

IESS

INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

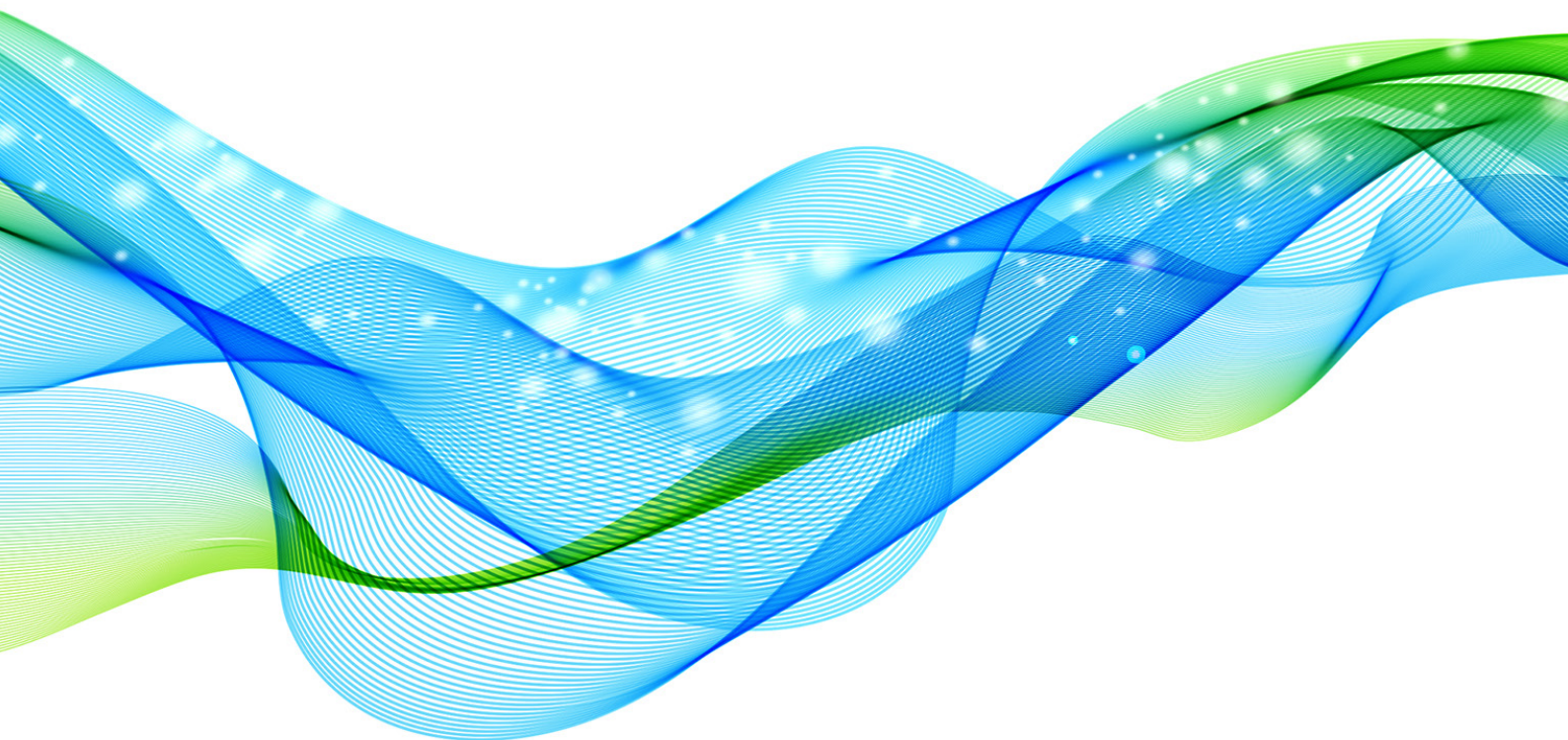
PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS EMPRESAS

Programas de promoção de saúde que funcionam nas empresas

Alberto José N. Ogata

Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho

Michael P. O'Donnell



APRESENTAÇÃO

O Instituto de Estudo de Saúde Suplementar (IESS), durante a organização do 3º Seminário sobre Promoção de Saúde nas Empresas, percebeu a importância de se registrar o conteúdo, para auxiliar o acesso às informações apresentadas no Seminário e pudesse, assim, contribuir para o trabalho dos gestores envolvidos com esse tema nas empresas.

Consolidando a qualidade do evento e buscando contribuir para o aperfeiçoamento de programas de promoção da saúde, este ano contamos com a colaboração de dois renomados profissionais, que compartilham suas experiências e conhecimentos do que se tem feito no Brasil e no mundo.

Por um lado, apresentamos o perfil de programas de promoção de saúde e questões-chave que devem fazer parte desses programas para que eles realmente funcionem.

Após implantados, os programas de promoção da saúde precisam ser avaliados e seus resultados mensurados. Esse é um dos grandes desafios encontrados pelos gestores. Frente a esse desafio, apresentamos também algumas perspectivas para avaliação de programas e as características dos diversos tipos de indicadores para uma avaliação fidedigna dos programas desenvolvidos.

Esperemos que esse material possa contribuir para a melhoria dos programas implementados nas empresas do Brasil e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros.

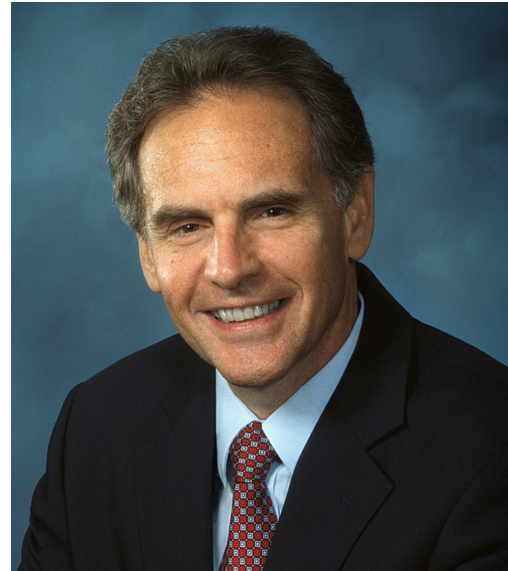
Boa leitura!

Luiz Augusto Carneiro
Superintendente Executivo

SOBRE OS AUTORES

Michael P. O'Donnell

Presidente e editor-chefe do American Journal of Health Promotion e diretor do Health Management Research Center, da Universidade de Michigan.



Alberto José N. Ogata

Coordenador do Laboratório de Inovação e Regional (América Latina) da OPAS e ANS, Presidente da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV) e Membro do Board of Directors do International Association of Worksite Health Promotion (IAWHP)



Sobre o IESS

Atuação

A sustentação do IESS depende de sua credibilidade, ética e integridade. Esses são valores fundamentais que pautam e pautarão nossas ações. A partir deles, com espírito de cidadania e excelência técnica, o IESS focalizará sua atuação na defesa de aspectos conceituais e técnicos que deverão servir de embasamento teórico e técnico para a implementação de políticas e para a introdução de melhores práticas. Assim, preparando o Brasil para enfrentar os desafios do financiamento à saúde, mas também aproveitando as imensas oportunidades e avanços no setor em benefício de todos que colaboram com a promoção da saúde e de todos cidadãos.

Visão

Tornar-se referência nacional em estudos da saúde suplementar pela excelência técnica, pela independência, pela produção de estatísticas, propostas de políticas, pela promoção de debates que levem à sustentabilidade das operadoras e contínua qualidade do atendimento aos beneficiários.

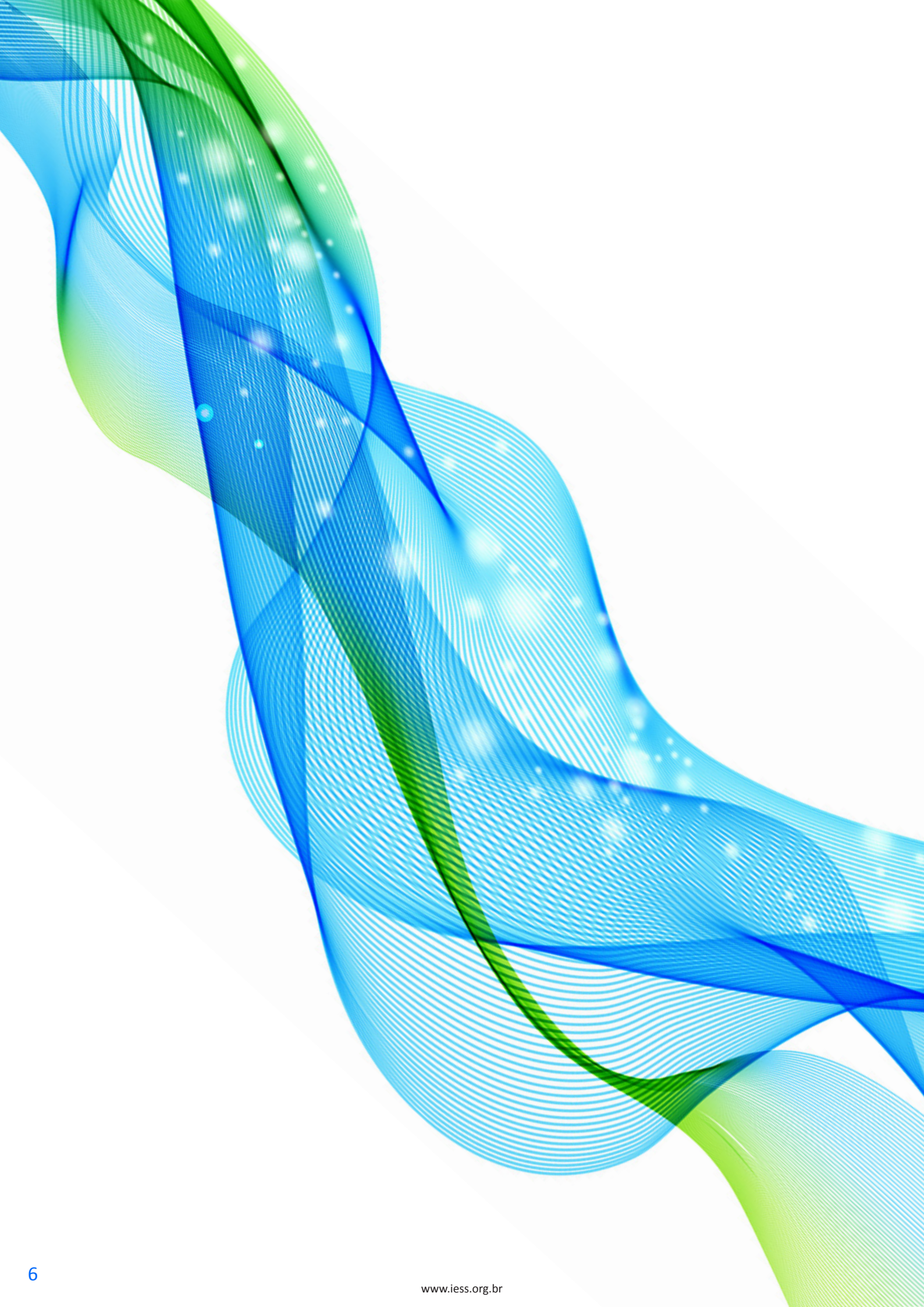
Missão

Ser agente promotor da sustentabilidade da saúde suplementar pela produção de conhecimento do setor e melhoria da informação sobre a qual se tomam decisões.

