



# EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS LOCAIS DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA

Effectiveness of workplace health promotion programs: integrative review

## MARGARIDA ABREU

**Professora Coordenadora,**  
Doutoramento. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

✉ [mabreu@esenf.pt](mailto:mabreu@esenf.pt)

## ELISABETE BORGES

**Professora Adjunta,**  
Doutoramento. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

## CRISTINA QUEIRÓS

**Professora Associada,**  
Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

### Abstract

**Introduction & Objective:** The current perspective of healthy workplaces implies reinventing new approaches to the relationships between health and work, emphasizing it as a health-promoting agent. Thus, welfare programmes have emerged that include best practices in occupational health. The aim of this study is to present the data gathered on the effectiveness of health promotion programmes in the workplace, through an integrative review.

**Methodology:** Integrative review of the literature according to the Whittemore and Knafl methods, based on English and Portuguese literature published between 2010 and 2019 in the Medline (via PubMed) and EBSCO databases. Grey literature collection was based on searches in the Open Access Scientific Repositories of Portugal and Google Scholar. Studies with experimental, quasi-experimental and descriptive design were included.

**Results:** A total of 57 studies were extracted, in which 98% of the programmes were included in the generation of well-being, namely programmes focused on disease management, treatment of chronic diseases, lifestyle management or prevention of chronic diseases. Most of the programmes showed positive results, since participants decreased body weight, blood pressure, cholesterol level, glycaemia, tobacco consumption, sedentarism and stress level, and increased the level of knowledge, confidence, physical activity, overall health and consumption of healthy food.

**Conclusion:** The results of this study are of potential interest for health professionals and policy-makers, as they provide valuable information for the design of new strategies to promote the health of employees.

**KEYWORDS:** OCCUPATIONAL HEALTH; PROGRAMS; HEALTH PROMOTION

## INTRODUÇÃO



O local de trabalho é considerado um dos contextos prioritários para a promoção da saúde no século XXI

(1,2,3), pois influencia diretamente a nível físico, mental, económico e social dos trabalhadores e, consequentemente, das suas famílias, comunidades e sociedade. Oferece ainda um ambiente ideal e as infraestruturas para apoiar um grande grupo (3). Assim, é necessário reinventar novas abordagens das relações entre saúde e o trabalho, para que o trabalho tenha maior importância como agente promotor de saúde e permita abordagens que se situam para além dos fatores profissionais de risco (4). Note-se que no dia mundial da saúde e segurança no trabalho, a OIT (2) recomenda investimentos inovadores nas capacidades das pessoas, permitindo-lhes adquirir e atualizar habilidades e apoiá-las nas transformações que ocorrem no seu curso de vida. Em Portugal, o “Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC): Extensão 2018/ 2020” renova a ambição e o compromisso de proteger e promover a saúde de todos os trabalhadores (5).

Uma das definições mais reconhecidas de promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) é a da European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 6), que refere os esforços combinados de empregadores, trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Implica, ainda: a combinação da melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho; promoção da participação dos trabalhadores em todo o processo da PSLT; permissão de escolhas saudáveis e incentivo ao desenvolvimento pessoal. Esta Agência defende, também que a PSLT significa mais do que aten-

der aos requisitos legais de saúde e segurança, implicando que os empregadores ajudem ativamente os trabalhadores a melhorar a sua saúde geral e bem-estar.

O conceito de local de trabalho promotor de saúde está a tornar-se cada vez mais relevante à medida que as organizações reconhecem que o sucesso de um mercado globalizado só pode ser alcançado com trabalhadores saudáveis (3). Assim, o desenvolvimento de programas de PSLT será um pré-requisito para o desenvolvimento social e económico sustentável dos diferentes países (3)

Segundo Graça (7) os paradigmas destes programas têm evoluído, emergindo os programas que consideram o bem-estar como fundamental para uma estratégia de saúde. Estes programas têm o potencial para melhorar comportamentos de saúde a nível individual e permitir mudanças estruturais a nível organizacional para proporcionar um ambiente e uma força de trabalho saudáveis (1).

Este trabalho pretende apresentar os dados obtidos através de uma revisão integrativa sobre a eficácia dos programas de promoção de saúde nos locais de trabalho.

## METODOLOGIA

### **Pesquisa da literatura**

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de acordo com o modelo proposto por Whittemore e Knafl (8), o qual permite incluir todo o tipo de literatura relacionada com o objeto de estudo e, consequentemente, conhecer melhor o tema. Colocou-se como ponto de partida a questão “Qual a eficácia dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho?”

Para tal, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados bibliográficas Medline (via PubMed), EBSCO,

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Google Scholar (estas duas últimas para pesquisar “literatura cinzenta”, isto é, trabalhos académicos, dissertações, teses, posters, comunicações, etc.), nos idiomas português e inglês, publicados entre janeiro de 2010 e janeiro de 2019. Os descritores pesquisados incluíram a combinação das palavras “promoção da saúde”, “programa” e “local de trabalho”, em português e inglês.

### **Avaliação dos dados**

Na busca inicial foram encontrados 722 documentos, em seguida analisados em função do seu título e resumo no sentido de identificar os que incluíam a avaliação dos programas de PSLT. Após a eliminação dos textos repetidos, incompletos, de revisão e dos que descreviam projetos, restaram 57 publicações, analisadas com ferramentas de avaliação da qualidade do Joanna Briggs Institute (JBI, 9,10).

### **Análise de dados**

Foi construída uma tabela para análise de conteúdo dos documentos, considerando os seguintes campos para cada estudo: país de publicação, número de participantes, percentagem por sexo, média de idades, foco e formato da intervenção, existência de grupo comparativo e de follow-up, duração do programa e principais resultados.

### **Resultados**

Da análise efetuada obteve-se a **Tabela 1** que inclui os autores, ano de publicação, país, tamanho da amostra, sexo e idade.

