja uma aproximação forte com a liderança da empresa, para garantir maior engajamento dos colaboradores no Programa.

Tornar o trabalho mais significativo e menos estressante é uma forma de criar um ambiente corporativo confortável, no qual os colaboradores terão sucesso. Nesse sentido, muitas empresas têm buscado se diferenciar com benefícios exclusivos e que levam em consideração as necessidades e desejos dos colaboradores. O obje-

tivo é oferecer experiências positivas com reconhecimento e valorização de cada pessoa que faz parte da equipe.

Um dos nossos valores de Cultura é a Paixão pelas Pessoas, pois acolhemos a vida, a saúde e as relações de forma integral e apaixonada. Estamos sempre prontos e por perto para encantarmos e provermos experiências completas de cuidado, humanas e transformadoras, para os nossos colaboradores e familiares. Nosso propósito: “Ser a saúde que as pessoas desejam e que o mundo precisa”.

VACINAÇÃO

CONTRA INFLUENZA NA COPEL

MARCIA VALERIA AZEVEDO DE ANDRADE

Enfermeira do Trabalho Sênior

DANIELLA MOURA ARNALDI BASSI

Enfermeira do Trabalho Pleno

BENEFÍCIOS DOS PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO DOS COLABORADORES NAS EMPRESAS

Os programas de imunização nas empresas têm sido adotados há alguns anos, com êxito, em complemento ao Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde. Algumas vezes, são feitas campanhas relacionadas a doenças sazonais, como a influenza. Em outras ocasiões, em parceria com as autoridades locais de saúde, se complementa o calendário vacinal do colaborador, com vacinas contra a hepatite B ou tétano, por exemplo. O capítulo traz um case prático de programa de imunização aplicado no ambiente de trabalho e o seu impacto.

A Copel – Companhia Paranaense de Energia, maior empresa do Estado, foi criada em 26 de outubro de 1954, com controle acionário do Estado do Paraná, abriu seu capital ao mercado de ações em abril de 1994 (B3) e tornou-se, em julho de 1997, a primeira do setor elétrico brasileiro listada na Bolsa de Valores de Nova Iorque. A companhia atende diretamente a 4,9 milhões de unidades consumidoras em 394 municípios do Paraná e de Santa Catarina, totalizando 1.113 localidades (distritos, vilas e povoados). Nesse universo incluem-se 3,6 milhões de lares, 78 mil indústrias, 384 mil estabelecimentos comerciais e 356 mil propriedades rurais. O quadro de pessoal é integrado por 5.950 empregados.

O desenvolvimento das vacinas proporcionou transformações importantes na história da saúde e mudou o padrão de doenças infectocontagiosas que afetam a humanidade. A vacinação é uma estratégia efetiva de saúde pública e individual.

A gripe, uma doença multifatorial, é a mais prevalente das doenças respiratórias agudas e apresenta o maior risco de agravamento na população idosa. No ambiente corporativo a gripe também é motivo de preocupação por estar relacionada a causas de absenteísmo elevado no outono e inverno, redução de produtividade, aumento de despesas com o tratamento. Por esse motivo, as empresas têm dedicado esforços em campanhas internas de vacinação, principalmente para beneficiar o público formado por trabalhadores que não têm acesso à vacina disponibilizada pela rede de saúde pública.

Com relação à gripe, a vacinação é eficiente tanto como forma de prevenção como para minimizar complicações causadas pela doença. No ambiente corporativo essa importância ganha uma outra dimensão, pois o adoecimento dos trabalhadores reflete-se no desempenho laboral, no absenteísmo e no presenteísmo. O serviço de medicina do trabalho possui papel importante na elaboração e operacionalização do programa de vacinação ocupacional. Além de promover o bem-estar ao funcionário, esses programas ajudam a reduzir o risco de adoecimento, afastamento do trabalho e, como consequência, do surgimento de despesas extras, decorrentes dos cuidados médicos causados por doenças preveníveis. Mas essa premissa nem sempre foi clara nos ambientes corporativos. Foi percorrido um longo caminho até que a vacinação in company fosse incorporada às práticas de saúde e qualidade de vida.