SUMÁRIO

Programas de promoção da saúde que funcionam nas empresas (Alberto José N. Ogata)7

Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente do trabalho (Michael P. O'Donnell).....21



PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE QUE FUNCIONAM NAS EMPRESAS

Alberto José N. Ogata

Os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho, em geral, são oferecidos pelas empresas com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, prevenir ou gerenciar doenças, contribuir para a saúde ocupacional e melhorar o clima organizacional. De acordo com Mattke (2012) ainda não há uma definição de programa de promoção de saúde e qualidade de vida que seja formal e universalmente aceita e, por isso, as empresas definem e gerenciam seus programas de maneira distinta. Eles são cada vez mais utilizados por organizações de diferentes portes, mas a participação do conjunto dos trabalhadores, a mudança de comportamento e o impacto econômico nos níveis de saúde ainda são bastante limitados. Apesar de muitos gestores estarem satisfeitos com os seus programas, muitas vezes as ações são limitadas e focadas em um único aspecto ou fator de risco. Não podemos ignorar que frequentemente há pessoas com múltiplos fatores de risco ou patologias e a abordagem deve, cada vez mais, ser individualizada ou focada na saúde em geral e não em tópicos específicos, como diabéticos, obesos, fumantes ou hipertensos.

Fatores como a urbanização, o envelhecimento da população e a globalização contribuem para que os determinantes de saúde sejam cada vez mais amplos e estejam relacionados inclusive à prevalência crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Neste cenário macroeconômico, a abordagem no setor saúde passa a ser apenas um componente da cadeia e é fundamental compreender as suas limitações e buscar interagir com todos os demais elementos para que se possam atingir resultados efetivos e sustentáveis. De acordo com Smith (2012), devem ser considerados fatores como as decisões e comportamentos das pessoas e das famílias, setores econômicos não relacionados à saúde (agricultura, indústria, educação), o comércio internacional, as questões ambientais e a premissa de que o fator “preço” tem um peso muito grande bem aspectos como renda, impostos e subsídios devem ser considerados. Alguns economistas advogam que “mais riqueza é mais saúde”, mas observamos, por exemplo, no Brasil que o aumento de renda contribuiu para um maior consumo de refrigerantes e alimentos processados com conseqüente incremento nos índices de obesidade (Brasil, 2012). Este é um fator limitante bastante importante que afeta o comportamento das pessoas e

das famílias. A Figura 1 apresenta um resumo da perspectiva macroeconômica proposta por Richard Smith (2012).

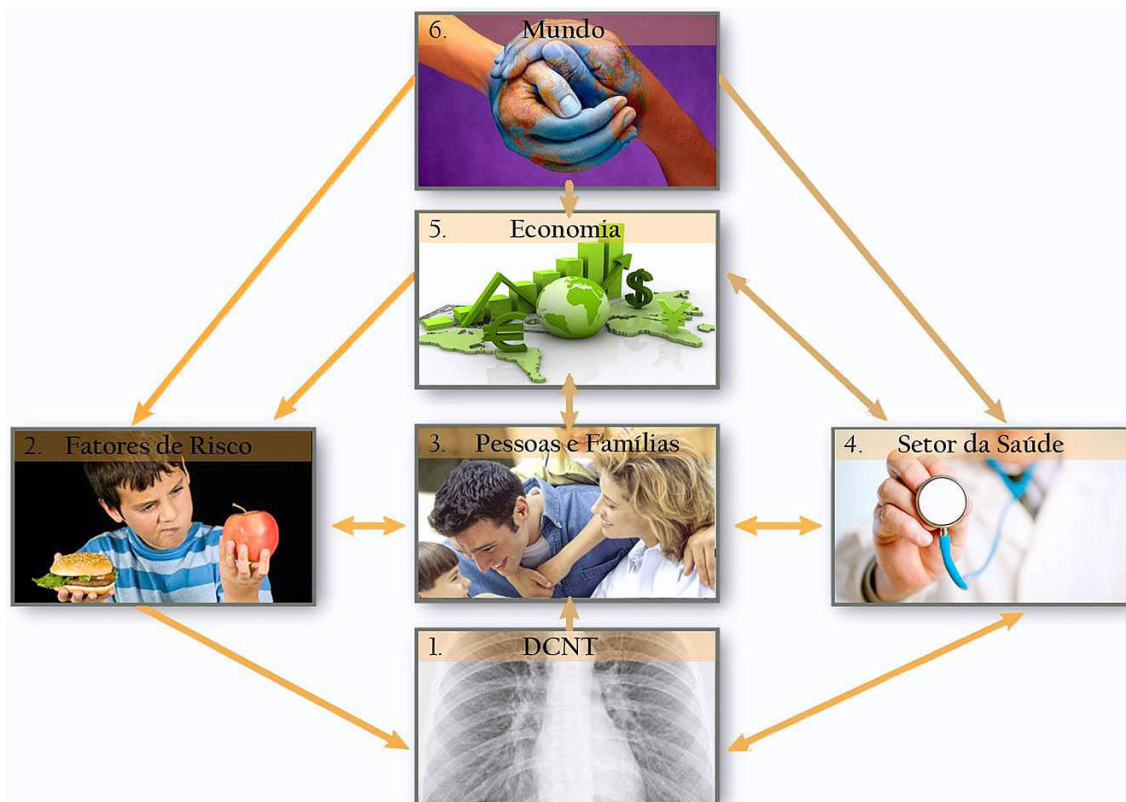


Figura 1 – Perspectivas Macroeconômicas que influenciam nas doenças crônicas não transmissíveis (Smith,2012) – Reproduzido e adaptado com autorização do autor.

O local de trabalho é reconhecido como um espaço importante para a promoção da saúde. Além disso, sabe-se que o fator humano é hoje um elemento fundamental de competitividade para as organizações. Trabalhadores motivados, saudáveis e felizes produzem mais, faltam menos ao trabalho, sofrem menos acidentes e têm menos doenças graves. Há evidências de que a implantação de programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho pode resultar em resultados efetivos para a organização, pois há a possibilidade de abordar fatores de risco para DCNT, realizar-se prevenção de doenças e agravos, controlar os custos com assistência médica e melhorar a produtividade dos trabalhadores. Além disso, esta abordagem freqüentemente acontece em faixas etárias onde ainda é possível prevenir agravos e complicações. (Goetzel, 2005; Mattke et al, 2013)

Uma extensa revisão da literatura realizada pela Rand Corporation patrocinada pelo governo americano corroborou os efeitos positivos dos programas de promoção de saúde na empresa no estilo de vida e na redução dos fatores de risco entre os seus participantes que se constituem nos principais determinantes de doenças crônicas e

conseqüente morbidade e mortalidade prematuras, além de aumentar os custos para o sistema de saúde. (Mattke,2013).

Em um estudo publicado em setembro de 2013, constatou-se que empresas com programas consistentes de saúde, bem-estar e segurança superaram os indicadores das melhores empresas da lista S&P 500 nas simulações de retorno sobre o investimento. Concluem que empresas com uma forte cultura de segurança, saúde e bem-estar geram retornos mais altos para os investidores do que outras empresas. Os pesquisadores acompanharam o desempenho das empresas que receberam o Prêmio Saúde Corporativa da ACOEM, que reconhece anualmente as empresas mais saudáveis e mais seguras dos Estados Unidos no mercado de ações. Em um acompanhamento de um investimento teórico inicial de 10.000 dólares em empresas premiadas abertas a partir de meados da década de 1990 a 2012, os pesquisadores descobriram que as empresas premiadas superaram a média das empresas da lista S&P 500. No cenário de maior desempenho, as empresas premiadas tiveram um retorno anualizado de 5,23% , em comparação com menos 0,06 % para o conjunto das empresas listadas no S&P 500. Engajar-se em um esforço global para promover o bem-estar, reduzir os riscos para a saúde de uma força de trabalho e reduzir as complicações da doença crônica dentro dessas populações pode produzir impactos notáveis nos custos dos cuidados de saúde, produtividade e desempenho. Apesar de se considerar que a correlação não é o mesmo que causa, os autores concluem que os resultados sugerem, de forma consistente e significativa, que empresas com foco na saúde e segurança dos seus trabalhadores geram mais valor para seus investidores (Fabius et al, 2013).

A promoção da saúde no ambiente de trabalho, a área ocupacional (saúde e segurança no trabalho- SST) e a assistência (ambulatório médico e plano de saúde) freqüentemente se constituem em caminhos paralelos na gestão da saúde do trabalhador na empresa. Estes esforços paralelos podem ser fortalecidos se eles forem coordenados e integrados (e não separados e independentes). De acordo com um estudo do programa americano “NIOSH Total Worker Health Program” (NIOSH,2012) há quatro razões principais para integrar estes dois esforços paralelos. Elas fornecem os argumentos para a visão empresarial (“business case”) focando na potencial redução de custos e ganhos em produtividade e a visão pessoal (“worker case”) que foca nos benefícios para a qualidade de vida e saúde do trabalhador:

RAZÃO NÚMERO 1 – O risco de adoecimento dos trabalhadores é aumentado pela exposição a agentes nocivos ocupacionais e pelo estilo de vida não saudável. As doenças ocupacionais e acidentes no trabalho continuam a ocupar uma posição importante como fator de adoecimento, mas o estilo de vida não saudável também tem um papel significativo particularmente relacionado às doenças crônicas. Os efeitos dos comportamentos não saudáveis e os riscos no trabalho não são independentes uns dos outros.

RAZÃO NÚMERO 2 – Os trabalhadores de maior risco de exposição a agentes nocivos são também os mais predispostos a ter estilos de vida não saudáveis.

A exposição a riscos ocupacionais está mais concentrada em algumas atividades, mais operacionais e estes trabalhadores possuem maior chance de acidentes ou

adocimento, mesmo fora do trabalho.