### **País do estudo**

Nos 57 estudos analisados verificou-se que 33 tiveram como país de origem os Estados Unidos da América (USA); três a Holanda e o Japão; dois a Austrália, França, >

Malásia, Portugal e Reino Unido. Com apenas uma publicação surge a África do Sul, Alemanha, Bélgica, Brasil, Finlândia, Itália, República da Coreia e Suíça.

### **Caraterísticas dos participantes**

Os programas abrangeram um total de 190 empresas, de pequena, média e grande dimensão, nomeadamente: instituições de saúde (e.g. 59); instituições de governo local e regional (e.g. 38); ensino (e.g. 59); serviços da administração pública (e.g. 57); exército (e.g. 62); empresas de transportes e oficinas de reparação destes (e.g. 36); agricultura (e.g. 56); empresas de construção (e.g. 59); empresas de manufatura, (e.g. 38); comércio e retalho (e.g. 12); empresas de logística (e.g. 41); *call center* (e.g. 38); fábrica de automóveis (e.g. 18); fundação e hotéis, (e.g. 3); bancos (e.g. 16); empresas farmacêuticas (e.g. 55); empresas de gás e energia (e.g. 39); seguradoras (e.g. 16) e outras não especificadas (e.g. 54). Note-se que alguns estudos incluíram várias empresas, simultaneamente, e no que se refere ao número de trabalhadores, estiveram envolvidos 25.592, constituindo as mulheres a maioria (54%) dos participantes. **Tabela 1**

### **Caraterísticas dos programas**

A análise de conteúdo permitiu a classificação dos programas de PSLT relativamente ao foco e formato da intervenção, grupo comparativo, duração e follow-up e principais resultados (**Tabela 2**).

### **Foco e formato da intervenção**

Relativamente ao foco da intervenção, a maioria (61%) inseriu-se no âmbito da gestão dos estilos de vida (e.g. 67); 32% na prevenção das doenças crónicas (e.g. 13); 7% na gestão da doença (e.g. 63) e 5% além da prevenção das doenças crónicas e da gestão dos estilos de vida também tiveram em atenção os custos/efetividade da intervenção (e.g. 30).

Relativamente ao formato da intervenção, 91% decorreu de forma presencial (e.g. 67); 53% foram multicomponentes (e.g. 62) e 22% basearam-se em teorias e modelos, sendo o modelo ecológico social o mais utilizado (e.g. 46).

### **Grupo comparativo, duração e follow-up**

A maioria dos estudos (65%) incluiu um grupo comparativo (e.g. Salinardi et al., 2019). A duração das intervenções foi muito variável, sendo a mais curta a Pillay e colaboradores <sup>(34)</sup>, com cinco sessões de dez minutos cada, numa semana, enquanto a mais longa foi a de Lemon e colaboradores <sup>(32)</sup>, com dois anos. Quanto ao follow-up, 30% não possuiu, 19% ocorreu aos 12 meses, 18% aos 24 meses e 2% aos 36 meses (e.g. 13).

### **Principais resultados**

Como se observa na **Tabela 2**, independentemente das características das intervenções, a maioria teve resultados positivos, pois os participantes diminuíram o peso, pressão arterial, nível de colesterol, glicemia, consumo de tabaco, sedentarismo e nível de stress, tendo aumentado o nível de conhecimentos, de confiança, de atividade física, de saúde em geral e consumo de alimentos saudáveis.

## **DISCUSSÃO**

Da análise de eficácia dos programas de PSLT verificou-se que a maioria teve como alvo a gestão da doença, a gestão dos estilos de vida e a prevenção das doenças crónicas e que, independentemente das características das intervenções, a maioria teve resultados positivos. Para Saliba e Barden <sup>(68)</sup>, os programas encontrados são de bem-estar e as empresas onde foram implementados adotam perspectiva de que os seus trabalhadores não vão lá só para um salário mas também para obter bem-estar pessoal <sup>(69)</sup>.

Segundo a EU OSHA <sup>(6)</sup> os trabalhadores não podem ser forçados a mudar os seus comportamentos de saúde, mas, através do desenvolvimento de um ambiente de trabalho de apoio, podem ser encorajados a adotar comportamentos e atitudes saudáveis.

Assim, espera-se que os efeitos da PSLT se manifestem a nível físico, mental e social <sup>(3,6)</sup>. Este estudo mostrou que as intervenções implementadas produziram melhorias a nível: (i) físico (e.g. diminuição do peso, colesterol e pressão arterial); (ii) mental (e.g. diminuição das emoções negativas, stress e depressão) e (iii) social (e.g. aumento do espírito de camaradagem e formação de equipas, discussão com o grupo de pares acerca da saúde e do investimento enquanto trabalhadores e perceção de apoio para mudar os estilos de vida). Os estudos mostraram ainda que os participantes nas intervenções diminuíram o absentismo e aumentaram a produtividade. Alguns estudos permitiram, também, avaliar os programas a médio prazo, nomeadamente 2-3 anos depois <sup>(70)</sup>. Assim, dos 34 programas de gestão dos estilos de vida encontrados, os de Dekkers e colaboradores <sup>(16)</sup>, LeCheminant e colaboradores <sup>(23)</sup> e Nakamura e colaboradores <sup>(30)</sup> foram avaliados aos dois anos. Do primeiro resultou diminuição de peso, colesterol e aumento do fitness aeróbico; do segundo, aumento da frequência e volume de exercício físico, consumo de vegetais e fruta; e, o último, mostrou que o sucesso da intervenção dependia do grau de dependência tabágica. Quanto à prevenção das doenças crónicas, dos 18 estudos o de Siegel et al. <sup>(13)</sup> foi avaliado aos três anos, tendo-se registado uma diminuição de IMC. Aos 2 anos foram avaliados os programas de Eastbrook e colaboradores <sup>(22)</sup>, sem diminuição do IMC. No estudo de Lemon e colaboradores <sup>(29)</sup> ocorreu uma diminuição