Por mais que o Brasil possua um programa nacional de imunização consistente e consolidado, modelo para muitos países, a desconfiança da população em relação à vacinação, o medo de efeitos adversos, em especial quando se fala da vacina contra a gripe, e o crescimento do movimento antivacina, são obstácu-

los nas campanhas de vacinação, no cumprimento das metas de vacinados e, conseqüentemente, na proteção coletiva contra as doenças infectocontagiosas.

A HISTÓRIA DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO DA COPEL

O programa de vacinação da Copel foi criado em 2005, com o objetivo de intermediar com clínicas e laboratórios a aplicação da vacina contra gripe a menor preço, e organizar a aplicação nas áreas da empresa, para empregados e familiares. Nesse período a Copel não subsidiava as vacinas, mas garantia que a clínica fornecedora tivesse todos os registros necessários, praticasse preço justo e atendesse de forma isonômica os empregados em todo o Paraná. Esse modelo de vacinação ocorreu até 2009.

Em 2010, com o advento da pandemia da Gripe A, a Copel passou a subsidiar integralmente a vacina contra influenza. Naquele momento optou-se por vacinar empregados que não faziam parte dos grupos prioritários atendidos pelo Ministério da Saúde. Foi o primeiro grande desafio, pois em um período de tempo curto, durante uma pandemia, foi necessário contratar uma clínica para realizar a vacinação no estado e várias outras empresas também à procura do serviço. Nesse ano foi iniciada a parceria com a Fundação Copel, operadora do plano de saúde da Copel, que atende a empresa também com a rede conveniada em outros programas de saúde. Por se tratar de uma pandemia, nesse período foi realizado um esforço emergencial no levantamento do público-alvo da vacinação para o dimensiona-

mento do número de doses necessárias. Nesse ano foram vacinadas 2.312 pessoas, o que representa 48,12% do público-alvo.

Regional	Previsto	Realizado	Percentual
Cascavel	811	488	60,17
Curitiba (reg. metropolitana)	2256	1118	49,56
Londrina	624	269	43,11
Maringá	591	253	42,81
Ponta Grossa	523	184	35,18
Total	4805	2312	48,12

Tabela 1 – Relatório de Vacinação de 2010

A partir de 2010 a vacinação contra influenza na Copel foi ampliada para a esfera corporativa, sendo disponibilizada anualmente, em parceria com a Fundação Copel, a todos os empregados que manifestam interesse. As ações de imunização do programa são realizadas em 29 polos diferentes, sendo 8 em Curitiba e Região Metropolitana e as demais no interior do estado. Nas cidades fora do estado em que a empresa possui empregados, é oferecida a vacina por reembolso mediante apresentação da nota fiscal.

Em 2018, a empresa enfrentou um problema inesperado, que exigiu a reprogramação do cronograma: a greve dos caminhoneiros, iniciada poucos dias após o início da campanha. Em 2018, 48% dos empregados (4.244) solicitaram a vacina, e 92% das doses solicitadas foram aplicadas. Em 2019 foram vacinados 51% do quadro de empregados.

Nos anos de 2020 e 2021, com a pandemia da Covid-19, outras dificuldades dificultaram a realização da campanha. Como muitos empregados estavam trabalhando na modalidade *home office*, havia

a preocupação com a manutenção dos cuidados, a fim de evitar o contágio durante a vacinação, além do receio dos próprios empregados à exposição ao vírus, o que tornou a logística ainda mais desafiadora. Nesses anos, a dificuldade estimulou a equipe de Saúde Ocupacional a se reinventar. Para os maiores polos foi adotada a modalidade de vacinação *drive-thru* e foram vacinados 54,75% e 46,41% do quadro, respectivamente.

