

ARTIGO

Os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças: Conclusões do Programa Nacional de Saúde no Trabalho

*Jason Lang, MPH, MS, Laurie Cluff, PhD, Julianne Payne, PhD
Dyann Matson-Koffman, DrPH, MPH e Joel Hampton, MS*

Objetivo: Avaliar a implementação de intervenções baseadas em evidências, e mudanças no comportamento dos funcionários associadas à participação no Programa Nacional de Saúde no Trabalho (NHWP). **Métodos:** O Programa Nacional de Saúde no Trabalho (NHWP) recrutou 100 empregadores de pequeno e médio porte e forneceu treinamento e suporte durante 18 meses. Os resultados foram coletados a partir de um questionário respondido pelos funcionários, uma pesquisa de funcionários e dados biométricos no início e 18 meses depois. **Resultados:** Os 41 empregadores que completaram o NHWP implementaram intervenções significativas baseadas nesses resultados e optaram por mais programas promovendo a saúde nos seus locais de trabalho após a participação. Os funcionários apresentaram melhoras significativas nas atividades físicas e em comportamentos nutricionais, mas não apresentaram perda de peso significativa. **Conclusões:** Treinamento e suporte técnico podem ajudar pequenas e médias empresas a implementarem intervenções de saúde baseadas em evidências para promover mudanças positivas no comportamento dos funcionários. Um período de acompanhamento mais longo pode ser necessário para avaliar se o NHWP levou a melhorias nos resultados clínicos.

CONTEXTO

Aproximadamente 70% dos empregadores nos Estados Unidos oferecem algum tipo de programação de bem-estar para funcionários,^{1,2} embora a porcentagem que oferece programas de inclusão seja muito menor. Programas voltados à saúde no ambiente de trabalho são um conjunto de estratégias coordenadas (incluindo programas, políticas, benefícios, cuidados com o meio ambiente e associações para atrair a comunidade) que são implementadas no local de trabalho, projetadas para melhorar a saúde e segurança de todos os funcionários, e para construir uma cultura organizacional de saúde³. De acordo com uma pesquisa nacional de 2004, apenas 6,9% da amostra nacional representativa de locais de trabalho apresentados relataram ter programas inclusivos de incentivo à saúde⁴. Evidências apoiam a eficácia de programas abrangentes de promoção da saúde no local de trabalho para beneficiar a saúde e produtividade dos funcionários.⁵⁻⁸ É menos provável que pequenos e médios empregadores tenham programas de inclusão do que empregadores de maior porte^{3,9}, e possuem capacidade interna limitada para implementar esses programas.¹⁰

Dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, Atlanta, Georgia (Sr. Lang, Dr. Matson-Koffman); e Instituto de Pesquisa Triângulo Triangle Institute (RTI International), Research Triangle Park, North Carolina (Dr. Cluff, Dr Payne, Sr. Hampton). Fonte de Patrocínio: Este trabalho foi apoiado pelo CDC sob adjudicação do contrato no. 200-2008-27958 to RTI Internacional. Aviso legal: As constatações e conclusões deste manuscrito são dos autores e não necessariamente representam o posicionamento oficial dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Os autores não possuem conflitos de interesse. Endereço de correspondência: Laurie Cluff, PhD, RTI International, 3040 Cornwallis Road, RTP, NC 27709 (lcluff@rti.org). Copyright _ 2017 American College of Occupational and Environmental Medicine DOI: 10.1097/JOM.0000000000001045

Em 2011, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) lançaram o Programa Nacional de Saúde no Trabalho (NHWP). O objetivo foi ajudar aproximadamente 100 empregadores na implementação de programas de saúde no ambiente de trabalho, com base em evidências e resultados promissores na área da saúde, com intervenções de prevenção de doenças que melhorariam os resultados na saúde, reduzindo chances de doenças crônicas. O NHWP concentrou-se em intervenções para melhorar a atividade física, a nutrição e reduzir o consumo de tabaco.

O NHWP era único porque visava um grande número de pequenos empregadores (menos de 100 funcionários) e lhes deu treinamento e ferramentas para selecionar, adaptar e implementar suas próprias intervenções a partir de uma extensa lista de intervenções baseadas em evidências. O NHWP foi projetado para fornecer suporte no local e treinamento aos empregadores conforme planejavam, implementavam e avaliavam seus programas. À medida que o período de implementação avançou, os empregadores aplicaram novos conhecimentos e habilidades e assumiram um controle mais direto sobre o planejamento e a implementação de seus programas. A equipe do projeto do NHWP incentivou fortemente os empregadores a implementarem múltiplas intervenções para atender às necessidades e prioridades de saúde dos funcionários.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito do NHWP sobre a implementação, por parte dos empregadores, de intervenções baseadas em evidências referentes à saúde, e sobre as mudanças de atitudes dos funcionários em relação à saúde, assim como em suas percepções, seus comportamentos e peso. Nós presumimos que os pequenos empregadores poderiam construir programas de saúde mais abrangentes nos locais de trabalho com o passar do tempo, e os índices de nutrição, atividade física e consumo do tabaco de seus funcionários estariam diretamente relacionados à implementação dessas atividades. Também tentamos identificar intervenções específicas que foram mais fortemente associadas com esses comportamentos.