TABELA 1

**DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS DE ACORDO  
COM AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES**

ESTUDO (AUTOR)	PAÍS	TAMANHO DA AMOSTRA (N)	% SEXO		MÉDIA DE IDADE (ANOS)
			HOMEM	MULHER	
Katcher et al. <sup>(11)</sup>	Estados Unidos	726	29,4	70,6	42,0
Robroek et al. <sup>(12)</sup>	Holanda	726	44,0	56,0	42,0
Siegel et al. <sup>(13)</sup>	Estados Unidos	288	26,2	73,8	40,0
Taylor et al. <sup>(14)</sup>	Estados Unidos	14	32,9	57,1	40,0
Wilson et al. <sup>(15)</sup>	Estados Unidos	557	31,0	69,0	36,0
Dekkers et al. <sup>(16)</sup>	Holanda	276	69,2	30,8	42,0
Hochart et al. <sup>(17)</sup>	Estados Unidos	6568	39,0	61,0	42,0
Jackson et al. <sup>(18)</sup>	Estados Unidos	539	84,0	16,0	52,0
McEachan et al. <sup>(19)</sup>	Reino Unido	1260	45,5	54,5	42,7
Terry <sup>(20)</sup>	Estados Unidos	391	59,3	40,7	43,9
Dias et al. <sup>(21)</sup>	Portugal	339	52,9	47,1	-
Estabrook et al. <sup>(22)</sup>	Estados Unidos	-	-	-	-
LeCheminant et al. <sup>(23)</sup>	Estados Unidos	229	58,7	41,3	42,9
Linde et al. <sup>(24)</sup>	Estados Unidos	1672	37,4	62,6	42,9
McHugh et al. <sup>(25)</sup>	Suíça	238	65,0	35,0	41,0
Thorndike et al. <sup>(26)</sup>	Estados Unidos	84	69,8	30,2	42,9
Clark et al. <sup>(27)</sup>	Estados Unidos	84	25,0	75,0	-
Dejoy et al. <sup>(28)</sup>	Estados Unidos	167	97,0	3,0	45,0
Lemon et al. <sup>(29)</sup>	Estados Unidos	782	33,0	67,0	45,0
Nakamura et al. <sup>(30)</sup>	Japão	155	96,7	3,3	44,2
Coffeng et al. <sup>(31)</sup>	Holanda	412	60,0	40,0	-
Lemon et al. <sup>(32)</sup>	Estados Unidos	782	33,0	67,0	45,0
Liau et al. <sup>(33)</sup>	Malásia	17	29,4	70,6	38,2
Pillay et al. <sup>(34)</sup>	Africa do Sul	58	58,6	41,4	31,7
Williams et al. <sup>(35)</sup>	Estados Unidos	6519	48,3	51,7	46,0
Brace et al. <sup>(36)</sup>	Estados Unidos	479	94,0	7,0	46,0
Burton et al. <sup>(37)</sup>	Estados Unidos	101	31,3	69,3	49,0
Harden et al. <sup>(38)</sup>	Estados Unidos	1790	26,6	73,4	46,9 s
Kim et al. <sup>(39)</sup>	Republica da Coreia	205	100,0	-	41,0
Lawton et al. <sup>(40)</sup>	Reino Unido	1260	-	-	-

TABELA 1

ESTUDO (AUTOR)	PAÍS	TAMANHO DA AMOSTRA (N)	% SEXO		MÉDIA DE IDADE (ANOS)
			HOMEM	MULHER	
Mache et al. <sup>(41)</sup>	Alemanha	3095	55,0	45,0	44,0
Musich et al. <sup>(42)</sup>	Estados Unidos	24651	73,0	27,0	42,0
Weinhold et al. <sup>(43)</sup>	Estados Unidos	69	20,3	79,7	51,0
Bellicha et al. <sup>(44)</sup>	França	1328	-	-	-
Jamal et al. <sup>(45)</sup>	Malásia	194	27,3	72,7	40,5
LaCaille et al. <sup>(46)</sup>	Estados Unidos	407	14,9	85,1	43,0
Lucini et al. <sup>(47)</sup>	Itália	1089	70,5	29,5	-
Miller et al. <sup>(48)</sup>	Estados Unidos	68	30,6	79,4	51,2
Osondu et al. <sup>(49)</sup>	Estados Unidos	297	22,0	78,0	49,9
Taylor et al. <sup>(50)</sup>	Estados Unidos	175	18,0	82,0	43,0
Tucker et al. <sup>(51)</sup>	Estados Unidos	42	-w	100,0	43,0
Wieneke et al. <sup>(52)</sup>	Estados Unidos	666	-	-	-
Wilson et al. <sup>(53)</sup>	Estados Unidos	362	-	-	-
Aitassalo et al. <sup>(54)</sup>	Finlândia	396	5,0	95,0	42,6
Arrogi et al. <sup>(55)</sup>	Bélgica	300	22,0	78,0	42,9
Balaguier et al. <sup>(56)</sup>	França	16	62,5	37,5	45,1
Barlett et al. <sup>(57)</sup>	Austrália	120	25,0	75,0	-
Schopp et al. <sup>(58)</sup>	Estados Unidos	180	34,2	65,8	45,7
Caperchione et al. <sup>(59)</sup>	Austrália	19	-	-	-
Kubo et al. <sup>(60)</sup>	Japão	83	77,1	22,9	29,0
Rivera et al. <sup>(61)</sup>	Portugal	53	6,7	93,3	44,2
Paiva <sup>(62)</sup>	Estados Unidos	5703	56,8	43,2	34,6
Smith et al. <sup>(63)</sup>	Estados Unidos	181	12,9	87,1	47,9
Watenabe et al. <sup>(64)</sup>	Japão	190	60,0	40,0	-
Werneburg et al. <sup>(65)</sup>	Estados Unidos	137	11,8	88,2	-
Salinardi et al. <sup>(66)</sup>	Estados Unidos	133	42,0	58,0	44,7
Silva et al. <sup>(67)</sup>	Brasil	175	26,7	73,3	