Em 2022, com o retorno das atividades presenciais e a adoção do modelo híbrido de trabalho pela empresa, a vacinação deixou de ser realizada por *drive-thru*, mas o cuidado com a pandemia ainda era necessário. Por isso, foi criado um aplicativo para agendamento do horário de vacina, com vagas limitadas por horário, reduzindo assim tempo na fila e evitando aglomerações, atingindo 57,68% do quadro de empregados, totalizando 3.432 vacinados.



Figura 1 – Aplicativo de agendamento da vacina

A **Tabela 2** mostra uma síntese do engajamento no programa nos últimos anos:

	2020	2021	2022
IMUNIZADOS	3860	3069	3432
% DO QUADRO	54,75%	46,41%	57,68%
% DE IMUNIZADOS DENTRO DO GRUPO (POR GÊNERO)			
FEM.	60,3%	52,2%	65,22%
MASC.	53,2%	44,7%	55,11%
% DE IMUNIZADOS DENTRO DO GRUPO (FAIXA ETÁRIA)			
de 18 a 29 anos	48,4%	37,50%	47,06%
de 30 a 39 anos	57,5%	46,47%	56,06%
de 40 a 49 anos	54,8%	48,82%	58,24%
de 50 a 59 anos	54,6%	46,24%	56,75%
Acima de 60 anos	23,2%	25,41%	58,02%

Tabela 2 – Síntese do engajamento no programa (2020 a 2022)

Destaca-se que o cuidado e promoção da saúde dentro da Copel estão alinhados à estratégia organizacional, sendo a saúde e a qualidade de vida contempladas no objetivo estratégico: “Sedimentar a cultura de segurança, de saúde e de qualidade de vida”. Importante destacar que, além de números de realização, a Copel realiza anualmente a previsão orçamentária para o programa, correspondendo a 5% do contrato assistencial e de saúde ocupacional. Com um percentual de realização do orçamento previsto para 2020, 2021 e 2022 de 66%, 74% e 75%, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses anos em que a Copel realiza a vacinação, muitos são os desafios encontrados, em especial no que se refere à capilaridade da empresa e cobertura vacinal.

O MODELO

O modelo adotado pela empresa até 2022 consiste em:

- Ampla divulgação dos benefícios da imunização por meio de *endomarketing* aos empregados.
- Abertura para registro da intenção de participar da campanha de vacinação. Indicando dentre os locais disponíveis para o gesto vacinal mais próximo do seu local de trabalho, essa fase de manifestação de intenção fica disponível por aproximadamente um mês.
- Com a compilação dos dados dos interessados é realizada a aquisição das doses e contratação da clínica para o gesto vacinal, com a intermediação da Fundação Copel.
- A logística, rota e cronograma de aplicação são embasados na quantidade de empregados e polos sinalizados como preferência para aplicação. Após a fase de contratação e definição do calendário vacinal, é realizada a divulgação aos empregados.
- O início da vacinação ocorre concomitantemente à abertura oficial de vacinação pelo Ministério da Saúde.
- Após o encerramento do gesto vacinal, realiza-se a pesquisa de satisfação com o programa.
- O encerramento do ciclo ocorre com a avaliação da prática pelos responsáveis pelo programa, levando em consideração aspectos como números de adesões, doses aplicadas, avaliação de satisfação, sugestões de melhorias, gaps identificados durante o ciclo e tendências de mercado.

Mesmo realizando vacinação *in company* e oferecendo a vacina quadrivalente, diferente da vacina oferecida pelo SUS, que é a trivalente, a cobertura vacinal do quadro não atinge a meta de 80%, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Outra dificuldade encontrada é o sistema para a informatização e obtenção e registro de dados da vacinação.

Além da vacinação da gripe, que é uma ação sazonal, o programa de vacinação ocupacional deve prever ações e monitoramento das demais vacinas do adulto, como a vacina de difteria e tétano, hepa-

tite B, tríplice viral, febre amarela e, recentemente, a vacina contra o coronavírus. Em especial, em áreas com doenças endêmicas, como o caso da febre amarela.

Diante da pandemia do novo coronavírus e do surgimento da vacina para combater a doença, a Copel realizou campanhas intensas de incentivo à vacinação e monitoramento dos vacinados, alcançando um percentual de 98% do quadro de empregados imunizados contra o coronavírus.

