

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Health promotion in the workplace: a systematic review of the literature

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Conhecer as tendências atuais na implantação de programas de Promoção da Saúde em locais de trabalho, de acordo com a literatura especializada, observando se esses programas seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura buscando estudos teóricos ou práticos relacionados a quaisquer aspectos da Promoção da Saúde em locais de trabalho, utilizando os seguintes descritores: promoção da saúde, local de trabalho, ambiente de trabalho, trabalho, tabagismo, abandono do uso de tabaco, alcoolismo, alimentação, atividade física, atividade motora, aconselhamento, perfil de saúde, testes diagnósticos de rotina, indicadores básicos de saúde, indicadores, medicina preventiva, modelo transteórico, triagem e absenteísmo. Foram identificados artigos em português, inglês e espanhol, entre os anos 2000 e 2009, nas bases de dados PUBMED, BIREME e SCIELO. **Resultados:** Os 95 artigos selecionados foram classificados de acordo com os temas estudados e com o foco de suas ações. Os resultados gerais dessas análises mostram a importância do bom planejamento, da avaliação de resultados para correção de eventuais falhas de execução e da mescla de intervenções individuais e organizacionais para otimização dos resultados. **Conclusões:** Publicações científicas que tratam de ações de Promoção da Saúde no local de trabalho podem ser encontradas em bom número e contemplam os principais aspectos teóricos e práticos relacionados à sua implantação. Apesar disso, são poucos os estudos desenvolvidos por equipes de Saúde Ocupacional ou gestores de saúde das empresas, havendo grande predominância daqueles realizados por profissionais ligados à área acadêmica.

Descritores: Promoção da Saúde; Local de Trabalho; Literatura de Revisão como Assunto.

ABSTRACT

Objective: To recognize the current trends in the implementation of health promotion programs in workplaces, according to the literature, investigating whether these programs follow the recommendations of the World Health Organization. **Methods:** A systematic review of the literature was undertaken seeking theoretical or practical issues related to health promotion in workplaces, using the following descriptors: health promotion, workplace, working environment, work, smoking, tobacco use cessation, alcoholism, feeding, motor activity, counseling, health profile, routine diagnostic tests, health status indicators, indicators, preventive medicine, transtheoretical model, triage e absenteeism. Articles in Portuguese, English and Spanish, from 2000 to 2009 and from PUBMED, BIREME and SCIELO databases were included in the study. **Results:** The 95 selected articles were classified according to the studied topics and the main focus of their interventions. The overall results of this analysis show the importance of proper planning, evaluation of results to correct any failure of execution and of mixing individual and organizational interventions to optimize results. **Conclusions:** Scientific publications dealing with actions of Health Promotion at workplace are found in good number, comprising the major theoretical and practical aspects related to their implementation. Nevertheless, few studies are carried out by teams of Occupational Health and health managers of companies, with great predominance of essays performed by professionals involved in the academic area.

Descriptors: Health Promotion; Workplace; Review Literature as Topic.

André Francisco Silva
Carvalho⁽¹⁾
Elizabeth Costa Dias⁽¹⁾

1) Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG) - Belo Horizonte/MG - Brasil

Recebido em: 17/04/2011
Revisado em: 23/08/2011
Aceito em: 03/09/2011

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde é o processo de capacitação de pessoas e comunidades para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, participando ativamente de seu controle⁽¹⁾. Nessa perspectiva, a saúde é considerada como recurso ou meio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal de um grupo social, resultante da construção cotidiana de relações do indivíduo com o meio ambiente e a sociedade⁽²⁾. Este enfoque ultrapassa o modelo tradicional, que entende a saúde como simples ausência de doença.

Esta concepção de Promoção da Saúde surgiu em 1974, apresentada no *Informe Lalonde*, elaborado pelo Ministério da Saúde do Canadá, que à época, buscava maior eficácia e eficiência dos investimentos na área, como alternativa aos crescentes gastos gerados pelo modelo médico vigente, que não eram acompanhados dos resultados esperados sobre a saúde da população⁽¹⁾.

De acordo com o Relatório Lalonde, o campo da saúde pode ser decomposto em quatro componentes, também denominados determinantes da saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde^(1,3). Apesar da assistência à saúde, representada por consultas médicas, internações, exames complementares e outros procedimentos consumir a maior parte dos recursos destinados à área, os demais componentes são responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade, e devem ser priorizados nos investimentos.

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) patrocinou, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade soviética de Alma-Ata⁽³⁾, na qual foi definida a meta “Saúde Para Todos, no Ano 2000”. Na mesma reunião também foi recomendado que os países membros adotassem políticas públicas saudáveis, envolvendo a melhoria da educação em saúde, disponibilização de alimentação adequada, de água e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, planejamento familiar e distribuição de medicamentos básicos.

O amadurecimento dessas ideias e o sucesso das primeiras experiências levaram à realização da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá), no ano de 1986^(1,3). A Carta de Ottawa definiu o conceito de Promoção da Saúde e estabeleceu os campos de ação para sua aplicação nos chamados países desenvolvidos⁽¹⁾, incluindo: a reorientação dos serviços de saúde, capacitação e participação da comunidade nas decisões sobre saúde, criação de ambientes favoráveis à saúde e implantação de políticas públicas saudáveis.

Desde então, foram realizadas outras seis conferências internacionais destinadas à consolidação e expansão da proposta de Promoção da Saúde. A mais recente ocorreu em

Nairóbi, no Quênia, em 2009, e reforçou a necessidade de implantação de ações reais de Promoção da Saúde para a melhoria da saúde das populações do planeta⁽⁴⁾.