RAZÃO NÚMERO 3 – Integrar os programas de promoção de saúde e SST pode aumentar a participação e a efetividade nos trabalhadores de alto-risco. Os trabalhadores de alto risco ocupacional estão mais predispostos a participar de programas integrados do que atividades de promoção da saúde isoladas. Eles, em geral, percebem as ações da empresa para reduzir a exposição a agentes nocivos como de maior importância do que mudanças de comportamento individuais e podem acreditar que os benefícios da mudança de estilo de vida são insignificantes em comparação com a proteção contra os riscos ocupacionais. Os programas que integram mensagens e ações sobre riscos ocupacionais e estilo de vida podem aumentar a motivação dos trabalhadores para promover mudanças comportamentais.

RAZÃO NÚMERO 4 - Os programas integrados de SST e promoção da saúde podem trazer benefícios mais amplos para o ambiente da empresa e a organização do trabalho. Há muitas evidências dos benefícios dos programas de promoção da saúde, em termos de custos diretos (ex, redução de custos em assistência médica) e indiretos (redução do absenteísmo). Evidencia-se também a custo-efetividade dos programas de SST para prevenir doenças ocupacionais. Muitos estudos demonstram que programas amplos que incluem bem-estar e estilo de vida, gestão de doenças crônicas e reabilitação juntamente com saúde e segurança no trabalho podem trazer resultados significativos em termos de custos de assistência médica e perda de produtividade. O resultado positivo para a organização se consegue através da coordenação e não competição por recursos, que pode trazer contribuições para a imagem da companhia, melhoria do clima organizacional e da moral, redução do absenteísmo e maior produtividade.

A importância da integração entre a assistência, a saúde ocupacional e os programas de promoção e prevenção é reforçada em nosso país pela questão fiscal e tributária que se tornou mais relevante a partir de 2010 com a introdução do Fator Acidentário de Prevenção (FAP) que permite a variação da tributação coletiva dos Riscos Ambientais do Trabalho (RAT) – redução ou majoração das alíquotas (RAT) de 1, 2 ou 3% sobre a folha de pagamentos, segundo o desempenho de cada empresa no interior da respectiva Subclasse da CNAE (Classificação Nacional das Atividades Econômicas). Neste contexto, o aumento do absenteísmo, particularmente de longo prazo, pode trazer grandes impactos financeiros às empresas. Em geral, as patologias que mais comumente levam ao afastamento (doenças ósteo-musculares, cardiovasculares e mentais/emocionais) têm forte correlação com o estilo de vida e devem ser abordadas nos programas de promoção de saúde.

Considera-se fundamental a adoção de um modelo conceitual e um “framework” que direcione as ações e iniciativas. Dentre os diferentes modelos disponíveis atualmente, há a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) que propicia uma visão integrada da saúde e cria oportunidades para pesquisa e intercâmbio de informações. O modelo de ambiente de trabalho saudável possui quatro áreas críticas e se propõe cinco chaves para a correta gestão dos programas e promoção de um processo de melhoria contínua, a saber:

- a. ambiente físico de trabalho – se refere às condições relacionadas à segurança

física do trabalhador (estrutura, ar, equipamentos, produtos, processos de produção, veículos);

- b. ambiente psicossocial de trabalho- inclui a cultura organizacional, bem como as atitudes, valores, crenças e práticas diárias na empresa que podem afetar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, com especial ênfase para o stress ocupacional.
- c. recursos pessoais em saúde – envolve oportunidades para a promoção de um estilo de vida saudável, incluindo serviços, informação, flexibilidade e ambiente de suporte.
- d. envolvimento da empresa com a comunidade – atividades em que empresa pode se engajar na comunidade em que opera, com a oferta de recursos ou conhecimentos e suporte para o bem-estar das pessoas.

Este processo dá uma ênfase especial a um processo de melhoria contínua, tendo como base a ética e os valores da empresa, com apoio decisivo da liderança e a participação dos trabalhadores (Figura 2).

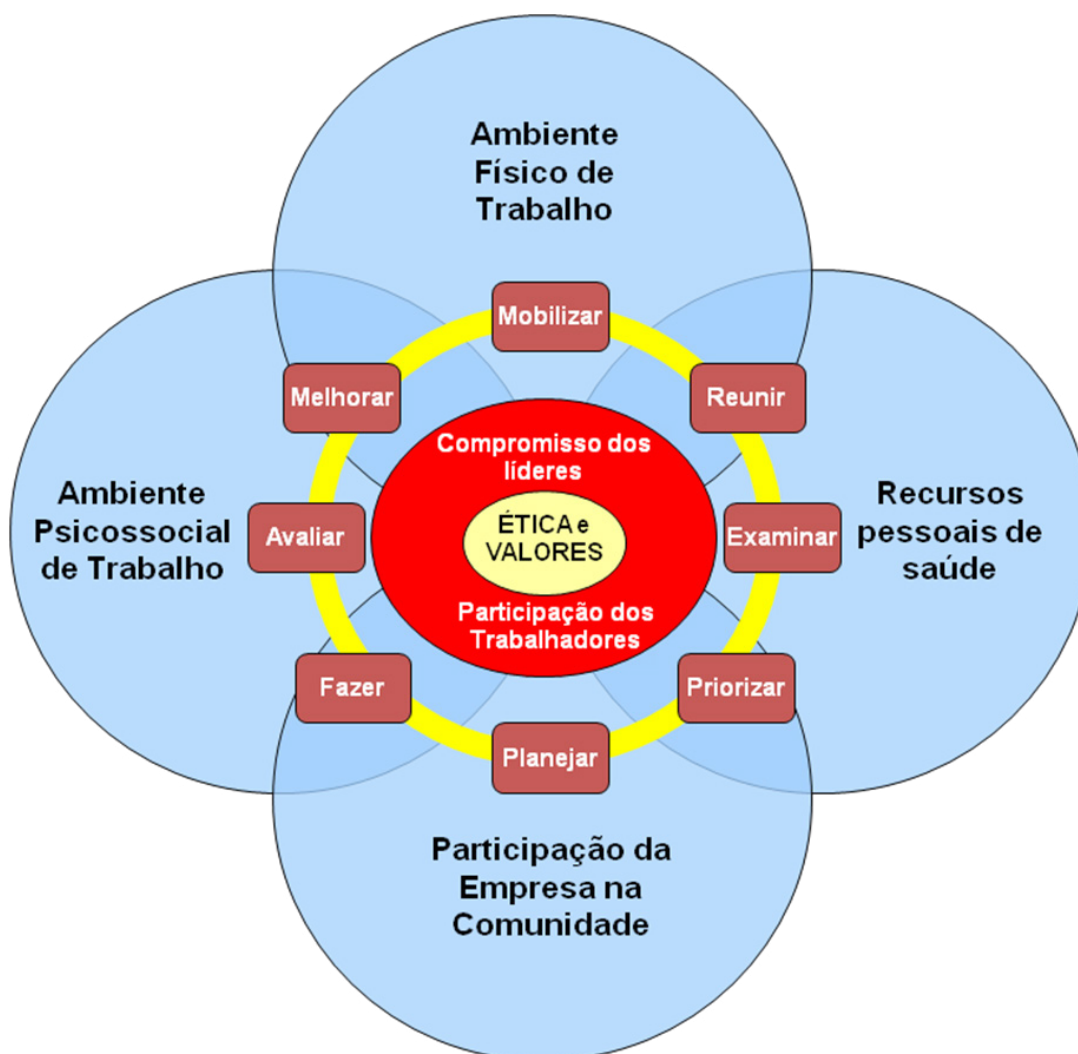


Figura 2– Modelo da Organização Mundial da Saúde de Ambiente de Trabalho Saudável, (OMS, 2010)

Para a gestão, de acordo com o modelo proposto, a OMS sugere a adoção das **cinco chaves** para a promoção do ambiente de trabalho saudável, a saber:

CHAVE 1 – COMPROMISSO E ENGAJAMENTO DA LIDERANÇA

- Sensibilizar a liderança através de pesquisas que demonstrem o impacto potencial do programa em custos diretos e indiretos bem como informar sobre o resultado em outras organizações do mesmo segmento
- Promover a cultura da saúde nos valores da organização
- Criar políticas que indicam claramente que as iniciativas para promoção de ambientes de trabalho saudáveis são parte da estratégia do negócio
- Obter as necessárias permissões, recursos humanos e orçamentários e suporte.
- Realizar atividades com a presença da principal liderança da organização
- Envolver as lideranças na comunicação dos programas

CHAVE 2 – ENVOLVER OS TRABALHADORES E SEUS REPRESENTANTES

- Envolver ativamente os trabalhadores e seus representantes em cada etapa do processo de avaliação e gestão. Se possível, incluir CIPAs, comitês de trabalhadores, sindicatos e grêmios recreativos no processo de construção do programa.
- Buscar informações sobre a cultura e o clima organizacional
- Realizar pesquisas de necessidades e interesses
- Criar comitês participativos desde o início do programa
- Sempre que realizar pesquisas, oferecer “feedback” em tempo oportuno e para todos os participantes



CHAVE 3 – ÉTICA EMPRESARIAL E LEGALIDADE

- Exigir o cumprimento da legislação e normas em saúde ocupacional
- Buscar sempre proteger a saúde dos trabalhadores, seus familiares e da comunidade como um todo
- Realizar ações que não agridam o meio ambiente
- Garantir a confidencialidade de todas as avaliações e das informações pessoais em saúde. Isto possibilita a maior adesão e confiabilidade de todos os envolvidos no processo.

CHAVE 4 – UTILIZAR PROCESSOS SISTEMÁTICOS, AMPLOS PARA GARANTIR A SUA EFETIVIDADE E MELHORIA CONTÍNUA.

- Avaliar a situação atual e as estabelecer as metas futuras. Incluir as informações de uso do plano de saúde, absenteísmo, afastamentos pela Previdência Social, acidentes de trabalho e indicadores de FAP-RAT-NTEP.
- Agregar os recursos necessários. Promover mudanças ambientais que favoreçam a adoção de estilos de vida saudáveis, inclusive nos refeitórios, lanchonetes, bicicletários, escadas, etc.. Atuar em rede, incluindo a operadora de saúde e demais fornecedores.
- Desenvolver prioridades, construir um plano amplo e projetos específicos com a ajuda de especialistas, consultores e conhecendo as boas práticas no mercado. Selecionar as intervenções e ações de real efetividade.
- Documentar a participação no programa e buscar envolver grande parte da população-alvo. Se necessário utilizar incentivos para aumentar a participação no programa
- Avaliar os fatores de risco periodicamente e acompanhar a melhoria do nível de saúde da população-alvo. Utilizar o exame periódico de saúde como ferramenta de avaliação e acompanhamento.
- Aprimorar os fatores que exigem a melhoria.