O programa de vacinação, além de promover a saúde e diminuir o risco de adoecimentos dos trabalhadores, promove o bem-estar e qualidade de vida aos empregados, que se sentem acolhidos pela empresa, pertencentes a ela e sentem que sua saúde importa. Com o objetivo de melhorar o programa, foi realizada, após a campanha de vacinação 2022, uma pesquisa onde o grau de satisfação dos participantes foi de 4.81 de 5 pontos, o que demonstra alto índice de satisfação com a ação. Dentre os pontos de melhoria com maior prevalência, destaca-se o desejo dos empregados de inclusão dos familiares na campanha. Dentre os pontos positivos, destaca-se a realização precoce da campanha, que ocorreu nas duas primeiras semanas de abril e o agendamento da vacinação via aplicativo, para evitar aglomerações.

“Apenas agradecer e parabenizar. O período de pesquisa de interesse e o início da vacinação foram bem planejados. A execução, com marcação prévia de horário, também resultou em bom atendimento, sem filas enormes e aglomeração.”

R. A. A.

“A campanha em si é ótima, mas é desagradável chegar em casa e ser o único vacinado!”

O. J. P. J.

“O agendamento de horário pelo aplicativo fez a diferença, evitando fila e aglomeração.”

J. C. N.

“Parabéns por neste ano a vacinação contra a gripe ter sido realizada logo no mês de abril.”

A. C. G. F.

Diante dos desafios, a meta de cobertura vacinal da Copel em 2023 é atingir 60% do quadro funcional. Para isso, a coordenação do programa na Copel realiza estudos em conjunto com a Fundação Copel, além de *benchmarking*, pesquisas com os empregados e liderança, buscando ampliação da imunização, inovações que tragam comodidade e facilidade aos empregados e otimização dos recursos da empresa.

Algumas possibilidades já levantadas para o próximo ciclo estão baseadas em redução de deslocamento para os empregados, por meio de *voucher*, reembolso, criação de rede de aplicação em clínicas credenciadas, e aumento do período de disponibilidade.

A vacina é uma grande aliada dos serviços de medicina ocupacional, pois ajuda a proteger os trabalhadores contra agentes infecciosos de doenças evitáveis, promovendo a preservação da saúde e da qualidade de vida do trabalhador e da sociedade.

POSFÁCIO

LUIZ CELSO DIAS LOPES

Presidente do Conselho Diretor do IESS

NOVOS TEMPOS E NOVAS VISÕES SOBRE O CUIDADO COM A SAÚDE

Ratificar o protagonismo da saúde e a necessidade de cuidado e remodelar as relações de trabalho são algumas das consequências assimiladas após vivenciarmos a pandemia da Covid-19 e que passaram a fazer parte do cotidiano. A dor das vidas ceifadas pelo vírus inesperado, o temor de recrudescimento da doença, uma nova ordem social imposta pelo afastamento e isolamento, o respeito e a valorização à ciência – sobretudo a importância das vacinas para a sobrevivência – estabeleceram novas condições de convívio, uma nova dinâmica social, o que também nos con-

duz a repensar, por extensão, sobre como devem ser os processos produtivos e de relacionamento entre empresas e colaboradores. A forma mais explícita dessa mudança, no campo laboral, se dá no expediente remoto ou híbrido (apenas parcialmente realizado nas instalações da empresa).

Há também outro fato novo nesse cenário, que já estava em gestação no passado, mas que, agora, parece se tornar irrefutável: quem é o responsável pela gestão da saúde de cada pessoa? Gestão de saúde e trabalho estão intimamente ligados, veremos ao longo dessa análise. Foi pensando nessa correlação que demos início a esse ambicioso projeto: reunir conceitos e boas práticas para compreender qual é o papel das empresas na promoção da saúde de seus colaboradores. Explicarei mais adiante.