TABELA 2

## ESTRUTURA DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS

ESTUDO	FOCO E FORMATO DA INTERVENÇÃO	GRUPO COMPARATIVO	DURAÇÃO	FOLLOW-UP	RESULTADOS (REDUÇÃO EM)	RESULTADOS (MELHORIA EM)
Katcher et al. <sup>(11)</sup>	Nutrição vegan diabéticos	Sim	22 semanas Sessões educativas	-	-	Saúde geral Funcionamento físico Saúde mental Vitalidade Satisfação com a dieta Produtividade
Robroek et al. <sup>(12)</sup>	Incentivar o uso de website sobre atividade física Promoção de alimentação saudável e Identificar os fatores relacionados com o seu uso	Sim	Mensal/3 meses	-	-	Cerca de 1/2 dos participantes usou o site Numero de mulheres
Siegel et al. <sup>(13)</sup>	Obesidade Multicomponente	Sim	2 em 2 meses/3-9 reuniões/ano acadêmico	3 anos	Índice de massa corporal	-
Taylor et al. <sup>(14)</sup>	Atividade física	-	6 meses/117 sessões	-	Peso Colesterol HDL	-
Wilson et al. <sup>(15)</sup>	Estilos de vida (Atividade física) Multicomponente Centrada nos trabalhadores e equipa Centrada na organização	Sim	9 a 19 semanas 10mn/dia	-	-	O nível de implementação afeta o grau de mudança no vigor da atividade física
Dekkers et al. <sup>(16)</sup>	Estilos de vida (Doenças cardiovasculares) Telefone e Internet	Sim	6 meses 10 contactos	6 e 24 meses	Peso Colesterol	Fitness aeróbico
Hochart et al. <sup>(17)</sup>	Fatores de risco Utilização e Custos dos serviços de saúde Multicomponente	-	12 meses	-	Pressão arterial Colesterol	Pequeno dos custos com cuidados de saúde
Jackson et al. <sup>(18)</sup>	Controle Hipertensão Multicomponente	Sim	4 emails/4-5 meses	6 meses	-	Compreensão e controle da pressão sanguínea Compreensão das opções de tratamento
McEachan et al. <sup>(19)</sup>	Atividade física Custos Teoria do Comportamento Planeado	Sim	3 meses	9 meses	Pressão arterial	Índice massa corporal Não provou ser custo-efetivo
Terry <sup>(20)</sup>	Cessaçao tabágica Telefone	Sim	-	Pré/pós teste	-	Cessaçao tabágica

TABELA 2

Dias et al. <sup>(21)</sup>	Gestão de stress Multicomponente	-	6H de sessões gestores; 3H de sessões trabalhadores	-	perceção e quantidade de exigência emocional, especialmente para os gestores	Estratégias de coping
Estabrook et al. <sup>(22)</sup>	Prevenção da obesidade Multicomponente (Intervenção ecológica)	-	2 anos	12 e 24 meses	Não ocorreu modificação do IMC	-
LeCheminant et al. <sup>(23)</sup>	Estilos de vida Multicomponente Modelo de mudança de comportamento de O'Donnell	-	-	12 e 24 meses	-	Frequência e volume de exercício Consumo de vegetais e frutos
Linde et al. <sup>(24)</sup>	Prevenção do ganho de peso Multicomponente (Intervenção no Ambiente)	Sim	2 anos	2 anos	A massa corporal não foi significativamente afetada pela intervenção	-
McHugh et al. <sup>(25)</sup>	Gestão do peso Online	Sim	Mensal/1 ano	2 anos	HDL	Pressão arterial Açúcar no sangue
Thorndike et al. <sup>(26)</sup>	Prevenção ganho de peso	Sim	10 semanas 30mn/ semana	1 ano	Peso moderada	Dieta Exercício físico
Clark et al. <sup>(27)</sup>	Atividade física e Gestão de stress (Programa cognitivo comportamental)	-	12 semanas	1 mês	Stress Bem-estar espiritual Qualidade do sono	Atividade física Dieta saudável
Dejoy et al. <sup>(28)</sup>	Prevenção da diabetes Sessões individuais Base no comportamento	-	16 sessões/24 semanas	1 ano	Peso	-
Lemon et al. <sup>(29)</sup>	Prevenção do ganho de peso	Sim	2 anos	12 e 24 meses	Peso	-
Nakamura et al. <sup>(30)</sup>	Cessação tabágica e custo efetividade de apoio individualizado Multicomponente	-	1vez/ semana/6 meses	24 meses	-	Sucesso quanto menor o nível de dependência O grau de dependência determina o custo efetividade
Coffeng et al. <sup>(31)</sup>	Fadiga física e mental Multicomponente	Sim	Sessões de 90 mn/3.5 meses	12 meses	Não melhorou a necessidade de recuperação	-
Lemon et al. <sup>(32)</sup>	Prevenção do ganho de peso Multicomponente	Sim	2 anos	12-24 meses	Modesta de peso	-
Liau et al. <sup>(33)</sup>	Riscos cardiovasculares Multicomponente	-	6 meses	Não	-	Estado de saúde física e mental