No Brasil, as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2006, e definidas estratégias de ação sobre os fatores que impactam negativamente a saúde das pessoas e para promoção do desenvolvimento sustentável e estímulo à cultura de paz, entre outras⁽⁵⁾.

Para a Promoção da Saúde, alguns espaços sociais, como por exemplo, a cidade e a escola, oferecem condições privilegiadas para a implantação de programas e ações, por possibilitar o acesso a um grupo de indivíduos relativamente saudáveis e dispor de infraestrutura para organização e implantação de programas. Nesse sentido, os locais de trabalho também foram definidos como base para a implantação de ações de Promoção da Saúde^(1,6).

Assim, na atualidade, além das ações na rede pública e privada de saúde, muitos empregadores e organizações patronais, como o SESI, têm implementado programas denominados como “Qualidade de Vida” ou “Bem-Estar”, destinados a envolver os trabalhadores na melhoria de sua própria saúde, visando reduzir custos diretos e indiretos associados ao adoecimento⁽⁷⁻¹⁰⁾. Estes programas, muitas vezes, são implantados sob o rótulo de “Promoção da Saúde” e apresentam características bastante heterogêneas.

A proposta deste trabalho é conhecer as tendências atuais na implantação de programas de Promoção da Saúde em locais de trabalho, identificando as principais práticas e recomendações de acordo com a literatura especializada e se esses programas estão seguindo as recomendações definidas pela OMS.

MÉTODOS

Revisão sistemática da literatura especializada nas bases de dados PUBMED, BIREME e SCIELO, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2009. Os descritores pesquisados inicialmente foram promoção da saúde e local de trabalho e, a partir dos resultados iniciais, realizados novos cruzamentos com as palavras-chave dos estudos encontrados, resultando nos seguintes descritores: promoção da saúde, local de trabalho, ambiente de trabalho, trabalho, tabagismo, abandono do uso de tabaco, alcoolismo, alimentação, atividade física, atividade motora, aconselhamento, perfil de saúde, testes diagnósticos de rotina, indicadores básicos de saúde, indicadores, medicina preventiva, modelo transteórico, triagem e absenteísmo. As bases de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) definiram a correspondência de descritores nos diferentes idiomas.

Os 627 artigos encontrados após a busca inicial tiveram título e resumo analisados para identificação daqueles que preenchiam os critérios da revisão, sendo selecionados apenas aqueles que descreviam estudos teóricos ou práticos sobre quaisquer aspectos relacionados à implantação de programas e medidas de Promoção da Saúde especificamente

em locais de trabalho. Teses, dissertações e capítulos de livros não estão incluídos no estudo.

Por fim, restaram 95 artigos para a revisão, sendo 81 publicados em inglês, 13 em português e um em espanhol. As etapas de seleção dos artigos são ilustradas na figura 1.

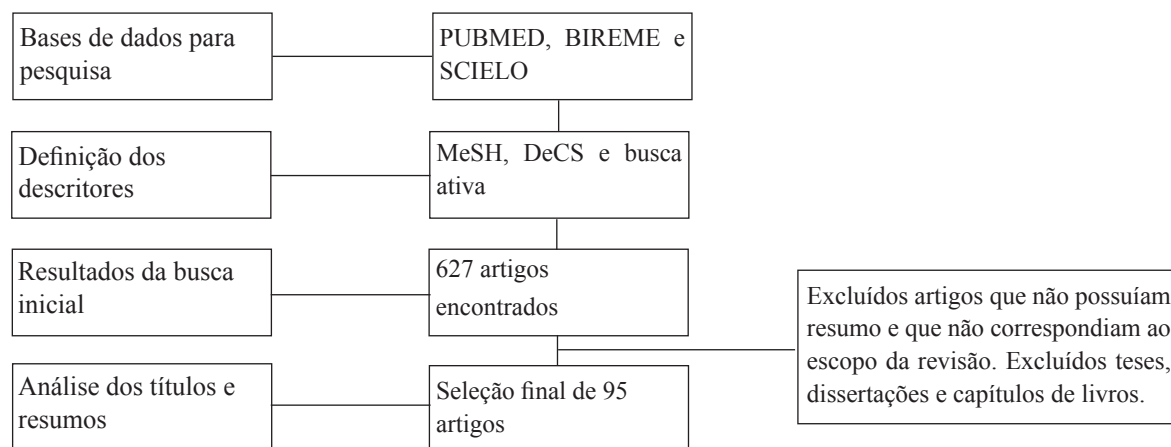


Figura 1 – Etapas de seleção dos artigos para análise.

Realizou-se a extração de dados pela leitura e construção de matriz de análise de conteúdo desses artigos, com definição dos seguintes campos para cada estudo: citação bibliográfica completa, ano e país de publicação; dados sobre o autor; resumo simplificado; tema central do artigo, objetivos, metodologia, resultados e recomendações.

Os estudos foram, então, classificados quanto à origem da publicação, aos temas abordados e ao foco das intervenções, e analisados para identificação dos principais resultados e recomendações encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cinquenta e sete estudos (60%) foram publicados por autores vinculados a instituições acadêmicas ou de pesquisa e apenas nove (9%) por autores ligados ao local onde foram implantadas as ações. Em 29 artigos não foi possível identificar o tipo de vínculo. A distribuição dos artigos, de acordo com o ano de publicação: dois em 2000 e em 2002; quatro em 2001 e em 2003; seis em 2004; oito em 2005; 17 em 2006; 13 em 2007; 21 em 2008 e 18 em 2009, observando-se expressivo crescimento no número de publicações.