MÉTODOS

Seleção do Empregador

A equipe do NHWP começou identificando sistematicamente oito comunidades (municípios) com o potencial de se beneficiarem mais diretamente a partir dos investimentos na saúde de seus trabalhadores. Para fazer isso, a equipe classificou municípios dos EUA com base em fatores de saúde, eliminaram aqueles que não possuíam infraestrutura de saúde pública (e.g., um hospital comunitário) para apoiar programas sustentáveis, e selecionou uma amostra representativa de comunidades urbanas e rurais de múltiplas regiões geográficas nos Estados Unidos. As comunidades tiveram rankings de resultados de saúde na metade-inferior de todos os municípios em seus respectivos estados.¹¹ Para recrutar empregadores, a equipe do NHWP realizou uma campanha de marketing que incluía *webinars* informativos sobre o programa, propagandas em publicações comerciais e na página do NHWP no site do CDC. A equipe do NHWP também realizou compromissos de nível comunitário, reuniões e visitas ao local de trabalho. A equipe recrutou 207 empregadores interessados das oito comunidades, e selecionou 104 deles, na sua maioria de pequeno (menos de 100 funcionários) e médio porte (100 a 250), para participar do NHWP.

Projeto e Estudo Populacional

Um Conselho Internacional de Revisão Institucional da RTI analisou o protocolo e os materiais e considerou-os isentos de revisão institucional porque categorizou como uma avaliação do programa. Este projeto de demonstração usou um pré e pós-design, sem comparação de empregadores. A população estudada incluiu 100 (quatro dos empregadores

selecionados inicialmente se retiraram antes que as avaliações iniciais fossem completadas) organizações empregadoras que completaram a avaliação organizacional do local de trabalho, e seus funcionários realizaram as avaliações de nível individual. Os critérios de elegibilidade para os empregadores incluíam estarem inseridos em uma das oito comunidades, oferecerem plano de saúde para funcionários, terem apoio de liderança para o NHWP, e não terem um programa de incentivo à saúde desenvolvido antes do NHWP começar. Os empregadores interessados apresentaram as requisições. A equipe de projetos do NHWP realizou testes e entrevistas telefônicas conduzidas com empregadores elegíveis. Cada empregador foi classificado com base no seu nível de compromisso, motivação e disposição para participar de treinamentos e atividades nas redes de empregadores. A Tabela 1 inclui os tamanhos e a localidade das 100 organizações participantes. A Tabela 2 fornece as características demográficas dos funcionários participantes. Em 2013, para a coleta de dados, participaram 5471 funcionários (38,7% dos funcionários elegíveis). Em 2015, 1759 funcionários participaram do acompanhamento da coleta de dados (23,3% dos funcionários). Houve 825 funcionários que participaram em ambas as avaliações, de 2013 e 2015.

Tabela 1: Porte das Empresas, Localidade e Ramo da Indústria de Todos os Empregadores e o Subconjunto de Empregadores que Permaneceram Durante o Programa.

	2013	2015
Total de empregadores	100	41
Porte das empresas		
1-49	27	7
50-99	21	8
100-249	35	14
250-499	13	8
500+	4	4
Comunidades/Municípios		
Buchanan, MO (St. Joseph)	10	5
Harris, TX (Houston)	12	1
Kern, CA (Bakersfield)	13	9
Marion, IN (Indianápolis)	13	8
Filadélfia, PA (Filadélfia)	13	8
Pierce, WA (Tacoma)	15	6
Shelby, TN (Memphis)	11	4

Somerset, ME (Skowhegan)	13	0
Setor da indústria		
Assistência médica & assistência social	33	14
Finanças, seguros, imóveis	14	11
Fábricas	12	5
Administração pública	12	4
Serviços técnicos, científicos e profissionais	8	3
Atacado & varejo	6	1
Construção	5	1
Outros	10	2