TABELA 2

Pillay et al. <sup>(34)</sup>	Atividade física	-	1 semana/5 sessões de 10mn	-	-	Os resultados apoiam mensagens AF atuais que usam o termo caminhada rápida como referência para MPA.
Williams et al. <sup>(35)</sup>	Gestão de peso (obesidade) Modelo ecológico social	Sim	48 semanas/30 mn	12 e 24 meses	IMC, mas sem diferenças estatisticamente significativas	-
Brace et al. <sup>(36)</sup>	Prevenção da diabetes Multicomponente Sessões, posters, website para colaboração família	-	16 sessões de 30 min a 1H	6 e 12 meses	Peso	-
Burton et al. <sup>(37)</sup>	Gestão da diabetes Programa educacional	-	12 meses	6 e 12 meses	-	Conhecimentos Não existiu melhoria significativa nos dados biométricos
Harden et al. <sup>(38)</sup>	Perda de peso Internet Multicomponente (Estratégias comportamentais)	Sim	1 email diário/12 meses	12 meses	Peso pouco significativa, sem implicações a nível do absentismo e presentismo	-
Kim et al. <sup>(39)</sup>	Perda de peso Multicomponente	Sim	24 semanas Sessões de grupo + 1 email/semana	-	Não houve redução significativa de peso nos homens obesos	-
Lawton et al. <sup>(40)</sup>	Atividade física Multicomponente	Sim	15H/3 meses	9 meses	-	Número de participantes que fazem dieta
Mache et al. <sup>(41)</sup>	Comportamento alimentar Atitudes relacionadas com saúde	Sim	Sessões de 30 a 60min/semana	12 meses	-	Comportamento alimentar
Musich et al. <sup>(42)</sup>	Impacto financeiro PPS Mudança riscos em saúde Multicomponente	Sim	-	0-6 meses	-	Saúde Produtividade
Weinhold et al. <sup>(43)</sup>	Estilo de vida Multicomponente	Sim	Sessões de 60min/semana	3 meses	Peso Alimentos ricos em gorduras	Ingestão fibras
Bellicha et al. <sup>(44)</sup>	Atividade física Multicomponente	Sim	2 fases com intervalo de 1 mês	3 a 7 meses	-	Atividade física
Jamal et al. <sup>(45)</sup>	Estilos de vida Obesidade Multicomponente	Sim	Sessões de grupo em 24 semanas	12, 24 e 36 semanas	Peso Emoções negativas Desconforto físico	Qualidade de Vida

TABELA 2

LaCaille et al. (46)	Prevenção da obesidade Multicomponente Modelo ecológico social	Sim	12 meses	6 e 12 meses Após a avaliação inicial	Consumo de frutas, vegetais e fibras	Modesto da atividade física Conhecimentos, informação, discussão com o grupo de pares acerca de saúde e investimento como trabalhadores
Lucini et al. (47)	Prevenção das doenças crónicas Website ou Modelo ecológico	Sim	46 visitas ao site	2 anos	Modelo ecológico: Absentismo	Modelo ecológico: Saúde
Miller et al. (48)	Prevenção da diabetes Modelo do Processo de Ação em Saúde	Sim	16 semanas/ Sessões de 1H	4 e 7 meses	Peso Consumo de legumes e carne vermelha	-
Osondu et al. (49)	Estilo de vida Obesidade Multicomponente	-	12 semanas	12 meses	Peso	Melhoria nos índices cardio metabólicos
Taylor et al. (50)	Booster Atividade física	Sim	3 - 6 meses	-	Comportamento sedentário	Triglicerídeos, mas mantém valores normais Manutenção do IMC
Tucker et al. (51)	Atividade física ausência de exercício atividade termogenica (NEAT) intervenção com <i>coaching</i> personalizado via Mensagem texto	Sim	1-3meses	-	Sedentarismo Massa gorda Peso Benefícios para os enfermeiros	-
Wieneke et al. (52)	Estilo de vida Teoria cognitiva-social Multicomponente	-	Sessões de 1 a 5H/mês	-	-	Perceção de apoio para mudar estilos de vida Perceção de saúde e bem-estar
Wilson et al. (53)	Prevenção da diabetes Multicomponente	Sim	6 Sessões de 10mn	12 meses	Peso	-
Aitassalo et al. (54)	Atividade física/ Sedentarismo Multicomponente	Sim	8 H	1 ano	Sedentarismo	Prática de atividade física
Arrogi et al. (55)	Atividade física	Sim	3 meses 2 sessões x 1H+3 contactos à distância	Final da intervenção e 6 meses após esta	Sedentarismo à semana	Prática de atividade físico à semana
Balaguier et al. (56)	Estilo de vida: Atividade física	Sim	8 semanas 15 mn/dia de trabalho + 1H de exercícios específicos/2x semana	4, 8, 12 semanas	-	Resistência dos músculos extensores e flexores do tronco

TABELA 2

Barlett et al. (57)	Saúde mental, nomeadamente, stress Multicomponente	Sim	7,5H/5 semanas	7 dias	Perceção de stress Distress	Qualidade de vida
Schopp et al. (58)	Estilos de vida: Gestão da saúde Intervenção de apoio social + programa de mudança de comportamento de saúde	Sim	6 semanas/ sessões de 50 mn	3 e 12 meses	Sintomas de depressão	Atividade física
Caperchione et al. (59)	Atividade física website	-	1 ano	-	-	Incentiva a promoção da saúde A moral, camaradagem e formação equipas
Kubo et al (60)	Gestão da depressão e prevenção de suicídio Programa de 1ª ajuda de saúde mental	-	12H (2H/sessão)	1 mês	Estigma	Confiança Competências práticas
Rivera et al. (61)	Gestão do stress Multicomponente	-	5 sessões 15mn/3 meses	-	-	Gestão do stress
Paiva (62)	Estilos de vida Multicomponente	-	1xmês/3 a 12 meses	Pré/Pós teste	Gordura corporal Stress Pressão arterial	-
Smith et al. (63)	Autogestão da doença crónica Workshop + Teoria da aprendizagem social	Sim	2 sessões por semana de 50mn/8 semanas	6 meses	Fadiga Sedentarismo	Saúde física Comportamento alimentar
Watenabe et al (64)	Atividade física Multicomponente	Sim	3 meses	6 meses	-	Atividade física
Werneburg et al. (65)	Gestão de stress	-	Sessões de 60-90 mn/12 semanas	1 mês	-	Saúde em geral Hábitos alimentares Bem-estar espiritual Sono
Salinardi et al. (66)	Estilo de vida Diminuição de peso e melhoria cardiometabólica Multicomponente	Sim	19 sessões/60 mn 0-6 meses perda de peso 6-12 meses manutenção de peso	-	Peso Fatores de risco metabólicos	-
Silva et al. (67)	Atividade física Protocolo de exercício	Sim	sessões 2, 4 e 5 dias/ semana/12 meses	-	Dor músculo-esquelética	Dinâmica de trabalho Bem estar psicofisiológico