Excluindo-se a possibilidade de cada pessoa pagar do próprio bolso por um serviço de saúde – o que, convenhamos, sempre foi e sempre será para poucos –, a ideia prevalente e mais aceitável, ao longo dos anos, era a de que caberia ao Estado prover serviços de saúde e, individualmente e em caráter optativo, havia a possibilidade de se contratar um plano de saúde. A essência desses conceitos foi estabelecida pela Constituição de 1988. Se considerarmos que tanto a nossa Carta Magna quanto a própria estruturação jurídica e regulatória da saúde suplementar são ainda muito recentes, com menos de 40 anos e pouco mais de 20 anos de existência, respectivamente, é perfeitamente compreensível que todo o racional de gestão de saúde tenha sido pautado na “delegação” do indivíduo a outro para a gestão de sua saúde. Dito de outra forma, prevalecia a ideia na qual ou o Estado, via Sistema Único de Saúde, ou a operadora de plano de saúde, no caso de beneficiários, deveriam “cuidar” do indivíduo. Sempre a partir do pressuposto ao “acesso aos serviços”, às estruturas e aos profissionais de saúde.

Essa lógica perdeu, entretanto, sentido. Para explicar as razões, peço permissão para me apropriar de alguns conceitos preconizados pelo meu amigo Clemente Nobrega, um grande especialista em estratégia empresarial e profundo conhecedor do sistema de saúde, por exercer diversas atividades no setor.

Nobrega costuma enfatizar o momento e a necessidade de transformação do “binômio” da saúde. Antes, a lógica preponderante era a de “diagnosticar e tratar”: a partir dos sintomas patológicos e usando os recursos existentes, identificava-se a doença e partia-se para o tratamento mais eficiente, a terapia mais efetiva, na busca pelo melhor desfecho clínico.

Sem abdicar disso tudo, hoje, essa prática confronta a ideia de sustentabilidade, sobretudo, mas não exclusivamente, econômica. Várias componentes implicam nessa insustentabilidade, mas destacaria duas: as novas tecnologias e a maior longevidade humana. Ambas são as principais causas para a expansão dos custos na saúde.

Não é preciso ser especialista para entender de que forma os dois fenômenos impactam o setor. É de conhecimento geral que novas tecnologias, na saúde, geralmente são agregativas e não substitutivas. Usemos um exemplo simples e até grosseiro tendo em vista sua superficialidade, mas que materializa o conceito: em sistemas de diagnóstico por imagem, o advento da ressonância magnética não substituiu a tomografia que, por sua vez, não representou o fim do raio-x. Cada recurso cumpre necessidades específicas e complementares uns aos outros, ainda que tenham sido desenvolvidas ao longo de 80 anos. São, portanto, tecnologias que podem ser associadas para uma maior precisão de diagnóstico e, para cada uma delas, há um valor adicionado ao sistema – e uma conta a mais de serviço.

O mesmo acontece com medicamentos e materiais hospitalares: cada nova geração tecnológica convive e incrementa as anteriores e dificilmente são substituídas. Enquanto em outros campos as novas tecnologias tendem a reduzir os custos, na saúde, a tendência, ou o padrão, é de aumento de custos a cada inovação.

O outro elemento mencionado a impactar a saúde, e seus custos, está na longevidade do ser humano. Há que se comemorar o fato de as pessoas viverem cada vez mais, resultado de avanços importantes como acesso a medicamentos e vacinas, condições sanitárias e alimentação. Junto com a longevidade recai o questionamento sobre quais são as condições de sobrevivência das pessoas. É senso comum o fato de que, quanto mais idosas, mais as pessoas demandam por serviços de saúde. Então, envelhecer com boa saúde é algo completamente diferente de um envelhecimento com limitações, restrições e saúde comprometida. Logo, se naturalmente o avanço da idade já tende a demandar por mais cuidados de saúde, um envelhecimento debilitado potencializa ainda mais essa demanda. Qualidade de vida é um conceito amplo e por vezes abstrato, mas que resumo bem, nesse caso, a diferença que faz “como” se envelhece.