CHAVE 5 – SUSTENTABILIDADE E INTEGRAÇÃO

- Obter o comprometimento da liderança para utilizar um “filtro” de saúde, segurança e qualidade de vida para todas as decisões da organização.
- Integrar as iniciativas no ambiente de trabalho ao plano estratégico de negócio da organização
- Utilizar equipes de diferentes setores para reduzir o isolamento e maximizar os resultados. Estabelecer um comitê de saúde, segurança e qualidade de vida.
- Utilizar novas ferramentas tecnológicas para a gestão do programa, comunicação e acompanhamento que podem incluir dispositivos móveis, redes sociais e serviços on line.
- Usar métodos adequados de avaliação de resultados e de custo-efetividade para estabelecer medidas válidas de estado da saúde, prevalência de fatores de risco, prontidão para mudança, custos tributários e previdenciários, padrões de utilização do sistema de saúde e métodos de avaliação de presenteísmo e absenteísmo. Avaliar também a performance financeira do programa, através do retorno do investimento.
- Considerar as influências externas que podem afetar o programa.
- Reforçar e reconhecer a mudança de comportamento através de sistemas de gestão que estabelecem padrões de comportamento e metas a serem atingidas.



A prevalência crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a sua importância para as pessoas, as organizações e os países exige uma estratégia especial para a sua abordagem. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) devemos ter como alvo principal as quatro principais DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença pulmonar crônica), que são responsáveis por mais de 60% das mortes em todo o mundo (Gaziano & Pagidipati, 2013) bem como os quatro principais fatores de risco (inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo e uso abusivo do álcool). Os investimentos, o planejamento e o desfecho desejado devem ter estes alvos preferenciais. Frequentemente se observa que o planejamento dos programas não contempla focos específicos e as ações são bastante dispersas e o resultado limitado.

De acordo com o Relatório – “World Health Statistics 2013” da Organização Mundial da Saúde, o Brasil apresenta o seguinte cenário no que se refere a fatores de risco para doenças crônicas:

• Diabetes (homens)	10,4%
• Diabetes (mulheres)	10.0%
• Hipertensão arterial (homens)	39.4%
• Hipertensão arterial (mulheres)	26.6%
• Tabagismo (adultos – homens)	22%
• Tabagismo (adultos – mulheres)	13%
• Tabagismo (adolescentes – homens)	29%
• Tabagismo (adolescentes – mulheres)	31%
• Uso abusivo do álcool	10.1 litros/ano
• Obesidade (homens)	16.5%
• Obesidade (mulheres)	22.1%

Em termos de doenças crônicas não transmissíveis, é fundamental focar nos fatores de risco modificáveis com o uso das informações individuais de saúde combinado com metodologia apropriada de análise para avaliar o perfil das pessoas e populações e, conseqüentemente planejar as intervenções visando à gestão das doenças crônicas e da multimorbidade. Esta modelagem permite intervenções mais intensas para indivíduos com maior número de fatores de risco (Atun et al, 2013).

O modelo denominado “fluxo natural dos fatores de risco” descrito por Edington (2001) revela a transição anual de um percentual dos trabalhadores que não se engajam nos programas de promoção de saúde do baixo para o médio ou alto risco. Por isso se sugere estratificar os participantes pelo número de fatores de risco em status baixo (zero a dois fatores de risco), médio (três a quatro) ou alto (mais de cinco). Através deste modelo se demonstrou que os custos em saúde seguem o perfil de fatores de risco. Loeppke et al (2013) demonstrou que, dos participantes engajados em um programa

amplo e integrado, 46% migraram do grupo de alto para o médio risco e 19% migraram para o grupo de baixo risco após dois anos.

Recentemente, foi traduzido e aculturado para o português, o instrumento “CDC Worksite HealthScoreCard” (HSC) elaborado pelo Center of Disease Control (CDC) dos Estados Unidos com alguns centros universitários e em breve estará disponível para os profissionais brasileiros. A versão em inglês está disponível em http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/HSC_Manual.pdf. Este questionário visa avaliar as práticas e programas em vigor no ambiente de trabalho e possui 12 seções-tema, como hipertensão arterial, diabete, stress, atividade física, alimentação e suporte organizacional. Cada questão da seção visa avaliar a presença ou não de um determinado processo no programa. Deste modo, além de avaliar a abordagem no ambiente de trabalho de cada tema, constitui-se numa ferramenta educativa que oferece pistas para realização de atividades que são efetivas e baseadas em evidências. (Roemer et al, 2013)

Finalmente, é importante ressaltar que os programas de promoção de saúde devem abordar toda a população-alvo para que atinjam os resultados efetivos apontados pelas pesquisas, ou seja, níveis ideais de saúde e produtividade dos trabalhadores. (Pronk, 2009). Ela se inicia no âmbito individual e se amplia para toda a população com suporte do ambiente. Os programas, atividades e serviços devem estar integrados com estratégias de gestão da informação e comunicação adequadas. A população deve ser segmentada de acordo com número de fatores de risco e se estabelecer metas realistas e adequadas para cada etapa. Neste contexto, os gestores devem envidar esforços para não somente mensurar a satisfação dos participantes nas atividades, mas aumentar o grau de participação, mudança de comportamento e reduzir o número de fatores de risco. Somente assim será possível obter resultados financeiros e de utilização do sistema de saúde.

PERGUNTAS & RESPOSTAS

Quais os programas de promoção de saúde que obtém os melhores resultados em termos de saúde dos trabalhadores? Quais os programas que trazem os melhores resultados financeiros para as empresas?

Integrar com a saúde ocupacional é fator crítico para os programas de promoção de saúde. Os exames periódicos de saúde são estratégicos para mapear toda a população, estratificar pelos fatores de risco e oferecer ações educativas em saúde e mudança de comportamento por ocasião do “feedback”.

As pesquisas mais recentes ressaltam que os programas que trazem melhores resultados em termos de indicadores de saúde dos participantes e impactos financeiros para a empresa são aqueles que realizam uma abordagem ampla, de enfoque populacional, integrados e que apresentam indicadores claros e metas realistas.

Sabe-se que o retorno sobre o investimento passa a ser positivo a partir do segundo ano dos programas, portanto é necessário que se considere um incremento na utilização do sistema de saúde e maiores investimentos no início das atividades. Os indicadores epidemiológicos demonstram que o estilo de vida tem impacto na prevalência de doenças crônicas e na produtividade. Assim, é muito importante buscar aumentar o número de trabalhadores que não fumam, têm alimentação saudável, são ativos e que não fazem uso abusivo do álcool. Devemos buscar estes indicadores e não apenas a participação nas atividades ou a satisfação dos presentes.

As técnicas de aconselhamento ou coaching (presencial ou virtual) tem sido utilizadas, a partir dos fatores identificados através de questionários, dos exames periódicos de saúde ou de exames laboratoriais e se busca identificar as barreiras, estabelecer metas e estimular o monitoramento individual das atividades para aumentar a auto-eficácia. Utilizar as ferramentas da entrevista motivacional contribui para engajar os participantes no processo de coaching em saúde e qualidade de vida.

Além disso, a saúde mental e emocional deve ter uma abordagem especial, pois o stress, a depressão, a ansiedade e as doenças mentais são responsáveis por aumento dos custos assistenciais, faltas ao trabalho, acidentes e piora do clima organizacional. Deste modo, buscar melhorar o ambiente psicossocial do trabalho, empoderar os trabalhadores para que consigam gerenciar o stress e oferecer alternativas adequadas de atendimento clínico em saúde mental são atividades que devem fazer parte dos programas.

Quais programas de promoção de saúde não funcionam?

Atualmente, muitas empresas possuem programas baseados unicamente em ações pontuais, focadas em palestras ou distribuição de materiais informativos. Realizam feiras de saúde, comemorações em dias comemorativos ou SIPATs e utilizam unicamente a satisfação dos participantes como parâmetro de avaliação. Além disso, realizam por muitos anos as mesmas atividades (como ginástica laboral, grupos de corrida, sessões de massagem, grupos de coral) sem reavaliá-las, buscar aumentar a participação e analisar sua efetividade e o retorno sobre o investimento realizado.

Além disso, investir unicamente em programas de gestão de doenças crônicas não é sustentável, principalmente em empresas com turnover baixo. Muitas vezes as empresas são estimuladas a realizar estes programas pelas operadoras de saúde e consultorias por trazer resultados mais rápidos, em termos de utilização do sistema de saúde. No entanto, as evidências demonstram que, todos os anos, até um quarto dos trabalhadores migram para os grupos de médio ou alto risco se não houver programas que abranjam toda a população (Loeppke et al, 2013).

Muitos programas introduzem a internet exclusivamente para comunicação e transmissão de informações, sem nenhum grau de interatividade ou personalização das mensagens. Assim, se desperdiça o uso da tecnologia, pois neste caso se trata de ferramenta somente reativa que depende totalmente da busca ativa pelo participante.

O que as empresas brasileiras podem fazer para melhorar os resultados de seus programas?

Há alguns pontos-chave na melhora da performance dos programas. Inicialmente é fundamental realizar o planejamento para a abordagem populacional, isto é, estratificar as pessoas de baixo, médio e alto risco e realizar atividades para manter as pessoas saudáveis e reduzir os fatores de risco e controlar as doenças do outro grupo.

Além disso, há o desafio de aumentar a participação nos programas, inclusive com a inclusão de incentivos, uso de novas tecnologias e mudanças ambientais através da construção de uma “cultura de saúde” na empresa.

A internet e as redes sociais se constituem em verdadeira plataforma para os programas que permite a interação com os participantes, o envio de mensagens personalizadas e oferece oportunidades de suporte na tomada de decisão em estilo de vida. Além disso, cada vez mais se incorporam dispositivos móveis aos arsenal de instrumentos dos programas e eles contribuem para que os participantes possam gerenciar seu estado de saúde, compartilhar os seus avanços e interagir com os profissionais.

Finalmente, realizar a integração efetiva das áreas de assistência (incluindo o plano de saúde), saúde ocupacional e qualidade de vida em programas amplos e sistêmicos, destinando um percentual do investimento para avaliação do impacto e desfechos com indicadores de saúde e financeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATUN, R. et al – Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet*, 2013; 381:690-697.

EDINGTON,D – Emerging research: a view from one research center. *Am.J. Health Prom.* 15:341-349,2001.

FABIUS, R. et al - The Link Between Workforce Health and Safety and the Health of the Bottom Line: Tracking Market Performance of Companies That Nurture a “Culture of Health – *J.Occup.Environ.Med.* 55(9)993-1000,2013..