do peso e noutro estudo da mesma equipa <sup>(32)</sup> a diminuição foi mais modesta. Já no estudo de Linde e colaboradores <sup>(24)</sup>, o IMC não foi significativamente afetado. Williams e colaboradores <sup>(35)</sup>, verificaram diminuição do IMC, sem diferença estatisticamente significativa, enquanto Lucini e colaboradores <sup>(47)</sup> verificaram uma diminuição do absentismo e melhoria da saúde. Dos programas relacionados com a gestão da doença, dos quatro encontrados, nenhum foi avaliado entre 2-3 anos.

Apesar dos interessantes dados obtidos, esta revisão apresenta algumas limitações, nomeadamente a pesquisa de dados ter sido limitada aos idiomas português e inglês e, portanto, algumas publicações relevantes podem não ter sido identificadas. Além disso, a heterogeneidade dos estudos identificados e a ausência de um esquema de avaliação comum impedem de tirar conclusões robustas sobre qual tipo de intervenções são mais eficazes.

## CONCLUSÃO

A presente revisão fornece uma visão da pesquisa relativa aos programas de PSLT, tendo sido possível identificar a avaliação da sua eficácia. Considerando os resultados positivos da maioria dos estudos analisados, existe um forte argumento para que os empregadores apoiem iniciativas relacionadas com PSLT, pois garantir um local de trabalho e uma sociedade saudável é da responsabilidade social das organizações. ▲



## Referências

1. Fornarow G, Calitz C, Arena, R., Baase C, Isaac F, Lloyd-Jones D, et al. Workplace wellness recognition for optimizing workplace health - a presidential advisory from the American Heart Association. *Circ* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Setembro 28] 131 (20), e480. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>
2. Organização Internacional do Trabalho. Trabalhar para um futuro melhor – Comissão Mundial sobre o Futuro do Trabalho Organização Internacional do Trabalho. Lisboa: OIT; 2019.
3. Organização Mundial da Saúde. Workplace health promotion. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Setembro 28], disponível em: [https://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/](https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/)
4. Sousa-Uva A, Serranheira F. Trabalho e saúde/(doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2013; 11(1): 43-49.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018/2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018.
6. European Agency for Safety and Health at Work. Motivation for employers to carry out workplace health promotion: literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
7. Graça L. Políticas integradas de protecção e promoção da saúde e segurança do trabalho nas empresas portuguesas. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2006; 6: 75-94.
8. Whitemore R., Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52 (5): 546-553.
9. Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual. [Internet]. 2014a [acesso em 2019 Setembro 28] Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
10. Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. [Internet]. 2014b [acesso em 2019 Setembro 28] Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
11. Katcher H, Ferdowsian H, Hoover V, Cohen J, Barnard N. A worksite vegan nutrition program is well-accepted and improves health-related quality of life and work productivity. *Ann Nutr Metab* 2010; 56 (4): 245-252.
12. Robroek S, Brouwer W, Lindeboom D, Oenema A, Burdorf A. Demographic, behavioral, and psychosocial correlates of using the website component of a worksite physical activity and healthy nutrition promotion program: a longitudinal study. *J Med Internet Res* 2010; 12(3): e44.
13. Siegel J, Prellip M, Erasquin J, Kim S. A worksite obesity intervention: results from a group-randomized trial. *Am J Public Health* 2010; 100 (2): 327-333.
14. Taylor W, Shegoga R, Chena V, Rempelb D, Baunc M, Bushd C, et al. The booster break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work* 2010; 37: 433-443 433. DOI: 10.3233/WOR20101097
15. Wilson M, Basta T, Bynum B, DeJoy D, Vandenberg R, Dishman R. Do intervention fidelity and dose influence outco-