A distribuição segundo o país de publicação revela a predominância dos Estados Unidos da América, com 47 trabalhos; seguida do Brasil, com 15; Austrália, sete; Finlândia, cinco; Holanda, quatro; Suécia, três; Noruega, dois; e um conjunto de países com apenas uma publicação.

A análise de conteúdo permitiu a classificação dos artigos de acordo com: a) principais temas abordados relativos à Promoção da Saúde: conceitos e perspectivas; descrição de programas (planejamento e implantação, estratégias, avaliação e pesquisa) e benefícios dos programas; b) pelo foco principal das intervenções: sobre o indivíduo, sociais e organizacionais. Os principais achados, de acordo com esta classificação, são apresentados e discutidos a seguir.

Quanto aos conceitos e perspectivas relativos à Promoção da Saúde, 13 artigos^(1,3,10-20) (14%) apresentam e discutem os marcos conceituais e a evolução dos conceitos relacionados à Promoção da Saúde e sua aplicação em locais de trabalho. Programas de Promoção da Saúde no local de trabalho são vistos como ações que aumentam a sensibilização para mudança de comportamentos não saudáveis e criam ambientes que auxiliam as boas práticas de saúde⁽¹⁰⁾. É destacada a importância de se integrar as práticas de Promoção da Saúde com a Saúde Ocupacional e a influência positiva de políticas saudáveis e ações ambientais na construção da saúde dos trabalhadores⁽¹⁾.

Sete artigos^(8,10,21-25) (7%) discutem as perspectivas em determinado momento sobre Promoção da Saúde e mostram que mais de 90% das empresas com mais de 50 trabalhadores, nos Estados Unidos, já apresentam algum tipo de programa⁽¹⁰⁾. O gerenciamento da saúde e da produtividade dos trabalhadores está se tornando cada vez mais importante para as empresas americanas e seus parceiros⁽⁸⁾.

Os principais desafios para o planejamento e implantação dos programas de Promoção da Saúde são tratados em 24 estudos^(1,6,9,13,14,16,18,26-42) (25%), destacando-se a recomendação de que na etapa inicial sejam identificadas as possíveis barreiras para o sucesso do programa e desenvolvidas estratégias para que sejam contornadas⁽²⁸⁾. As dificuldades mais comuns identificadas são: a falta de apoio da diretoria, a falta de recursos humanos, as dificuldades de financiamento, os custos proibitivos, o baixo interesse entre os trabalhadores, a falta de espaço físico adequado e os conflitos de interesse com a produção^(28,34).

A definição de um responsável (gestor) pelos programas deve ser o primeiro passo para superação dessas dificuldades⁽²⁸⁾. Esse profissional deve possuir boa capacidade de comunicação com os diferentes níveis de trabalhadores e trabalhar para que as estratégias de Promoção da Saúde sejam efetivamente implantadas, planejadas para longa duração, sustentáveis, monitoradas e avaliadas^(6,28).

A participação de representantes das diferentes partes interessadas (*stakeholders*) em todas as fases do programa é recomendada, desde a identificação de demandas até a avaliação de resultados^(1,15,28). Exemplos de *stakeholders* são diretoria, gestores, trabalhadores, parceiros e sindicatos.

O apoio da diretoria pode ser essencial para garantir a execução dos planos, obter recursos financeiros e contornar fatores políticos ou organizacionais, potenciais empecilho às intervenções. A participação de membros da diretoria nas atividades pode ser um bom exemplo para os demais níveis de trabalhadores e para conferir credibilidade em relação às boas intenções dos programas^(13,16,30,31,36).

Deve-se definir e providenciar previamente todos os recursos necessários (físicos, de pessoal, de tempo), custos e seu financiamento, quais os resultados esperados e como serão avaliados^(29,41). Podem-se buscar parceiros para as ações, como planos de saúde, instituições acadêmicas e de pesquisa, institutos de reabilitação, organizações voluntárias e hospitais^(31,41).

Quarenta e três artigos^(7,8,12,14,17,18,20,26,27,33,35,36,38,41,43-71) (45%) apresentam e discutem estratégias utilizadas pelos programas de Promoção da Saúde. Dentre as recomendações dos autores está a de que as intervenções sejam baseadas em evidência (e não apenas no “bom senso”) e oferecidas aos trabalhadores de forma bem estruturada^(7,41,43). As estratégias mais citadas são: avaliações de saúde, palestras, grupos motivacionais, aulas teóricas e práticas, treinamento, transferência indireta de informações (cartazes e folders) e aconselhamento médico^(7,31,62).

Intervenções consideradas mais modernas, com utilização da tecnologia disponível, parecem trazer resultados mais consistentes e com melhor custo-benefício^(8,26,35,54), como por exemplo: uso do telefone para

aconselhamento de saúde; acesso a informações de saúde via intranet/internet; sistematização das informações e elaboração de banco de dados; flexibilidade visando à adaptação das ações às necessidades reais do trabalhador; uso do modelo transteórico (que propõem abordagens diferentes em cada estágio motivacional para mudanças de comportamento) e alinhamento das políticas organizacionais com os programas de Promoção da Saúde.

O uso de novas tecnologias permite que ações de Promoção da Saúde atinjam um maior número de pessoas, por questões como facilidade de acesso e flexibilização de horários, mas, para que sejam realmente eficazes, é necessário que a população-alvo tenha bom domínio sobre elas^(60,35).

Um estudo menciona a utilização de incentivos financeiros como estratégia para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde⁽⁸⁾.