GAZIANO, T.A., PAGIDIPATI, N. – Scaling Up Chronic Disease Prevention Interventions in Lower and Middle-Income Countries – *Ann.Rev. Public Health* 2013; 34:137-335.

LOEPPKE,R et al – The Association of Technology in a Workplace Wellness Program With Health Risk Factor Reduction – *J.Occup.Environ.Med.* 55(3)259-263,2013.

MATTKE, S., SCHNYER,C., BUSUM,K.V. - A Review of the U.S. Workplace Wellness Market - Rand Corporation, 2013.

MATTKE, S. et al - Workplace Wellness Programs Study Final Report – Rand Corporation, 2013.

NIOSH - Research Compendium: The NIOSH Total Worker Health Program: Seminal Research Papers 2012. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication No. 2012-146, 2012 May:1-214.

PRONK, N.(ed.) – ACSM’s Worksite Health Handbook : a guide to building healthy and productive companies/ American College of Sports Medicine- 2nd ed. – Human Kinetics, 2009

ROEMER,E.C. et al – Reliability and validity of the CDC Worksite Health ScoreCard: an

assessment tool to help employers prevent heart disease, stroke and related health conditions – J. Occup. Environ.Med: 55(5)520-526,2013..

WORLD HEALTH ORGANIZATION - 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes - World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics, 2013 – Geneva, WHO Press, 2013.

COMO AVALIAR PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

Michael P. O'Donnell, MPH, MBA, PhD

FINALIDADE, ESCOPO E FORMATO

Este monografia pretende apresentar um guia resumido para a avaliação de um programa de promoção da saúde no ambiente de trabalho. Este documento trata do valor da avaliação do programa, tipos de avaliação, metodologia para conduzir os resultados da avaliação, e estratégias para conduzir a avaliação. Os leitores que desejaram se familiarizar com uma análise mais detalhada dos métodos deverão conhecer o livro de exercícios intitulado *How to Evaluate Workplace Health Promotion Programs*, de autoria de Goetzl, O'Donnell, Roemer, Kent, Hohlbauch, Tabrizi, e Smith, AJHP Inc, a ser lançado no início de 2014.

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO

As principais finalidades da avaliação dos programas são mensurar até que ponto os programas estão sendo implantados adequadamente e quais os resultados produzidos. Se isto for feito em tempo hábil, o programa pode ser modificado de forma a atingir melhor os seus objetivos, e, em última análise, assegurar que recursos escassos estejam sendo usados da maneira mais econômica possível para atingir esses objetivos. Os esforços para a avaliação de programas que são bem elaborados podem também contribuir para a base de conhecimentos de determinado campo mediante a publicação de informações a respeito da maneira pela qual os programas podem ser conduzidos para obter os melhores resultados e a ordem de grandeza do impacto que poderá ser esperado.

TIPOS DE AVALIAÇÃO

Avaliação de estrutura, processo e resultado são os três tipos básicos de avaliação.

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

A finalidade da avaliação da estrutura, às vezes conhecida como avaliação formativa, é determinar até que ponto um programa está bem estruturado para atingir os seus respectivos objetivos. Por exemplo, os objetivos estão bem articulados? A equipe apropriada se encontra disponível? Os programas apropriados estão sendo oferecidos? Existe um plano apropriado de avaliação? A avaliação da estrutura deve ser conduzida quando o programa estiver sendo lançado, e periodicamente, talvez a cada dois anos.

O HERO Scorecard e o CDC Worksite Health ScoreCard são duas ferramentas desenvolvidas para ajudar os empregadores a conduzir avaliações estruturais de programas. Essas ferramentas se encontram disponíveis e são de domínio público. Descrições resumidas desses índices (scorecards) podem ser encontradas no Apêndice.

AVALIAÇÃO DE PROCESSO

A finalidade da avaliação de processo é determinar se o programa está sendo implantado conforme planejado. Foram provisionados recursos para suportar o programa em conformidade com os planos? Ocorreu a contratação e o treinamento de pessoal em conformidade com os planos? O programa está sendo oferecido às pessoas em conformidade com o cronograma? Os programas estão sendo divulgados conforme o previsto? Os exames de saúde estão mensurando os itens que se pretende mensurar? Os programas de capacitação estão ensinando as habilidades pretendidas? As instalações cuja construção foi planejada estão, de fato, sendo construídas? As pessoas estão se inscrevendo nos programas e concluindo os mesmos, conforme planejado, etc.? A avaliação de processo deve ser conduzida enquanto um programa estiver sendo implantado, e periodicamente, especialmente quando os resultados do programa não forem tão bons quanto se esperava.

AVALIAÇÃO DE RESULTADO

A finalidade da avaliação de resultado é determinar o impacto de um programa. Os resultados mais básicos se originam da avaliação de processo: níveis de participação referentes aos vários componentes do programa e níveis de satisfação referentes aos principais elementos do programa.

O próximo nível de avaliação de resultado tem como foco as mudanças nos conhecimentos referentes à saúde, comportamentos e problemas de saúde. As mudanças nos conhecimentos podem incluir melhor compreensão de como administrar o estresse ou como preparar alimentos nutritivos. As mudanças no comportamento podem incluir aumento nos níveis de atividade física, melhoria nos hábitos alimentares, e o abandono do hábito de fumar. As mudanças nos problemas de saúde podem incluir a redução de peso, a redução dos níveis de estresse, o controle da pressão arterial e a redução do colesterol.

O nível mais avançado de avaliação de resultado pode ser focado em mudanças na cultura da organização, redução nas despesas com tratamento médico, e melhoria na produtividade.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM OPOSIÇÃO À AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

A Avaliação Quantitativa tem como foco resultados numéricos, tais como o número de pessoas que param de fumar, a economia no custo dos tratamentos médicos etc. Essas são as estatísticas “comprovadas” de que muitos executivos e cientistas necessitam para se convencer de que um programa está dando certo. A pesquisa qualitativa tem como foco mensurações subjetivas como depoimentos, grupos de discussão e entrevistas com participantes do programa; ela proporciona uma textura que ajuda a explicar o motivo pelo qual os programas estão ou não dando certo. Ela proporciona a perspectiva humana que ajuda a tornar as estatísticas tangíveis. As estórias de participantes dos programas sobre como eles adquiriram uma nova conscientização da importância de um estilo de vida saudável, compartilharam novas informações com um membro da família, evoluíram em uma mudança de comportamento, sentiram uma nova sensação de energia, ou apresentaram outra modificação positiva, podem ajudar outros funcionários a interagir com um programa e a se tornar mais interessados em participar. Os depoimentos que descrevem a maneira pela qual um programa causou um impacto na vida de uma pessoa podem ser muito poderosos em termos de assegurar apoio de longo prazo para um programa. O depoimento no Anexo 1 me foi enviado por um funcionário que participou de um programa de promoção da saúde gerenciado por mim. Foi uma das cartas mais gratificantes que já recebi. A carta reforçou a minha resolução de trabalhar nesta área e realçou a importância do programa perante a alta administração da empresa.

A triangulação envolve uma combinação de pesquisa qualitativa e quantitativa, e representa a abordagem ideal em qualquer avaliação abrangente de um programa. A triangulação dá vida às estatísticas por mostrar a perspectiva humana. Os comentários em outras partes desta monografia a respeito da metodologia são relevantes, principalmente no que tange à avaliação quantitativa.

CRIANDO EXPECTATIVAS REALISTAS

É muito difícil fazer uma observação simples a respeito dos níveis de resultados que são realistas no que se refere à participação no programa ou às mudanças em termos de conhecimento, comportamentos de saúde, problemas de saúde ou melhorias na produtividade, porque as condições são diferentes em cada organização. Além disso, muito pouca pesquisa tem sido feita para determinar as faixas normais para os muitos resultados medidos em um programa. E o que é mais importante, os resultados dependerão, principalmente, da qualidade do programa fornecido, o qual, por sua vez, depende do apoio da alta administração, do orçamento do programa, da qualidade dos esforços de marketing, do tamanho e da capacidade da equipe encarregada de conduzir o programa, e da qualidade de cada programa oferecido. Cenários prevendo a melhor situação possível foram desenvolvidos em várias áreas. Alguns desses são discutidos a seguir.

ORÇAMENTOS DOS PROGRAMAS

Um estudo de parâmetros, que conduzi no final da década de 1990, determinou que os programas com os melhores resultados em termos de saúde e financeiros tinham orçamentos anuais da ordem de US\$250-US\$350 por pessoa, em dólares de 2013, e um funcionário em regime de horário integral para cada 2.000 funcionários.¹

PARTICIPAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE [HRA]

De acordo com os estudos conduzidos por Taitel e Seaverson, a participação em questionários de avaliações de riscos à saúde fica geralmente na faixa dos 20%, mas pode chegar a 40%, se houver forte apoio da administração da empresa e um excelente trabalho de marketing. Se houver uma boa implantação de incentivos financeiros da ordem de aproximadamente US\$200 por pessoa, as taxas de participação podem chegar a 70%. Quando os incentivos são integrados às mensalidades dos planos de saúde, as taxas chegam ao nível de 90%.^{2,3}

TAXAS DE ABANDONO DO HÁBITO DE FUMAR

Uma análise abrangente de 27 meta-análises de milhares de campanhas para o abandono do hábito de fumar estima os índices de abandono do hábito de uma grande variedade de programas comportamentais e de terapia medicamentosa, com surpreendente precisão. A conclusão a que se chegou é que o número ideal de minutos de terapia comportamental é 300, o número ideal de sessões de terapia é 8, o mix ideal dos membros de uma equipe é um médico mais dois outros profissionais, e a intervenção ideal é uma combinação de um rápido aconselhamento por parte do médico, recomendando o abandono do hábito, e o encaminhamento do paciente para um programa que inclua terapia comportamental, além da forma de medicação, que, na percepção de um profissional, seja a ideal para aquele paciente. Nas condições ideais, as taxas de sucesso podem se aproximar dos 35%, em comparação com taxas de apenas 5% no caso das pessoas que tentam parar de fumar por conta própria.⁴

REDUÇÃO DOS CUSTOS DE TRATAMENTO MÉDICO E DO ABSENTEÍSMO

Uma meta-análise de estudos bem projetados a respeito do impacto financeiro dos programas de promoção da saúde concluiu que há uma economia média em custos médicos, de US\$3,27 para cada dólar investido, e uma economia de US\$2,73 referente à redução do absenteísmo.⁵ Essas economias foram obtidas por alguns dos programas mais bem elaborados e esse nível de economia não deve ser previsto no caso de um programa típico.