Voltando a Nobrega, o momento atual da saúde e da sociedade determina a necessidade de transformar o binômio de “diagnosticar e tratar” para “antecipar e prevenir”. Ou seja, explorar os recursos tecnológicos e de conhecimento hoje disponíveis para antecipar potenciais riscos, adotar práticas preventivas e seguir as melhores condutas. Essa sim uma agenda sustentável e inserida no contexto da promoção da saúde, em sua plenitude.

Desafiados por esse novo cenário, voltamos à provocação: quem é o responsável pela gestão da saúde de cada pessoa?

“SE PENSARMOS QUE A SAÚDE É ALGO INERENTE À SOBREVIVÊNCIA DO INDIVÍDUO, NINGUÉM PODE SER MAIS INTERESSADO DO QUE ELE PRÓPRIO NA PRESERVAÇÃO E NO SEU BEM-ESTAR”

No caso da saúde suplementar, trata-se de uma responsabilidade tripartite: beneficiário, empresa que concede o benefício do plano de saúde a seus colaboradores e operadora do plano de saúde. Vamos dedicar alguma atenção a cada um deles.

Se pensarmos que a saúde é algo inerente à sobrevivência do indivíduo, ninguém pode ser mais interessado do que ele próprio na preservação e no seu bem-estar. Esse cuidado designa sua sobrevivência e, quase sempre, será o determinante de um futuro saudável e ativo. Difícil contestar essa lógica, correto?

Mas é fundamental entender que esse indivíduo sofre influência direta do ambiente no qual vive. Há uma infinidade de estudos que demonstram aspectos comportamentais resultantes da influência do ambiente e dos incentivos recebidos. Logo, ainda que pareça uma obviedade, o fato é que situações externas vão muito além do desejo e força de vontade de cada pessoa para cuidar da própria saúde. Abstraímos, evidentemente, questões fisiológicas e hereditárias nessa situação específica para nos ater apenas aos aspectos comportamentais.

A operadora também tem responsabilidade nesse processo de promoção à saúde e apoio ao cuidado do indivíduo. O setor foi concebido a partir de uma lógica de acesso à rede de serviços de saúde –

forçando o racional de “diagnosticar e tratar”. Mas o mundo mudou. O sinal de que esse modelo não é sustentável ficou cada vez mais claro quanto se notou que a escalada de custos se dá em um ritmo difícil de ser acompanhado financeiramente – logo, insustentável. A precificação de cada produto para se chegar a uma contraprestação capaz de equilibrar as contas de consumo deixou de ser algo trivial, face à dificuldade para se acompanhar as mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas dos novos tempos. O princípio do mutualismo, condição elementar do sistema, está sob risco e esse conjunto de coisas acaba por repercutir em reajustes maiores das mensalidades e preços iniciais elevados. Nem vale aprofundar, mas cabe citar, também fatores exógenos, como o excesso de judicialização e o desrespeito aos princípios regulatórios, capazes de comprometer a previsibilidade desse mercado toda vez que uma necessidade individual, não prevista nas regras, se sobrepõe ao coletivo.

Apenas a “essência do negócio”, ou seja, prover acesso à saúde, já implicaria em risco à sustentabilidade do setor. Seja por necessidade e por convicção, cada vez mais as operadoras entendem seu papel em promover a saúde e serem partícipes ativas na gestão de saúde de seus beneficiários. Quanto mais saudáveis os beneficiários, mais sustentável é a carteira da operadora, mais previsível é seu comportamento e mais equilibradas suas contas.

Se, antes, a temática de Atenção Primária à Saúde (APS) era uma agenda de grande resistência dentro da concepção de atuação das operadoras, por questões culturais e pela dificuldade em conseguir dimensionar o retorno dessas práticas, hoje o mecanismo é uma pré-condição para uma operadora existir. Estamos falando de um choque cultural de grandes proporções e um jeito novo de atuar nesse mercado. Hoje, seja qual for o porte da operadora, não há como inte-

grar o sistema de saúde suplementar sem ter clareza sobre a importância de APS e de agir na promoção da saúde. Promoção da saúde é um investimento, não uma despesa, nessa nova perspectiva.