Os estudos registram que as iniciativas em Promoção da Saúde parecem ser mais bem sucedidas quando investem também na melhoria das condições, organização e ambiente do trabalho, levando em conta os interesses e a experiência dos trabalhadores^(20,61). Mas as estratégias focadas nesse tipo de intervenção ainda são escassas⁽¹³⁾.

A importância e as metodologias adequadas para se avaliar os processos e resultados dos programas e realizar pesquisas na área foram abordados por um total de 18 artigos^(3,7,8,10,13,36,41,43,61,68,71-78) (19%).

Há evidências de que programas que monitoram os próprios resultados em intervalos regulares são mais eficazes⁽⁴¹⁾. Recomenda-se que o momento e a forma de avaliação do programa sejam definidos ainda na fase de planejamento e que se estabeleçam objetivos mensuráveis, que possam ser quantificados através de indicadores^(13,41,61).

Indicadores comumente utilizados são o número de participantes, percentagem de participantes a atingir bons resultados, níveis de absenteísmo, média de peso perdido, número de portadores de fatores de risco (consumo de tabaco, hipertensão, hipercolesterolemia, consumo de álcool), gastos da empresa com plano de saúde, indicadores de utilização de planos de saúde, índice de acidentes de trabalho e incidência de doenças ocupacionais^(7,8,10,13,73). Em um estudo, os autores mencionam que a autoavaliação da saúde, muito utilizada nas fases pré e pós-intervenção não é um indicador objetivo⁽⁷¹⁾.

Se bem realizada, essa etapa do programa identifica os pontos positivos e negativos do processo, possibilitando ajustes para se obter os resultados esperados⁽¹³⁾. Resultados estes que, se satisfatórios, podem garantir a continuidade das ações de Promoção da Saúde.

Existem críticas à inadequação da metodologia utilizada por estudos que pretendem documentar ações reproduzíveis em Promoção da Saúde, melhorias

duradouras na saúde da população-alvo e o custo-benefício desses programas^(26,36,41,43). A principal explicação para isso seria a inerente dificuldade em se realizar ensaios clínicos aleatorizados pelo tempo necessário para mensurar seu impacto nesses parâmetros^(43,78).

Como consequência dessas dificuldades, as evidências mais conclusivas em relação ao impacto positivo desses programas na saúde dos trabalhadores dizem respeito a períodos curtos (meses)⁽⁷³⁾. Estudos que proponham melhorias na análise científica dos resultados devem ser encorajados^(36,41).

Sobre os benefícios dos Programas de Promoção da Saúde, 19 artigos tratam da questão^(7,8,10,13,36,39,43,48,54,72,73,76,77,79-84), representando (20%) do total de artigos selecionados e, no geral, concordam que as vantagens financeiras decorrentes da redução de custos com a saúde e/ou por aumento da produtividade dos trabalhadores é o principal motivo para a implantação das ações de Promoção da Saúde nos locais de trabalho^(43,54).

Existem evidências de que o aumento no número de fatores de risco a que um trabalhador está exposto associa-se positivamente com a precarização de sua saúde^(7,36). Pelo raciocínio contrário, é comum a crença de que a redução desses fatores resultaria em economia para a empresa, por prevenir as consequências negativas do adoecimento dos trabalhadores, como o absenteísmo por doença, incapacidade para o trabalho, acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e gastos com serviços de saúde^(7,8,10,36,73).

Entretanto, existem evidências apenas regulares da relação direta entre ações em Promoção da Saúde e redução consistente de exposição a fatores de risco^(43,73). Evidências regulares também foram os resultados de estudos que tentaram relacionar uma menor exposição a fatores de risco como causa direta de diminuição dos gastos com saúde dos trabalhadores^(7,10,43).

De acordo com os resultados dos estudos, os benefícios mais consistentes dos programas de Promoção da Saúde no local de trabalho são o aumento da moral e satisfação dos trabalhadores, a melhora da imagem da empresa no mercado e a maior produtividade e efetividade dos trabalhadores^(7,10,36,43,54). O retorno financeiro decorrente desses benefícios, no entanto, seria suficiente para justificar o investimento nos programas^(7,10,43).

Existem fórmulas para estimar a possível economia consequente a esses benefícios^(76,77), mas não há uma padronização na forma de se quantificar absolutamente esses valores⁽⁸⁾, devido a dificuldades como: questões de confidencialidade, dificuldade no acesso e no processamento das informações (gastos com planos de saúde são, em geral, a informação de mais fácil acesso), fatores econômicos (mudanças na economia, flutuações no valor da moeda corrente) e mudanças demográficas na população-alvo^(43,76).

Sobre a população-alvo das ações, 31 dos artigos encontrados (33%) descrevem programas focados prioritariamente no indivíduo^(7,9,10,12,13,33,35,45,48,50-52,54-56,59,60,62,64,66,68,70,71,79-81,85-89). Esses programas investem em ações baseadas no princípio de que a saúde resulta de comportamentos individuais e, dessa forma, procura sensibilizar trabalhadores expostos a fatores de risco para que passem a adotar hábitos de vida mais saudáveis⁽¹³⁾.

As principais ações individuais incluem estratégias educacionais (palestras, aulas, distribuição de material educativo), comportamentais (grupos de ajuda, aconselhamentos, terapia cognitiva), avaliações de saúde e facilitação no acesso a tratamento de patologias existentes⁽⁷⁾. Dentre elas, as ações de educação em saúde são as mais praticadas⁽⁴¹⁾.