OUTROS RESULTADOS DOS PROGRAMAS

Uma análise sistemática da literatura, conduzida por Soler e colaboradores, encontrou provas marcantes ou suficientes para concluir que programas de promoção da saúde bem elaborados e abrangentes, que incluem exames de saúde, além de feedback e capacitação, apresentam a probabilidade de produzir melhorias no que se refere ao hábito de fumar, ao consumo de gordura na dieta, à pressão arterial, ao colesterol, ao absenteísmo no trabalho, ao uso do cinto de segurança, ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, à atividade física, à pontuação dos riscos à saúde, e à utilização dos serviços médicos, mas não no que se refere à melhoria no condicionamento físico, à perda de peso ou à melhoria no consumo de frutas e verduras.⁶O nível de melhoria em cada área, sob o ponto de vista de prevalência na população, é mostrado no Anexo 2.

METODOLOGIA PARA A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A qualidade de um estudo de resultados de programas é determinada pela estrutura do estudo, pela validade e confiabilidade das medições, pela adequação da amostragem, e adequação da análise no que se refere aos dados. Esses conceitos são descritos resumidamente a seguir.

ESTRUTURA DO ESTUDO

A estrutura, ou modelo, de um estudo, é o arcabouço dentro do qual as medidas dos resultados do estudo são obtidas.

A estrutura mais comum e de menor valor é o modelo somente pós-teste, no qual um programa é fornecido e em seguida a medida é obtida. Por exemplo, um programa de condicionamento físico é oferecido, e em seguida, os níveis de condicionamento físico são medidos. Este modelo se presta bem à medição da satisfação com o programa ou para a captação de depoimentos, mas não é muito útil no que se refere à maioria dos resultados porque não há um parâmetro referente ao qual se possa medir as mudanças.

O modelo pré-teste/pós-teste envolve uma medição antes e uma medição após a implantação do programa. Por exemplo, o peso do participante é verificado antes e depois de um programa de controle de peso. Com essas duas medições, é possível determinar o peso que cada pessoa perdeu durante o tempo de duração do programa. Este modelo de estudo é de valor limitado porque ele não mede o suficiente para determinar se a mudança no peso foi causada pelo programa ou por outras influências nas vidas das pessoas. Por exemplo, a perda de peso pode ter sido causada pela abertura de uma academia no ambiente de trabalho, ou por uma alimentação mais saudável servida no restaurante da empresa. Este modelo de estudo provavelmente é adequado para ofertas de programas isolados, depois que uma abordagem de sucesso tiver sido confirmada por meio de análises mais rigorosas. As estruturas de somente após o teste e pré-teste/pós-teste são consideradas modelos não experimentais.

Uma estrutura pré-teste/pós-teste com uma estrutura de grupo de comparação envolve a medição das mudanças no que se refere ao grupo de pessoas que participam do programa e àqueles que não participam. Esta estrutura é conhecida como um modelo quase experimental. Por exemplo, em um programa que tem como objetivo o abandono do hábito de fumar, os índices de tabagismo seriam medidos em um grupo de pessoas que participaram de um programa e em um grupo semelhante de fumantes que optam por não participar do programa. O ponto fraco deste modelo é que ele não leva em consideração as diferenças de idade, gênero, etnia, motivação, ou outros fatores entre os grupos. Por exemplo, as pessoas que entraram no programa para parar de fumar estavam motivadas para participar do programa. É possível que a motivação tenha sido suficiente para estimular o abandono do hábito de fumar. Possivelmente, essas pessoas teriam parado de fumar sem o programa. Este estudo é provavelmente o mais rigoroso modelo possível em um programa de promoção da saúde no ambiente de trabalho. Ele oferece o mínimo nível de rigor para medir o impacto do programa de promoção da saúde de modo geral. O controle do impacto das diferenças entre os grupos pode ser maximizado por meio do estabelecimento de um grupo de comparação, o mais semelhante possível ao grupo de tratamento, por meio de um método chamado pontuação de propensão.

Para superar o problema da motivação e a idéia preconcebida em potencial na seleção no modelo quase experimental, um modelo experimental pode ser desenvolvido, no qual os fumantes que querem parar são escolhidos ao acaso para participar em um programa para parar de fumar ou para entrar em uma lista de espera para participar de um programa com o objetivo de abandonar o hábito de fumar, no futuro. Se eles pararem por conta própria, sem o programa, isso mostra que houve motivação suficiente para que eles abandonassem o hábito. A diferença nas taxas de abandono do hábito entre os dois grupos mostra o efeito do programa. Observação: quando o grupo que não está recebendo tratamento é selecionado aleatoriamente, o mesmo é chamado grupo de “controle”. Se a seleção não for aleatória, trata-se de um grupo de “comparação”.

Uma das limitações do pré-teste/pós-teste com seleção aleatória é que a medição do comportamento pode motivar a uma pessoa a mudar. Isso pode ocorrer depois que uma pessoa passa por um exame de saúde e descobre um problema de saúde desconhecido. Um modelo de estudo mais elaborado, chamado Solomon Four Group, controla o possível impacto da medição, escolhendo pessoas ao acaso e atribuindo-as a quatro grupos diferentes. O primeiro grupo é medido, participa de um programa, e, em seguida, é medido novamente. O segundo grupo é medido nos mesmos intervalos de tempo, mas não participa do programa. O terceiro grupo é medido no primeiro ponto de medição, mas não no segundo, e o quarto grupo é medido no segundo ponto de medição, mas não no primeiro. Este modelo de estudo pode ser usado em estudos de medicamentos, mas provavelmente nunca foi usado em um programa de promoção da saúde.

Outra maneira de ter controle sobre a motivação e outros fatores é a análise de séries temporais ou longitudinais, na qual medições múltiplas são feitas antes e depois do oferecimento de um programa. Isso permite que se estabeleça um padrão na ausência de um programa. Isto é especialmente importante no que se refere aos custos

de tratamento médico, que tendem a se tornar mais elevados à medida que as pessoas envelhecem, e à medida que o nível de risco varia na ausência de um programa. A abordagem de séries temporais pode ser usada em um modelo não-experimental se não houver grupo de comparação, em um modelo quase experimental se houver um grupo de comparação que não for atribuído aleatoriamente, ou em um grupo experimental, se houver um grupo de controle selecionado aleatoriamente. Uma análise de séries temporais com três anos de dados de custos de tratamento médico antes do programa é implantada, e um grupo de comparação com pontuação de propensão equivalente é provavelmente o modelo de estudo realista ideal para medir mudanças em custos de tratamento médico. Os modelos de estudo são ilustrados graficamente no Anexo 3.

MEDIÇÕES

Na maioria dos esforços de avaliação de programas, não é factível ter uma medição direta do conhecimento, comportamento, ou resultado de saúde real que se tem como objetivo. Por exemplo, se o objetivo do programa é melhorar os hábitos alimentares dos funcionários, a medição ideal dos hábitos alimentares seria monitorar todos os alimentos consumidos por um funcionário durante um período prolongado de tempo. Isso, naturalmente, é impossível. A alternativa é solicitar aos funcionários que preencham um formulário descrevendo os alimentos por eles ingeridos. Da mesma forma, se o objetivo fosse reduzir o estresse, o ideal seria, de alguma forma, observar a mente de uma pessoa, avaliar o nível de estresse ao qual ela está exposta, e observar como a pessoa lida com situações que produzem estresse durante um período prolongado de tempo. Isto também é impossível. A alternativa prática é solicitar aos empregados que preencham um formulário, descrevendo as suas exposições e as suas reações ao estresse, e os sintomas da sua incapacidade de lidar com o estresse.

Uma medição alternativa somente é útil na medida em que seja válida e confiável. A validade significa até que ponto a medição, de fato, mede o que deveria estar medindo. A confiabilidade é a consistência dessas medidas. A validade é determinada comparando-se a medição alternativa com um “padrão consagrado.” Por exemplo, o padrão consagrado para determinar a quantidade de gordura no corpo de uma pessoa (isto é, porcentagem de gordura corporal) é a pesagem hidrostática. Na pesagem hidrostática, uma pessoa sopra todo o ar que se encontra nos seus pulmões, e é submersa em água. A quantidade de água deslocada e o seu peso são medidos. Esses valores são lançados em fórmulas para determinar a gordura corporal. As fórmulas foram desenvolvidas tendo como base a dissecação de corpos humanos. A pesagem hidrostática não é incomum entre os atletas de elite, mas não é prática para a maioria das pessoas, especialmente em programas de promoção da saúde nos ambientes de trabalho. Foram desenvolvidas medições alternativas, incluindo a medição da espessura da gordura em vários pontos do corpo, impedância elétrica, o bod pod, e outros. As estimativas de porcentagem de gordura corporal são comparadas com as da pesagem hidrostática da mesma pessoa para determinar a sua validade. Da mesma forma, a confiabilidade de uma ferramenta de medição é determinada repetindo-se essa medida na mesma pessoa várias vezes e comparando-se os resultados. Uma medida muito confiável obtém o mesmo resultado

em todas as ocasiões. Há vários tipos de validade e confiabilidade, mas esses tipos não são analisados neste documento por uma questão de limitação de espaço.

A maneira mais simples de assegurar que você está usando uma medição válida e confiável é utilizar medições padronizadas que já tenham sido testadas quanto à validade e à confiabilidade. Milhares de questionários foram desenvolvidos para medir quase todos os construtos psicológicos e físicos imagináveis. Alguns são de domínio público e se encontram disponíveis sem custo para todos os usuários. Outros são protegidos por direitos de propriedade intelectual e devem ser comprados.

Uma das ferramentas de medição mais comuns para a saúde de um indivíduo em programas de promoção da saúde em ambientes de trabalho é a avaliação de risco de saúde (health risk assessment) ou HRA. Em geral, as HRAs consistem de 40 a 80 perguntas a respeito de uma grande variedade de hábitos de saúde, medidas biométricas, problemas médicos e interesses relativos à saúde. A maioria delas possui algoritmos que ajudam o usuário individual a compreender o impacto dos atuais hábitos de saúde sobre a saúde futura, e apresentam sugestões sobre como melhorar a saúde. Relatórios agregados fornecidos à administração combinam os dados dos respondentes individuais para ilustrar as tendências e apresentar as percepções com maior destaque. As melhores HRAs são validadas em comparação com a mortalidade⁷ e custos de tratamentos médicos.^{8, 9}

Outra medição comum de saúde física é um exame de saúde que mede a pressão arterial, a altura e o peso, colesterol, glicose ou hemoglobina A1c, e às vezes, triglicérides. Esses exames podem ser feitos a baixo custo e são ferramentas importantes para prever a ocorrência de cardiopatias ou diabetes. Os valores dos exames de saúde podem ser lançados nas HRAs pelos indivíduos, ou por meio de um carregamento de dados diretamente no registro eletrônico da HRA.