- mes? Results from the move to improve worksite physical activity program. *Health Educ Res* 2010; 25 (2): 294-305.
16. Dekkers J, van Wier M, Ariëns G, Hendriksen I, Pronk N, Smid T, et al. Comparative effectiveness of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among a Dutch overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Setembro 28], 11: 49. Disponível em: <http://www.biomed-central.com/1471-2458/11/49>
  17. Hochart C, Lang M. Impact of a comprehensive worksite wellness program on health risk, utilization, and health care costs. *Popul Health Manag* 2011; 14 (3): 111-116.
  18. Jackson J, Kohn-Parrott K, Parker C, Levins N, Dyer, S, Hedalen E., et al. Blood pressure success zone: you auto know a worksite-based program to improve blood pressure control among auto workers. *Popul Health Manag* 2011; 14(5): 257-63. DOI: 10.1089/pop.2010.0060.
  19. McEachan R, Lawton R, Jackson C, Conner M, Meads D, West R. Testing a workplace physical activity intervention: a cluster randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2011; 8: 29.
  20. Terry P, Seaverson E, Staufacker M, Tanaka A. The effectiveness of a telephone-based tobacco cessation program offered as part of a worksite health promotion program. *Popul Health Manag* 2011; 14 (3): 117-125.
  21. Dias L. Estudo de caso: Programa de gestão do stress organizacional enquanto projeto de promoção de saúde ocupacional num contexto empresarial Português. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa; 2012.
  22. Estabrook B, Zapka J, Lemon S. Evaluating the implementation of a hospital work-site obesity prevention intervention: applying the RE-AIM framework. *Health Promot Practice* 2012; 13 (2): 190-197.
  23. LeCheminant J, Merrill R. Improved health behaviors persist over two years for employees in a worksite wellness program. *Popul Health Manag* 2012; 15, (5): 261-266.
  24. Linde J, Nygaard K, MacLehose R, Mitchell, N, Harnack L, Cousins J, et al. Health works: results of a multi-component group-randomized worksite environmental intervention trial for weight gain prevention. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2012; 9: 14. DOI: 10.1186/1479-5868-9-14.
  25. McHugh J, Suggs S. Online tailored weight management in the worksite: does it make a difference in biennial health risk assessment data? *J Health Commun* 2012; 17 (3): 278-293.
  26. Thorndike A, Sonnenberg L, Healey E, Myint-U K, Kvedar J, Regan S. Prevention of weight gain following a worksite nutrition and exercise program randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2012; 43(1): 27-33. DOI: 10.1016/j.amepre.2012.02.029
  27. Clark M, Soyering J, Jenkins S, Daniels D, Berkland B, Werneburg B, et al. The integration of studio cycling into a worksite stress programme management. *Stress Health* 2013; 30: 166-176.
  28. DeJoy D, Padilla H, Wilson M, Vandenberg R, Davis M. Worksite translation of the diabetes prevention program: formative research and pilot study results from fuel your life. *Health Promot Practice* 2013; 14 (4): 506-513.
  29. Lemon S, Wang M, Wedick N, Estabrook B, Druker S, Schneider K, et al. Weight gain prevention in the school worksite setting: a multi-level cluster randomized trial. *Prev Med* 2013; 60: 41-47.
  30. Nakamura K, Sakurai M, Miura K, Morikawa Y, Nagasawa S. Nicotine dependence and cost-effectiveness of individualized support for smoking cessation: evidence from practice at a worksite in Japan. *PLOS ONE* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 Setembro 28] 8 (1), e55836. Disponível em: [www.plosone.org](http://www.plosone.org).
  31. Coffeng K, Boot C, Duijts S, Twisk J, van Mechelen W, Hendriksen I. Effectiveness of a worksite social & physical environment intervention on need for recovery, physical activity and relaxation; results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE* 2014; 9(12), e114860. DOI:10.1371/journal.pone.0114860.
  32. Lemon S, Wang M, Wedick N, Estabrook B, Druker S, Schneider K., et al. Weight gain prevention in the school worksite setting: results of a multi-level cluster randomized trial. *Prev Med* 2014; 60: 41-47. DOI:10.1016/j.ypmed.2013.12.010
  33. Liao S-Y, Hassali MA, Shafie AA, Ibrahim MI. Assessing quality of a worksite health promotion programme from participants' views: findings from a qualitative study in Malaysia. *Health Expect* 2014; 17 (1): 116-128.
  34. Pillay J, Kolbe-Alexander T, Proper K, van Mechelen W, Lambert E. Steps that count: physical activity recommendations, brisk walking, and steps per minute—how do they relate? *J Phys Act Health* 2014; 11 (3): 502.
  35. Williams A, Stevens V, Albright C, Nigg C, Meenan R, Vogt, T. The results of a 2-year randomized trial of a worksite weight management intervention. *Am J Health Promot* 2014; 28 (5): 336-339.
  36. Brace A, Padilla H, DeJoy D, Wilson M, Vandenberg R, Davis M. Applying RE-AIM to the evaluation of fuel your life: a worksite translation of DPP. *Health Promot Pract* 2015; 16 (1): 28-35.
  37. Burton W, Chen C, Li X, Erickson D, McCluskey M, Schultz A. A worksite occupational health clinic-based diabetes mellitus management program. *Popul Health Manag* 2015; 18 (6): 429-36.
  38. Harden S, You, W, Almeida F, Hill J, Linnan L, Allen K, et al. Does successful weight loss in an internet-based worksite weight loss program improve employee presenteeism and absenteeism? *Health Educ Behav* 2015; 42(6): 769-774.
  39. Kim J.-K, Oh S, Steinhubl S, Kim S, Bae W, Han J, et al. Effectiveness of 6 months of tailored text message reminders for obese male participants in a worksite weight loss program: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015; 3(1): e14.
  40. Lawton R, Meacham R, Jackson C, West R, Conner M. Intervention fidelity and effectiveness of a UK worksite physical activity intervention funded by the Bupa Foundation, UK. *Health Promot Inter* 2015; 30(1): 38-49. DOI:10.1093/heapro/dau088.
  41. Mache S, Jensen S, Jahn R, Steudtner M, Ochsmann E, Preuß G. Worksite health program promoting changes in eating behaviour and health attitudes. *Health Promot Pract* 2015; 16 (6): 826-836. DOI: 10.1177/1524839915596310.
  43. Musich S, McCalister T, Wang S, Hawkins K. An evaluation of the well at dell health management program: health risk change and financial return on investment. *Am J Health Promot* 2015; 29 (3): 147-157.
  44. Weinhold K, Miller C, Marrero D, Nagaraja H, Focht B, Gascon G. A randomized controlled trial translating the diabetes prevention program to a university worksite, Ohio,