Considerando que as abordagens individuais são as mais comumente implantadas nos locais de trabalho^(13,90), seus resultados são muito heterogêneos, porém há evidência de que possibilitam uma modesta diminuição na exposição a fatores de risco^(54,71,73,78,87), por curtos períodos de tempo, após as intervenções^(7,10). Os resultados são mais positivamente consistentes e duradouros quando são associados a outros tipos de abordagem⁽⁷⁾.

As desvantagens dessas intervenções são a necessidade de persuadir os trabalhadores a procurarem e participarem do programa, e o fato de atingirem prioritariamente aqueles trabalhadores já expostos a fatores de risco ou portadores de patologias^(1,15,91).

A Tabela I classifica e quantifica os resultados esperados de intervenções individuais encontradas nos programas descritos.

Tabela I – Número de trabalhos que apresentam os resultados esperados de ações de Promoção da Saúde.

Aumento da prática de atividade física entre os trabalhadores	16
Alimentação saudável	10
Controle de peso	10
Diminuição do número de trabalhadores com hábito de fumar	05
Controle de fatores de risco cardiovasculares	05
Diminuição dos níveis de estresse	02
Disponibilização de tratamentos relacionados à saúde mental	02
Diminuição de queixas musculoesqueléticas, diminuição de problemas em decorrência do abuso de álcool, planejamento familiar	01

Os programas classificados como tendo um foco social são aqueles baseados em ações que modificam o

ambiente de trabalho e/ou extrapolam suas atuações para além da população de trabalhadores e do local de trabalho. Foram encontrados 17 artigos (18%) que descrevem esse tipo de abordagem^(1,11,15,29,37,44,58,63,65,67,69,91-96). Neste tipo de intervenção, a saúde é entendida como o resultante da influência de diversos fatores externos ao indivíduo⁽¹³⁾. Os locais de trabalho, que muitas vezes são ambientes sedentários e com acesso fácil a alimentos e bebidas calóricas (em refeitórios ou máquinas automáticas de venda, por exemplo), são vistos como um desses fatores externos^(7,91). Há evidências de que mudanças no ambiente de trabalho e em seu entorno podem levar a modificações conscientes e inconscientes de comportamentos não saudáveis^(15,36,91).

Vantagens atribuídas a um local de trabalho saudável são a manutenção da boa saúde dos trabalhadores⁽³⁷⁾ e melhorias nos índices de produtividade da empresa, com resultados mais sustentáveis^(15,90). Além disso, programas com intervenções do tipo social não requerem que o trabalhador participe ativamente de qualquer tipo de atividade (como programas, aulas ou grupos), de modo que virtualmente podem atingir toda a população-alvo, incluindo aqueles trabalhadores de alto risco que relutam em participar de ações individuais^(1,15,37,91).

Exemplos de intervenções sociais que devem ser complementares às individuais e organizacionais são: a) a oferta de alimentos saudáveis, a preços acessíveis, em refeitórios e máquinas automáticas de venda; b) modificações estruturais para encorajar a prática de atividade física; c) eliminação de espaços destinados ao tabagismo; d) estímulos atrativos ao uso das escadas; e) atividades de lazer extensíveis a familiares; f) incentivos ao trabalhador e família para que frequentem eventos esportivos e culturais; g) acesso facilitado à educação e aos cuidados de saúde; h) abono das horas para participação em programas de Promoção da Saúde^(7,29,36,37,68).

As ações classificadas como tendo foco organizacional aparecem em 10 artigos^(13,15,16,20,23,37,49,90,97,98) (11%) e descrevem programas que buscaram implantar uma cultura de saúde e respeito ao trabalhador^(6,26), por meio da adoção de políticas saudáveis na organização do trabalho. As principais características de políticas organizacionais saudáveis são^(1,6,13,28,30): a) oferecer condições para implantação de ações sustentáveis de Promoção da Saúde; b) combater condições de trabalho inseguras e estressantes; c) adaptações individuais das condições de trabalho; d) aumento do controle do trabalhador sobre sua forma de trabalho; e) limitação da demanda de trabalho e do esforço exigido; f) lideranças com atitudes positivas; g) reconhecimento ao bom desempenho e inovações apresentadas pelos trabalhadores; h) recompensas justas e compatíveis com uma qualidade de vida adequada.

O objetivo da adoção dessas políticas seria criar uma boa atmosfera de trabalho, com trabalhadores satisfeitos e confiantes nas boas intenções dos programas implantados^(10,28,30), o que teria um impacto positivo e sustentável na saúde dos trabalhadores e possibilitaria um aumento de produtividade no local de trabalho^(1,37,90).

Não existem evidências conclusivas sobre um impacto positivo direto de intervenções na organização do trabalho sobre a saúde e produtividade do trabalhador, mas há indícios de que esse impacto existe⁽¹³⁾. Uma organização do trabalho danosa pode ser o principal fator de confusão ao se avaliar os resultados de um programa de Promoção da Saúde⁽¹³⁾.

Parece ser consenso entre os autores que ainda existe grande resistência dos empregadores a investir em Promoção da Saúde, dando-se preferência às ações de caráter curativo, envolvendo procedimentos médicos e tratamentos medicamentosos, que beneficiam apenas aqueles que já desenvolveram algum problema de saúde, e não trazem qualquer outro tipo de retorno positivo para a empresa e os trabalhadores^(43,6).

Nas últimas décadas, os estudos e conceitos sobre Promoção da Saúde no local de trabalho evoluiu de forma a reconhecer a influência de políticas sociais amplas e de ações ambientais na construção de sua saúde⁽¹⁾. Novos conceitos favorecem estratégias voltadas para o conjunto da população, com intervenções voltadas tanto para o indivíduo (não apenas aqueles considerados de alto risco), quanto para a organização e o ambiente de trabalho^(1,11).