AMOSTRA DE ESTUDO

Na maioria dos programas de promoção da saúde realizados no ambiente de trabalho, não é possível coletar dados para uma avaliação de 100% da população alvo. Por exemplo, poderá não haver recursos disponíveis para examinar a saúde de todos os funcionários, ou poderá não haver equipes médicas disponíveis que atendam todos os funcionários. Igualmente, alguns funcionários poderão decidir não preencher e entregar uma HRA. Poderá ser possível, ou não, generalizar os resultados de uma sub-amostra da população para a população geral. Dois fatores são importantes: a representatividade e o tamanho da amostra.

Uma amostra é representativa ou semelhante à população geral se for semelhante à população geral de forma que influencie aquilo que esteja sendo medido. Por exemplo, a pressão arterial é geralmente influenciada pelo gênero, peso, nutrição, atividade física, stress emocional, presença de outros problemas médicos, e histórico familiar. O status dos fumantes é com frequência influenciado pela idade, nível de escolaridade, etnia e país de residência. Com frequência, não é possível conhecer os valores de todos esses fatores relativos às pessoas que não completam o exame de saúde ou a HRA. Dessa

forma, geralmente tentamos comparar valores de mais fácil coleta, inclusive idade, gênero, nível de escolaridade e local de residência. Se a amostra e a população geral forem muito diferentes entre si, não é prudente generalizar os resultados da amostra para a população geral. Poderá ser possível ajustar os resultados da amostra para que estes contabilizem as diferenças com a população geral. Entretanto, isso será eficaz somente na medida em que diferenças conhecidas influenciem as variáveis de interesse.

Uma forma de assegurar que a amostra é semelhante à população geral é selecionar a amostra, intencionalmente, por meio de um processo de seleção aleatório e, em seguida, compará-la com a população geral com base nas características conhecidas.

Se a amostra for suficientemente semelhante à população geral, seja devido à seleção aleatória ou pela semelhança dos traços conhecidos, o tamanho da amostra deverá ser considerado antes que os resultados sejam generalizados para a população geral. A fórmula para determinar o tamanho da amostra necessária para qualquer tamanho de população é ilustrada no Anexo 4. Para uma população de estudo de apenas 100 pessoas, é necessário uma amostra formada por 79 pessoas. Para uma população de 1.000 pessoas, entretanto, apenas 278 são necessárias. E para uma população de 10.000 pessoas, somente 370 são necessárias, desde que a amostra seja representativa da população geral.

ANÁLISE

A maioria dos empregadores prepara estatísticas descritivas para relatar a prevalência dos riscos de saúde que rastreiam. Eles analisam esses dados para detectar tendências ao longo do tempo, especialmente melhorias em suas áreas prioritárias. Um dos desafios comuns da análise é fazer a correspondência das estatísticas com a distribuição de dados. Por exemplo, a maioria dos dados sobre a utilização das despesas com tratamento médico não apresenta distribuição normal. Em geral, a maioria das pessoas apresenta custos muito baixos, e um pequeno número de pessoas, custos elevados. Quando os dados não apresentam distribuição normal, as análises estatísticas mais comuns, inclusive média, teste t-Student e o modelo ANOVA não podem ser usados. Esses dados precisam ser transformados antes que análises comparativas possam ser realizadas, ou deve-se usar a estatística não-paramétrica. Uma descrição completa dos tipos de análises estatísticas realizadas encontra-se além do escopo desta monografia.

ESTRATÉGIAS TÍPICAS DE AVALIAÇÃO

Não Fazer Nada

A grande maioria dos empregadores que patrocinam programas de promoção da saúde não avalia formalmente os seus programas. Eles dependem do feedback informal dos funcionários que participam desses programas. Considerando o baixo custo de um

programa de promoção da saúde, isso pode parecer adequado. A um custo anual entre US\$ 250 e US\$ 350 por funcionário, um amplo programa de promoção da saúde tem o mesmo custo que uma decoração interna ou paisagismo. A maior parte das empresas gasta mais na manutenção de seus equipamentos do que em seu respectivo programa de promoção da saúde, mas raramente avaliam formalmente esses desembolsos.

Avaliação dos Riscos de Saúde (HRA)

A estratégia mais comum entre os empregadores que conduzem uma avaliação formal do seu respectivo programa de promoção da saúde é depender dos relatórios agregados resultantes das HRAs (Health Risk Assessments), e monitorar alterações ao longo do tempo. As melhores HRAs fornecem uma análise detalhada dos níveis de risco para diferentes partes da organização, quantificam alterações ao longo do tempo e usam algoritmos exclusivos para associar alterações nos riscos com alterações nos despesas com tratamento médico. Esse tipo de análise agregada é normalmente fornecida a um baixo custo adicional ao custo base da HRA ou sem qualquer custo. Esse tipo de análise tem valor apenas se um grande número dos funcionários preencher a HRA anualmente. A exatidão da conexão entre alterações nos riscos e alterações nas despesas com tratamento médico é limitada na medida em que essas relações do empregador acompanham as do fornecedor das HRAs. Geralmente, os empregadores complementam a análise da HRA com depoimentos e rastreamento da participação.

Análise longitudinal

Várias centenas de grandes empregadores decidiram conduzir análises longitudinais de seus programas de promoção da saúde. A abordagem típica é coletar dados em nível individual sobre características populacionais, riscos de saúde provenientes das HRAs e exames de saúde, participação em programas de promoção da saúde, despesas com tratamento médico, farmacêuticas, relativas a deficiências, produtividade e outros custos, e enviá-los para um especialista independente para armazenamento e análise. O especialista protege a privacidade dos dados, retém esses dados durante um determinado número de anos e utiliza métodos estatísticos avançados para fornecer análise em nível agregado e fornece relatórios ao empregador. Essa abordagem é interessante para grandes empregadores que priorizam a descoberta de estratégias mais efetivas de promoção da saúde e concentram os seus recursos em esforços que apresentam as melhores relações custo-benefício para aprimorar a saúde, reduzir despesas com tratamento médico e melhorar a produtividade. Outra vantagem dessa abordagem é a proteção oferecida à privacidade do funcionário individual. O empregador não tem acesso a dados individuais, apenas a tendências e sumários agregados. Diferentes tipos de análise são conduzidos em diferentes estágios de evolução do programa. O Anexo 5 mostra os tipos de análises que podem ser conduzidas em cada estágio. Análises desse tipo podem custar entre US\$.50.000,00, quando individuais, e várias centenas de milhares de dólares quando amplas e destinadas a um grande empregador.

SOBRE O AUTOR: Michael P. O'Donnell, PhD, MBA, MPH

O Dr. O'Donnell é Diretor do Centro de Pesquisas em Gestão da Saúde (Health Management Research Center) da Escola de Cinesiologia (School of Kinesiology) da University of Michigan. Criado em 1978, o Centro ajudou mais de 1.000 ambientes de trabalho na medição dos riscos de saúde de seus funcionários; no cálculo da relação entre riscos de saúde, despesas com tratamento médico e produtividade; na avaliação do impacto de seus programas de promoção da saúde, e neste processo, no estabelecimento do embasamento científico para essa área de pesquisa. O Dr. O'Donnell trabalha diretamente com empregadores, planos de saúde, agências governamentais, fundações, seguradoras e organizações especializadas na promoção da saúde, no desenvolvimento de novos programas de promoção da saúde e no melhoramento de programas existentes, e desempenha papéis de liderança em quatro importantes sistemas de saúde.

Ele é Fundador, Presidente e Editor-Chefe do American Journal of Health Promotion e também Fundador e Presidente Emérito do Health Promotion Advocates, um grupo de estudos sem fins lucrativos formado para integrar estratégias de promoção da saúde na política nacional. O Health Promotion Advocates obteve sucesso no desenvolvimento de seis dispositivos que se tornaram lei como parte integrante do Affordable Care Act. Ele é co-autor de 6 livros e livros de exercícios, inclusive o Health Promotion in the Workplace, publicado continuamente há 27 anos, e de mais de 190 artigos, capítulos de livros e colunas. Ele já participou de mais de 260 eventos e workshops como principal palestrante em seis continentes, atuou em conselhos e comissões de 48 organizações com ou sem fins lucrativos e recebeu 13 prêmios nacionais. Ele obteve o grau de PhD em Comportamentos de Saúde (Health Behavior) da University of Michigan, o MBA em Administração Geral e o MPH em Administração Hospitalar da University of Califórnia em Berkeley, e o AB em Psicologia do Oberlin College. Ele frequentou o ensino médio, posteriormente foi um Senior Fulbright Scholar e, também, professor visitante na cidade de Seul, na Coréia.

APÊNDICE

HERO Scorecard

O HERO Best Practice Scorecard© foi desenvolvido como ferramenta para ajudar os empregadores a melhorar a qualidade de seus respectivos programas de promoção da saúde ao documentar os componentes do programa, principalmente de uma perspectiva gestacional. O Scorecard poderá ser utilizado como um inventário para catalogar os componentes de um programa, como indicador de sucesso na implantação dos componentes do programa e como ferramenta comparativa para comparar um programa com aqueles de outros empregadores. A HERO publicou diversos relatórios que sumarizam resultados originários de bancos de dados de respostas.

Na versão 3.1, o questionário principal possui 62 perguntas divididas em seis principais seções: planejamento estratégico (10 perguntas), engajamento das lideranças (6 perguntas), gerenciamento de níveis de programas (8 perguntas), programas (22 perguntas), métodos de engajamento (13 perguntas), e medidas e avaliação (3 perguntas). Ele também possui uma seção opcional sobre resultados, com perguntas mais detalhadas sobre taxas de participação nas várias áreas do programa, custos do programa e impactos de programas sobre riscos de saúde e despesas com tratamento médico.

Os usuários preenchem o Scorecard on-line. O usuário recebe um relatório que mostra a pontuação da sua respectiva organização e pontuações médias para todas as outras organizações.

O Scorecard foi desenvolvido por meio de um processo colaborativo que envolveu dezenas de autoridades em promoção da saúde que ofereceram, voluntariamente, o seu tempo e conhecimento para a HERO (Health Enhancement Research Organization) e para a Mercer, que forneceram expertise em promoção da saúde e suporte técnico para a produção das ferramentas.

Todas as usuárias podem receber gratuitamente o Scorecard e um relatório de follow-up com pontuações para a organização usuária individual e pontuações agregadas médias para todas as organizações usuárias. Relatórios mais detalhados com respostas agregadas para cada pergunta, detalhamento de pontuações por indústria, região geográfica e porte do empregador podem ser adquiridos.