- 2012-2014. *Prev Chronic Dis* 2015; 12: E210. DOI: 10.5888/pcd12.150301.
45. Bellicha A, Kieusseian A, Fontvieille A, Tataranni A, Copin N, Charreire H, et al. A multistage controlled intervention to increase stair climbing at work: effectiveness and process evaluation. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2016; 13: 47. DOI: 10.1186/s12966-016-0371-0.
  46. Jamal S, Moy F, Mohamed M, Mukhtar F. Effectiveness of a group support lifestyle modification (gslim) programme among obese adults in workplace: a randomised controlled trial. *PLOS ONE* 2016; 11(8): e0160343 DOI:10.1371/journal.pone.0160343.
  47. LaCaille L, Schultz J, Goei R, LaCaille R, Dauner K, Souza R., et al. Go!: results from a quasi-experimental obesity prevention trial with hospital employees. *BMC Public Health* 2016; 16: 171. ISSN: 1471-2458.
  48. Lucini D, Zanuso S, Solaro N, Vigo C, Malacarne M, Pagani M. Reducing the risk of metabolic syndrome at the work-site: preliminary experience with an ecological approach. *Acta Diabetol* 2016; 53: 63-71. DOI 10.1007/s00592-015-0744-x.
  49. Miller C, Weinhold K, Nagaraja H. Impact of a worksite diabetes prevention intervention on diet quality and social cognitive influences of health behavior: A randomized controlled trial. *J Nutr Educ Behav* 2016; 48(3): 160-169.
  50. Osondu C, Aneni E, Shaharyar S, Roberson L, Rouseff M, Das S, et al. The effectiveness of a worksite lifestyle intervention program on high-risk individuals as potential candidates for bariatric surgery: my unlimited potential (MyUP). *Pop Health Manag* 2016; 19 (5): 368-375.
  51. Taylor W, Paxton R, Shego, R, Coan S, Dubin A, Page T, et al. Impact of booster breaks and computer prompts on physical activity and sedentary behavior among desk-based workers: a cluster-randomized controlled trial. *Prev Chronic Dis* 2016; 13: 160231. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160231>.
  52. Tucker S, Farrington M, Lanningham-Foster L, Clark M, Dawson C, Quinn G, et al. Worksite physical activity intervention for ambulatory clinic nursing staff. *Work Health Safety* 2016; 64 (7): 313-325.
  53. Wieneke K, Clark M, Sifuentes L, Egginton J, Lopez-Jimenez F, Jenkins S, et al. Development and impact of a worksite wellness champions program. *Am J Health Behav* 2016; 40 (2): 215-220.
  54. Wilson M, DeJoy D, Vandenberg R, Padilla H, Davis M. Fuel your life: a translation of the diabetes prevention program to worksites. *Am J Health Promot* 2016; 30, (3): 506-513.
  55. Aittasalo M, Livson M, Lusa S, Romo A, Vähä-Ypyä H, Tokola K., et al. Moving to business - changes in physical activity and sedentary behavior after multilevel intervention in small and medium-size workplaces. *BMC Public Health* 2017; 17 (1): 319.
  56. Arroggi A, Schotte A, Bogaerts ., Boen F, Seghers J. Short and long-term effectiveness of a three-month individualized need-supportive physical activity counseling intervention at the workplace. *BMC Public Health* 2017; 17 (1): 52.
  57. Balaguier R, Madeleine P, Rose-Dulcina K, Vuillermé, N. Effects of a worksite supervised adapted physical activity program on trunk muscle endurance, flexibility, and pain sensitivity among vineyard workers. *J Agromedicine* 2017; 22 (3): 200-214.
  58. Bartlett L, Lovell P, Otahal P, Sanderson K. Mindfulness Program for Public Sector Employees: a Pilot Randomized Controlled Trial with Informant Reports. *Mindfulness* 2017; 8: 639-654.
  59. Schopp L, Clark M, Lamberson W, Uhr D, Minor M. A randomized controlled trial to evaluate outcomes of a workplace self-management intervention and an intensive monitoring intervention. *Health Educ Res* 2017; 32 (3): 219-232.
  60. Caperchione CM, Vandelanotte C, Corry K, Power D, Gill N, Duncan M J. Qualitative exploration of the feasibility and acceptability of workplace-based microgrants to improve physical activity: the 10,000 steps pedometer microgrant scheme. *JOEM* 2018; 60 (8): E406-6411.
  61. Kubo,H, Urata H, Katsuki R, Hirashima M, Ueno S, Suzuki Y, et al. Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: a single-arm pilot trial. *PLOS ONE* 2018; 13(12) : e0208114.
  62. Paiva S. Promoção de estilos de vida saudáveis em trabalhadores de saúde que trabalham em serviços de ambulatório, de um hospital central de Lisboa. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2018.
  63. Rivera OL, Ford JD, Hartzell, MM, Hoover TA. An evaluation of army wellness center clients' health-related outcomes. *Am J Health Prom* 2018; 32(7): 1526-1536.
  64. Smith M, Wilson M, Robertson M., Padilla H, Zuercher H, Vandenberg, Ret al. Impact of a translated disease self-management program on employee health and productivity: six-month findings from a randomized controlled trial. *Int J Environ Res. Public Health* 2018; 15: 851. DOI: 10.3390/ijerph15050851.
  65. Watanabe K, Kawakami N. Effects of a multi-component workplace intervention program with environmental changes on physical activity among Japanese white-collar employees: a cluster-randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2018; 25 (6): 637-648.
  66. Werneburg B, Jenkins S, Friend J, Berkland B, Clark M, Rose-dahl J, et al. Improving resiliency in healthcare employees. *Am J Health Behav* 2018; 42(1): 39-50. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.4>
  67. Salinardi T, Batra P, Roberts S, Urban L, Robinson L, Pittas A, et al. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardio metabolic risk factors in worksites. *Am J Clin Nutr* 2013; 97(4): 667-676.
  68. Silva J, Gontijo L, Vieira E, Leite W, Colaço G, Carvalho V, et al. A worksite physical activity program and its association with biopsychosocial factors: an intervention study in a footwear factory. *Int J Ind Ergon* 2019; 69: 73-79.
  69. Saliba Y, Barden S. Counselors and workplace wellness programs: a conceptual model. *The Professional Counselor*, 2017; 7 (2): 104-113. DOI:15241/ys.7.2.104.
  70. Global Wellness Institute. The future of wellness at Work. Miami: Global Wellness Institute; 2016.
  71. Health Promotion Board. Programme evaluation: knowing if your programme works. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Março 18]. Disponível em [https://www.hpb.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/08-programme-implementation-\(addressing-faqs-on-practical-issues\).pdf?sfvrsn=2ed2eb72\\_0](https://www.hpb.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/08-programme-implementation-(addressing-faqs-on-practical-issues).pdf?sfvrsn=2ed2eb72_0)