Entretanto, programas que buscam a criação de ambientes saudáveis, a implantação de políticas saudáveis no local de trabalho e que capacitem os trabalhadores a assumir o controle da própria saúde, seguindo as recomendações da OMS para a Promoção da Saúde, estão longe de constituir prioridade para os empregadores.

CONCLUSÕES

Publicações científicas que tratam de ações de Promoção da Saúde no local de trabalho podem ser encontradas em bom número e contemplam os principais aspectos teóricos e práticos relacionados à sua implantação. Apesar disso, são poucos os estudos desenvolvidos por equipes de Saúde Ocupacional ou gestores de saúde das empresas, havendo grande predominância daqueles realizados por profissionais ligados à área acadêmica.

A falta de evidências científicas conclusivas em relação a diversas ações de Promoção da Saúde mostra a necessidade de se estimular o desenvolvimento de formas mais eficientes de avaliação dos programas, principalmente em relação a seus benefícios em longo prazo.

A busca da diminuição de gastos com a saúde e aumento na produtividade dos trabalhadores, ainda é o maior incentivo ao investimento em programas de Promoção da Saúde. Por isso, intervenções focadas no indivíduo e que buscam reduzir o número de trabalhadores expostos a fatores de risco são as mais comumente encontradas nos locais de trabalho. Os bons resultados iniciais dessa estratégia têm duração limitada e atingem apenas pequena parcela da população-alvo.

Para mudar esse panorama, os Programas de Promoção da Saúde nos locais de trabalho devem passar a oferecer intervenções multifocais, já que os diferentes tipos de abordagem se complementam. Esse é o melhor caminho para capacitar o trabalhador a atuar na melhoria contínua de sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Yassi A. Health promotion in the workplace: the merging of the paradigms. *Methods Inf Med.* 2005; 44(2):278-84.
2. Organização Mundial da Saúde – OMS. Carta de Ottawa. Canadá; 1986.
3. Reis INC, Vianna MB. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):697-709.
4. Organização Mundial da Saúde – OMS. Nairobi Call to Action. WHO; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.
6. Whitehead D. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *J Nurs Manag.* 2006; 14(1):59-68.
7. Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB et al. Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009; 37(4):340-57.
8. Chapman LS. American Journal of Health Promotion Inc. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. *Am J Health Promot.* 2005; 19(6):1-11.
9. Chapman L. Employee participation in workplace health promotion and wellness programs: how important are incentives and which work best? *N C Med J.* 2006; 67(6):431-2.
10. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot.* 2001; 15(5):296-320..
11. Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(1):241-4.
12. De Souza GA, Da Silva AM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesqui Odontol Bras;* 2002;16(1):57-62.
13. Shain M, Kramer DM. Health promotion in the workplace: framing the concept, reviewing the evidence. *Occup Environ Med.* 2004; 61(7):643-8.
14. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promot Int.* 2005; 20(4):351-9.
15. Barrios Casas S, Paravic Klijn T. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14(1):136-41.
16. Berry TR, Plotnikoff RC, Raine K, Anderson D, Naylor PJ. An examination of the stages of change construct for health promotion within organizations. *J Health Organ Manag.* 2007; 21(2-3):121-35.
17. Marziale MHP, Jesus LC. Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):654-9.
18. Morrison E, MacKinnon NJ. Workplace wellness programs in Canada: an exploration of key issues. *Health Manage Forum.* 2008; 21(1):26-32.
19. Weiner BJ, Lewis MA, Linnan LA. Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Educ Res.* 2009; 24(2):292-305.
20. Silva EF, Brito J, Neves MY, Athayde M. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(30):107-19.
21. Partanen TJ, Loria-Bolaños R, Wesseling C, Castillo C, Johansson KM. Perspectives for workplace health promotion in Latin America and the Caribbean. *Int J Occup Environ Health.* 2005; 11(3):313-21.
22. Childress JM, Lindsay GM. National indications of increasing investment in workplace health promotion