A primeira edição foi desenvolvida em 2006. A versão 3.1 foi lançada em março de 2012, e a versão 4 estava em desenvolvimento na ocasião em que este documento foi escrito. Mais detalhes podem ser encontrados no site do HERO Scorecard:¹⁰ http://www.the-hero.org/scorecard_folder/scorecard.htm.

O CDC Worksite Health ScoreCard: Uma Ferramenta de Avaliação para Empregadores Prevenirem Doenças Cardíacas, AVCs e Problemas de Saúde Associados

O CDC Worksite Health ScoreCard¹¹ foi desenvolvido para ajudar empregadores a determinar se implantaram intervenções e estratégias baseadas em evidências. Ele concentra-se, principalmente, nos componentes de intervenções de programas individuais, embora inclua uma pequena seção sobre projetos em nível organizacional.

O questionário contém 100 perguntas que avaliam a medida na qual os programas utilizaram estratégias baseadas em evidência. As estratégias incluem serviços de aconselhamento (counseling), suporte ambiental, políticas, benefícios do plano de saúde e outros programas no ambiente de trabalho que se mostraram eficazes na prevenção de doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais e problemas de saúde associados. As 100 perguntas são divididas em 12 seções principais: suporte organizacional (18 perguntas), controle do tabaco (10 perguntas), nutrição (13 perguntas), atividade física (9 perguntas), administração do peso (5 perguntas), administração do stress (6 perguntas), depressão (7 perguntas), pressão arterial elevada (7 perguntas), colesterol elevado (6 perguntas), diabetes (6 perguntas), sinais e sintomas de ataque cardíaco e acidentes vasculares cerebrais (4 perguntas) e atendimento de emergência a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (9 perguntas). Os usuários calculam manualmente os seus próprios resultados e não há mecanismos para que incluam os resultados individuais em um banco de dados central.

Todos os itens do questionário estão associados com estratégias documentadas como eficazes na literatura científica. Da perspectiva de pontuação, o valor relativo de cada item é ponderado para que reflita a magnitude de impacto da abordagem e a qualidade da comprovação publicada que apóia o seu impacto. Para cada tópico, são fornecidas referências da literatura científica. O questionário foi testado em campo com uma amostra de 93 ambientes de trabalho muito pequenos, pequenos, médios e grandes em termos de validade e confiabilidade, e viabilidade de adotar as estratégias enfatizadas na ferramenta.

O Apêndice inclui exemplos das estratégias, processos, comunicação e elementos de avaliação que poderão ser incluídos em um plano de forma a atingir diversas metas específicas de saúde. Ele também inclui amostras de orçamentos de programa e templates em branco que podem ser usados na elaboração de planos e orçamentos.

O CDC Scorecard foi desenvolvido por uma equipe de profissionais da CDC e da Emory University. O seu lançamento deu-se em setembro de 2012. Maiores informações podem ser obtidas no site do The Worksite Health Scorecard:

http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/worksite_scorecard.htm

ANEXO 1

Depoimento de participante de programa

“Eu estou mandando este recado do hospital. Eu me envolvi em um acidente de carro terrível. Vou ficar no hospital por muito tempo e terei meses de fisioterapia antes de receber alta. Mas estou vivo. Quando eu entrei no seu programa, eu optei por uma importante mudança. Eu não sou um exemplo de saúde. Eu não me exercito com frequência, e como mais “porcarias” do que deveria. Eu ainda fumo. A decisão que eu tomei foi usar o cinto de segurança todas as vezes que eu entrasse em um carro. Eu estou vivo por causa de vocês. Eu sou grato a vocês. A minha mãe é grata a vocês.”

ANEXO 4

Fórmula para o tamanho da amostra

$$n = (z^2PQ) \div (e^2 + z^2PQ \div N)$$

- n = tamanho da amostra
- z = desvio normal padrão correspondente ao Erro Tipo I ou Falso Positivo, uma situação na qual a análise mostra uma diferença entre dois grupos quando essa diferença, na verdade, não existe. Um valor normalmente aceitável é 0,05, e no caso, $z = 1,96$.
- P = a parcela da população que apresenta o traço em estudo: por exemplo, a parcela que fuma cigarros.
- Q = a parcela da população que não apresenta o traço em estudo: por exemplo, a parcela que não fuma cigarros.
- e = intervalo de confiança; com frequência, $\pm 5\%$ é um erro de confiança aceitável
- N = o tamanho da população geral

ANEXO 2

Avaliação de Saúde com Feedback mais Desenvolvimento de Competências*

Conclusão: Há forte evidência de sua eficácia		
Consumo de tabaco (30)	- 1,5 % prevalência (pp)	- 2,3 % consumo
Consumo de gordura na dieta (11)	- 5,4 % prevalência (pp)	
Controle da pressão arterial (31)	- 4,5 % prevalência (pp)	
Controle do colesterol (36)	- 6,6 % prevalência (pp)	- 4,8 mg/dia
Absenteísmo (10)		- redução de 1,2 dias/ano
Conclusão: Há evidência suficiente de sua eficácia		
Uso do cinto de segurança (10)	- 27,6 % prevalência (pp)	
Consumo elevado de bebida (9)	- 2,0 % prevalência (pp)	
Atividade física (18)	- 15,3 % prevalência (pp)	
Pontuação nos riscos de saúde (21)		
Utilização de serviços médicos (7)		
Conclusão: Há evidência insuficiente de sua eficácia		
Condicionamento físico (9)	- resultados positivos	- efeito de pequenos tamanhos, várias medidas
Composição corporal (27)		
Índice de Massa Corporal (IMC) (8)	- resultados uniformes	
Peso (17)	- 0,56 pds	- efeito de pequeno tamanho
Gordura (6)	- 2,2 %	- efeito de pequeno tamanho
Conclusão: Não eficaz		
Consumo de frutas e legumes (8)	- alterações mínimas observadas	

ANEXO 3

Estrutura ou Modelos de Avaliação

MODELOS NÃO EXPERIMENTAIS

- Um grupo, somente pós teste

$$X \quad O_2$$

- Um grupo, antes e depois (somente pré-teste, pós-teste)

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

MODELOS QUASE EXPERIMENTAIS

- Pré-teste e pós-teste com comparação

$$\begin{array}{ccc} O_1 & X & O_2 \\ \hline O_1 & & O_2 \end{array}$$

MODELOS EXPERIMENTAIS

- Experimental verdadeiro

$$[R] \begin{array}{ccc} O_1 & X & O_2 \\ \hline O_1 & & O_2 \end{array}$$

- Solomon Four Group

$$[R] \begin{array}{ccc} O_1 & X & O_2 \\ \hline O_1 & & O_2 \\ \hline O_1 & & O_2 \\ \hline O_1 & & O_2 \end{array}$$

MODELOS DE ANÁLISES LONGITUDINAIS OU DE SÉRIES TEMPORAIS

- Longitudinal ou série temporal única

$$O_1 O_2 O_3 O_4 \quad X \quad O_5 O_6 O_7 O_8$$

- Múltiplas séries temporais

$$O_1 O_2 O_3 O_4 X_1 O_5 X_2 O_6 X_3 O_7 O_8$$

LEGENDA

O_1, O_2 = Observações ou registros de comportamentos, pontuação em testes ou outros fenômenos

X = Intervenção para a promoção da saúde

----- = Ausência de atribuições aleatórias às condições de tratamento e controle

[R]___ = Atribuições aleatórias de sujeitos às condições de tratamento e controle

ANEXO 5

Tipos de Esforços de Avaliação em Diferentes Estágios de Maturidade do Programa

Pré-implantação

- Tendências nas despesas com tratamento médico
- Transições naturais nas categorias das despesas com tratamento médico
- Despesas com tratamento médico superiores às associadas com os riscos de saúde
- Fatores associados às despesas com tratamento médico

Implantação Inicial

- Riscos de saúde associados com a incidência de incapacidade de curto prazo
- Taxa de participação por localização
- Problemas de saúde auto-relatados, associados com a perda da saúde no trabalho
- Prevalência e distribuição dos riscos de saúde dos funcionários
- Prevalência e distribuição dos riscos de saúde dos funcionários: 3 principais riscos priorizados
- Impacto inicial do programa sobre as taxas de incidência OSHA [N.T.: OSHA Incidence Rate - registro de doenças e lesões ocupacionais segundo os parâmetros da OSHA]
- Impacto inicial do programa sobre o peso
- Alterações no fluxo natural de despesas com tratamento médico

Implantação Intermediária

- Indicadores iniciais de impacto do programa sobre o status de riscos
- Indicadores iniciais de impacto do programa sobre despesas com tratamento médico
- Indicadores iniciais de impacto do programa sobre absenteísmo por doença

Programa Maduro

- Retorno sobre o investimento (ROI)
- Candidaturas a prêmios
- Estudos personalizados

REFERÊNCIAS

- 1 O'Donnell M, Bishop C, Kaplan K. Benchmarking best practices in workplace health promotion. *Art of Health Promotion*. March/April 1997;1:1.
- 2 Taitel MS, Haufle V, Heck D, Loeppke R, Fetterolf D. Incentives and other factors associated with employee participation in health risk assessments. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 50(8):863-72, 2008 Aug.
- 3 Seaverson EL, Grossmeier J, Miller TM, Anderson DR. The role of incentive design, incentive value, communications strategy, and worksite culture on health risk assessment participation. *American Journal of Health Promotion*. 23(5):343-52, 2009 May-Jun.
- 4 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- 5 Baicker KM, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs*. 2010;29:304-311.
- 6 Soler RE, Leeks KD, Razi S, et al. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion: The assessment of health risks with feedback. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010;38(2S):S237-S262.
- 7 Foxman, Edington DW, *Am. J. Pub. Health* 77:971-974, 1987
- 8 Yen L, McDonald T, Hirschland D, Edington DW. Association between wellness score from a health risk appraisal and prospective medical claims costs. *J Occup Environ Med*. 2003 Oct;45(10):1049-57.
- 9 Yen, L. T., Edington D. W., & Witting P. (1991). Associations between health risk appraisal scores and employee medical claims costs in a manufacturing company. *American Journal of Health Promotion: AJHP*. 6(1), 46 - 54.
- 10 HERO Best Practice Scorecard in Collaboration with Mercer. Available at:http://www.the-hero.org/scorecard_folder/scorecard.htm. Accessed September 18, 2013.
- 11 Centers for Disease Control and Prevention. *The CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool for Employers to Prevent Heart Disease, Stroke, and Related Health Conditions*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2012. Available at: http://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/worksite_scorecard.htm. Accessed September 18, 2013.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

Rua Joaquim Floriano, 1052 cj 42

Itaim Bibi - São Paulo CEP 04354-004

www.iess.org.br