Mas, da mesma forma como acontece com o caso do beneficiário, o raio de ação da operadora também é limitado. Por questões regulatórias, ela pode incentivar e induzir os beneficiários a aderirem aos programas de promoção à saúde, mas não pode penalizar o indivíduo, sob nenhuma circunstância, caso ele negligencie o cuidado com a própria saúde. Melhor pensarmos sempre em uma agenda positiva: a operadora pode e deve incentivar o cuidado e disponibilizar meios para uma decisão mais saudável do beneficiário no gerenciamento da própria saúde.

Existem condições favoráveis para incentivar a promoção da saúde, mas operadoras e beneficiários necessitam de uma “terceira força” para implementar essa agenda de forma completa. Hoje, pouco mais de 80% dos vínculos de planos de saúde advêm de contratos coletivos (empresariais e por adesão), sendo que, sozinhos, os contratos empresariais respondem por cerca de 70% do total dos vínculos no Brasil.

Quase sempre, trata-se de benefícios concedidos pelas empresas a seus colaboradores: um fator inclusive de diferenciação e determinante para uma escolha quando há alternativas de emprego.

Por outro lado, dentro do mesmo sistema, as empresas que concedem o benefício também sentem a escalada dos custos da saúde – há um farto volume de pesquisas indicando que, após a folha de pagamento, o plano de saúde se tornou a maior fonte de despesas de uma organização.

Inicialmente por questões de custos, hoje o assunto “saúde” se tornou agenda de Alta Administração de qualquer pessoa jurídica, não importa o porte, origem, segmento de atuação ou número de colaboradores. Além dos custos ascendentes, está cada vez mais claro aos decisores a compreensão de que um funcionário saudável representa ganhos de produtividade, bem-estar e felicidade. Significa atrair e reter talentos e assegurar a sustentabilidade de um negócio, além de um ambiente melhor de produção.

Retomando o início dessa conversa: no mundo pós-pandemia, no qual as relações de trabalho são ressignificadas, a saúde do colaborador é fator-chave para o presente e futuro de uma empresa, um elemento importante de gerenciamento de custos, um ingrediente relevante de produtividade. Alguém questiona esse raciocínio, dentro de um mundo tão competitivo?

Fica clara a relação de interdependência entre indivíduo, empresa e operadora quando se trata de administração da saúde. Implementar uma agenda de promoção na saúde não é algo propriamente novo, mas está longe de ser fácil e simples. Se concordamos que a empresa precisa se envolver na gestão de saúde de seus colaboradores, e que isso é um fator de sustentabilidade desse sistema, entendemos que o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) pode contribuir, e de fato contribui, para o avanço dessa agenda. Afinal, é na empresa onde se reúnem as condições favoráveis para atuar em conjunto com as operadoras e apoiar os trabalhadores no cuidado com a saúde. O ambiente controlado da empresa é o “universo fechado” para um trabalho efetivo de melhoria contínua da saúde daquela população.

Como o IESS tem o papel de promover o conhecimento sobre a saúde suplementar e fornecer insumos para a tomada de decisão,

decidimos levar adiante esse projeto, como qualifiquei antes, “ambicioso”. Foi possível perceber, nas páginas precedentes, a ampla complexidade desse tema e de meios para que as empresas possam seguir em frente nessa agenda.

Torcemos para que que essa obra, com toda a multiplicidade de visões e com casos práticos, sirva de inspiração e referência para outras iniciativas. Nesses novos tempos de “antecipar e prevenir”, nos dedicamos a olhar para frente, tentar entender para onde o sistema de saúde rumo, especialmente o suplementar, e adotarmos ações preventivas. Afinal, a saúde nas empresas é definitivamente uma ideia sustentável a ser promovida.



SIGA O IESS:      /IESSBR

SAÚDE NAS EMPRESAS:

A PROMOÇÃO
DE UMA IDEIA
SUSTENTÁVEL

IESS
INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

 **LetraCerta**
Inteligência em Comunicação