- programs by large- and medium-size companies. *N C Med J*. 2006; 67(6):449-52.
23. Smadu M, McMillan CJ. Time to move from paper to practice. *Healthc Pap*. 2007;7 Spec No:64-8; discussion 109-19
 24. Linnan L, Bowling M, Childress J, Lindsay G, Blakey C, Pronk S et al. Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey. *Am J Public Health*. 2008 Aug;98(8):1503-9.
 25. McPeck W, Ryan M, Chapman LS. Bringing wellness to the small employer. *Am J Health Promot*. 2009; 23(5):1-10, iii.
 26. Chapman LS. Expert opinions on “best practices” in worksite health promotion (WHP). *Am J Health Promot*. 2004; 18(6):1-6.
 27. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg ARN, Merrill RM, Ohmine SBS. The effects of a worksite chronic disease prevention program. *J Occup Environ Med*. 2005; 47(6):558-64.
 28. Birken BE, Linnan LA. Implementation challenges in worksite health promotion programs. *N C Med J*. 2006; 67(6):438-41.
 29. Dannenberg AL, Bauer DR, Bland AD, Hobson SE, Rose K. From health destruction to health promotion: conversion of a worksite smoking shelter. *Am J Prev Med*. 2007; 32(1):86.
 30. Naumanen P. Opinions of ageing workers on relative importance of health promotion. *Int J Nurs Pract*. 2006; 12(6):352-8.
 31. Naumanen P. The health promotion of aging workers from the perspective of occupational health professionals. *Public Health Nurs*. 2006; 23(1):37-45.
 32. Araújo AL, Zucchetto NM, Fortes Filho JB. Campanhas de promoção de saúde ocular: experiência do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre. *Rev Bras Oftalmol*. 2007; 66(4):231-5.
 33. Ilvesmäki A. Drivers and challenges of personal health systems in workplace health promotion. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2007:5879-82.
 34. 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*. 2007; 21(6):521-8.
 35. Cousineau T, Houle B, Bromberg J, Fernandez KC, Kling WC. A pilot study of an online workplace nutrition program: the value of participant input in program development. *J Nutr Educ Behav*. 2008; 40(3):160-7.
 36. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:303-23.
 37. Golaszewski T, Allen J, Edington D. Working together to create supportive environments in worksite health promotion. *Am J Health Promot*. 2008 Mar-Apr;22(4):1-10, iii. Review.
 38. Phillips KE, Flood G. Employer approaches to preconception care. *Womens Health Issues*. 2008; 18(6 Suppl):S36-40.
 39. Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Tétreault K, Leblanc MC. Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program. *Can J Public Health*. 2008; 99(1):73-7.
 40. Ryan M, Chapman LS, Rink MJ. Planning worksite health promotion programs: models, methods, and design implications. *Am J Health Promot*. 2008; 22(6):suppl 1-12, iii following p:452.
 41. Johnson L, Denham SA. Structuring successful interventions in employee health programs. *AAOHN J*. 2008; 56(6):231-40.
 42. Carnethon M, Whitsel LP, Franklin BA, Kris-Etherton P, Milani R, Pratt CA et al. American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Epidemiology and Prevention; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. Worksite wellness programs for cardiovascular disease prevention: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009; 27;120(17):1725-41.
 43. Anderson DR, Serxner SA, Gold DB. Conceptual framework, critical questions, and practical challenges in conducting research on the financial impact of worksite health promotion. *Am J Health Promot*. 2001; 15(5):281-8.
 44. Camargo RAA, Bueno SMV. Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(4):490-8.
 45. Proper KI, Hildebrandt VH, Van der Beek AJ, Twisk JWR, van Mechelen W. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *Am J Prev Med*. 2003; 24(3):218-26.
 46. Costa G. Multidimensional aspects related to shiftworkers’ health and well-being. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(Supl):86-91.

47. Marshall AL. Challenges and opportunities for promoting physical activity in the workplace. *J Sci Med Sport*. 2004; 7(1 Suppl):60-6.
48. Proper KI, van der Beek AJ, Hildebrandt VH, Twisk JWR, van Mechelen W. Worksite health promotion using individual counselling and the effectiveness on sick leave: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. 2004; 61(3):275-9.
49. Santos LAS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *Rev. Nutr*. 2005; 18(5):681-92.
50. Bloch MJ, Armstrong DS, Dettling L, Hardy A, Caterino K, Barrie S. Partners in lowering cholesterol: comparison of a multidisciplinary educational program, monetary incentives, or usual care in the treatment of dyslipidemia identified among employees. *J Occup Environ Med*. 2006; 48(7):675-81.
51. Aittasalo M, Miilunpalo S. Offering physical activity counselling in occupational health care: does it reach the target group? *Occup Med (Lond)*. 2006; 56(1):55-8.
52. Kelly-Santos A, Rozemberg B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(5):975-85.
53. Naumanen P. The health promotion model as assessed by ageing workers. *J Clin Nurs*. 2006 Feb;15(2):219-26.
54. Brunges M, Avigne G, Wasik M. Health promotion in the operating room: a quality improvement project. *AORN J*. 2006; 83(1):171-2.
55. Johnson A, Farrow P, Jenkins R. Effectiveness of smoking cessation advice for asbestos workers. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jan;56(1):59-60.
56. Finkelstein EA, Linnan LA, Tate DF, Birken B. A pilot study testing the effect of different levels of financial incentives on weight loss among overweight employees. *J Occup Environ Med*. 2007; 49(9):981-9.
57. Leggett D. The aging work force: helping employees navigate midlife. *AAOHN J*. 2007; 55(4):169-75.
58. Kwak L, Kremers SP, van Baak MA, Brug J. A poster-based intervention to promote stair use in blue- and white-collar worksites. *Prev Med*. 2007; 45(2-3):177-81.
59. Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM, Hunt MK, Goldman R, Smith A et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes Control*. 2007; 18(1):51-9.
60. Chaves EC, Oyama SM. Abordagem telefônica como estratégia para promoção da saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2007; 28(2):171-9.
61. Murta SG, Sanderson K, Oldenburg B. Process evaluation in occupational stress management programs: a systematic review. *Am J Health Promot*. 2007; 21(4):248-54.
62. Ribeiro MA, Martins MA, Carvalho CRF. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. *Sao Paulo Med J*. 2007; 125(2):115-21.
63. Cooley PD, Foley SJ, Magnussen CG. Increasing stair usage in a professional workplace: a test of the efficacy of positive and negative message prompts to change pedestrian choices. *Health Promot J Austr*. 2008; 19(1):64-7.
64. Gemson DH, Commisso R, Fuente J, Newman J, Benson S. Promoting weight loss and blood pressure control at work: impact of an education and intervention program. *J Occup Environ Med*. 2008; 50(3):272-81.
65. Hetland J, Hetland H, Mykletun RJ, Aaro LE, Matthiesen SB. Employees' job satisfaction after the introduction of a total smoke-ban in bars and restaurants in Norway. *Health Promot Int*. 2008; 23(4):302-10.
66. Larsson A, Karlqvist L, Gard G. Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: a 9-month prospective study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008 Jul 21;9:105.
67. Pinheiro ARO, Carvalho DBB. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saude Soc*. 2008; 17(2):170-83.
68. Hersey J, Williams-Piehota P, Sparling PB, Alexander J, Hill MD, Isenberg KB et al. Promising practices in promotion of healthy weight at small and medium-sized US worksites. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5(4):A122.
69. Kimathi AN, Gregoire MB, Dowling RA, Stone MK. A healthful options food station can improve satisfaction and generate gross profit in a worksite cafeteria. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(5):914-7.
70. Sternfeld B, Block C, Quesenberry Jr. CP, Block TJ, Husson G, Norris JC et al. Improving diet and physical activity with ALIVE: a worksite randomized trial. *Am J Prev Med*. 2009; 36(6):475-83.

71. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*. 2009; 104(3):365-77.
72. Riedel JE, Lynch W, Baase C, Hymel P, Peterson KW. The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: a literature review. *Am J Health Promot*. 2001; 15(3):167-91.
73. Schultz AB, Lu C, Barnett TE, Yen LT, McDonald T, Hirschland D et al. Influence of participation in a worksite health-promotion program on disability days. *J Occup Environ Med*. 2002; 44(8):776-80.
74. Musich S, McDonald T, Hirschland D, Edington D. Examination of risk status transitions among active employees in a comprehensive worksite health promotion program. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(4):393-9. Erratum in: *J Occup Environ Med*. 2003; 45(6):663.
75. Dunet DO, Sparling PB, Hersey J, Williams-Piehota P, Hill MD, Hanssen C et al. A new evaluation tool to obtain practice-based evidence of worksite health promotion programs. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5(4):A118.
76. Baker KM, Goetzel RZ, Pei X, Weiss AJ, Bowen J, Tabrizi MJ, et al. Using a return-on-investment estimation model to evaluate outcomes from an obesity management worksite health promotion program. *J Occup Environ Med*. 2008; 50(9):981-90.
77. Trogdon J, Finkelstein EA, Reyes M, Dietz WH. A return-on-investment simulation model of workplace obesity interventions. *J Occup Environ Med*. 2009; 51(7):751-8.
78. Benedict MA, Arterburn D. Worksite-based weight loss programs: a systematic review of recent literature. *Am J Health Promot*. 2008; 22(6):408-16.
79. Tveito TH, Eriksen HR. Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009 Jan;65(1):110-9.
80. Yamamoto S, Loerbroks A, Terris DD. Measuring the effect of workplace health promotion interventions on "presenteeism": a potential role for biomarkers. *Prev Med*. 2009 May;48(5):471-2.
81. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical- and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *Am J Health Promot*. 2001; 16(2):107-16.
82. Serxner SA, Gold DB, Grossmeier JJ, Anderson DR. The relationship between health promotion program participation and medical costs: a dose response. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(11):1196-200. Review.
- 83 - Downey AM, Sharp DJ. Why do managers allocate resources to workplace health promotion programmes in countries with national health coverage? *Health Promot Int*. 2007; 22(2):102-11.
84. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*. 2009; 51(5):554-63.
85. Kristensen TS. Workplace intervention studies. *Occup Med*. 2000; 15(1):293-305.
86. Prabhakaran D, Jeemon P, Goenka S, Lakshmy R, Thankappan KR, Ahmed F et al. Impact of a worksite intervention program on cardiovascular risk factors: a demonstration project in an Indian industrial population. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 53(18):1718-28.
87. Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35(1):7-18.
88. Task Force on Community Preventive Services. A recommendation to improve employee weight status through worksite health promotion programs targeting nutrition, physical activity, or both. *Am J Prev Med*. 2009; 37(4):358-9.
89. Wamp Z. Creating a culture of movement: the benefits of promoting physical activity in schools and the workplace. *Am J Prev Med*. 2009; 36(2 Suppl):S55-6.
90. Noblet A, Lamontagne AD. The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promot Int*. 2006; 21(4):346-53.
91. Engbers LH, van Poppel MNM, Chin MJM, van Mechelen W. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2005 Jul;29(1):61-70.
92. Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health*. 2005; 95(6):1024-9.
93. Lassen A, Bruselius-Jensen M, Sommer HM, Thorsen AV, Trolle E. Factors influencing participation rates

- and employees' attitudes toward promoting healthy eating at blue-collar worksites. *Health Educ Res.* 2007; 22(5):727-36.
94. Sorensen G, Quintiliani L, Pereira L, Yang M, Stoddard A. Work experiences and tobacco use: findings from the gear up for health study. *J Occup Environ Med.* 2009; 51(1):87-94.
95. Gilson ND, Ainsworth B, Biddle S, Faulkner G, Murphy MH, Niven A et al. A multi-site comparison of environmental characteristics to support workplace walking. *Prev Med.* 2009; 49(1):21-3.
96. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, Bógus CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saude Soc.* 2009; 18(2):346-54.
97. Veronese AM, Oliveira DLLC. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos moto-boys: subsídios para a promoção da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006 22(12):2717-21.
98. Lemon SC, Zapka J, Li W, Estabrook B, Magner R, Rosal MC. Perceptions of worksite support and employee obesity, activity, and diet. *Am J Health Behav.* 2009; 33(3):299-308.

Endereço para correspondência:

André Francisco Silva Carvalho
Rua Pouso Alegre, 524/202
Bairro: Floresta
CEP: 30110-010 - Belo Horizonte - MG - Brasil
E-mail: andrefsc@yahoo.com.br