Programa

O primeiro ano do programa foi dedicado à construção de infraestrutura, treinamento de empregadores e planejamento para a organização de linha de base, além da avaliação do nível dos empregados. A intenção do NHWP era ajudar os empregadores a construir uma cultura de saúde, implementando uma abordagem abrangente de programas de saúde no local de trabalho. Inicialmente, os empregadores participantes não possuíam programas de bem-estar no local de trabalho, ou estavam limitados às intervenções e programas disponíveis através de seus planos de saúde que não exigiam nenhum envolvimento direto dos empregadores. O NHWP foi projetado para ajudar os empregadores a implementarem processos para gerenciar e sustentar seus próprios programas, estabelecendo um caminho para melhorar a saúde e os resultados econômicos das empresas. Empregadores que participam do NHWP recebem orientação e apoio de um diretor comunitário, além de dois funcionários extras para suporte ao programa, com base em cada comunidade. O CDC desenvolveu uma série de cinco treinamentos de "Introdução Básica à Saúde no Trabalho", para fornecer orientação e recomendações para cada etapa na construção de um novo programa abrangente de promoção da saúde no local de trabalho (liderança, adesão e cultura; avaliação e coleta de dados; programa de planejamento; implementação do programa; avaliação do programa). Os diretores realizaram treinamento pessoal na Introdução Básica à Saúde no Trabalho em cada uma das oito comunidades e convidaram os empregadores interessados a participar dos treinamentos com outros empregadores e organizações comunitárias. Após a avaliação inicial, os diretores comunitários ajudaram os empregadores a usarem seus resultados para desenvolver planos para implementar e avaliar os seus próprios programas de promoção da saúde no local de trabalho.

Dez meses após a avaliação inicial em 2013, os serviços disponíveis para os empregadores através do programa foram alterados devido a imprevistos, atrasos e limitações de financiamento. O suporte presencial disponível para os funcionários foi alterado para o treinamento de saúde por telefone para promover a adoção de comportamentos saudáveis. Os diretores comunitários e a equipe de apoio foram substituídos por especialistas do CDC, que ofereciam assistência técnica individual para os empregadores participantes. Nos oito meses

seguintes, estes especialistas também concederam sessões de assistência técnica on-line em grupo para fornecer informações, ferramentas e estratégias para viabilizar o sucesso da implementação dos principais programas de saúde no local de trabalho dos empregadores. Cinco tópicos foram abordados nas chamadas: intervenções de atividade física; estratégias de nutrição no local de trabalho; estratégias de engajamento; programa de estratégias sustentáveis; avaliação de acompanhamento.

Os empregadores que escolheram permanecer envolvidos receberam até 18 meses de assistência técnica durante a duração do NHWP. O NHWP realizou avaliações de acompanhamento de nível de organização e de nível dos funcionários em 2015, aproximadamente 18 meses após a avaliação de 2013, e forneceu aos empregadores relatórios detalhando as mudanças nos comportamentos de saúde dos funcionários e outros resultados desde a fase inicial. Cinquenta e nove dos empregadores que participaram da avaliação de 2013 deixaram o programa antes da avaliação de 2015. A Tabela 1 fornece características iniciais para todos os empregadores e os 41 que permaneceram no programa até a coleta de dados de 2015.

Medidas

CDC Worksite Health ScoreCard - Empregador – Nível de Avaliação

O ScoreCard é um instrumento validado com 125 itens dicotômicos que avaliam a presença de intervenções de promoção da saúde baseadas em evidências em 15 domínios relacionados à saúde. O ScoreCard mede quatro tipos de intervenções: programas, políticas, apoios ambientais e benefícios à saúde. Os programas são oportunidades no local de trabalho para que os funcionários mudem ou mantenham comportamentos de saúde (e.g., materiais educacionais, aulas, programas de autogestão). As políticas são declarações formais ou informais projetadas para proteger ou promover a saúde dos funcionários (e.g., políticas de local de trabalho sem fumo). Os apoios ambientais são elementos físicos ou estruturais para dar suporte à saúde dos funcionários (e.g., alimentos saudáveis disponíveis para compra). Os benefícios para a saúde são aspectos do pacote de remuneração geral do empregador (e.g., seguro, serviços ou descontos em relação à saúde). Todos os itens do ScoreCard são enquadrados levando em consideração se as intervenções estavam ou não em vigor durante os 12 meses anteriores. Cada empregado participante do NHWP completou um ScoreCard em 2013 pouco depois de ser selecionado para o programa e aproximadamente 18 meses depois em 2015.

Tabela 2. Dados Demográficos de Base dos Funcionários (2013) para Todos os Funcionários e Dados de Base para o Subconjunto Comparado de Funcionários que Participaram em Ambas as Avaliações

	Todos os dados	Comparados*
Tamanho da amostra	5.471	825
Mulheres (%)	63.8	73.8
Etnia		
Branco (%)	70.5	74.1
Negro (%)	18.7	15.5
Outras etnias (%)	10.8	4.9

Hispânicos (%)	11.2	8,.9
Idade média (VP)	43.2 (12.3)	44.9 (11.9)
Educação		
Ensino médio ou fundamental	17.6	11.0
Alguma faculdade	31.8	32.0
Faculdade ou ensinos superiores	50.6	57.0
Possuem responsabilidades gerenciais ou de supervisão	29.4	33.8

VP: Variação padrão.

* Funcionários que tiveram dados comparados em 2013 e 2015.

TABELA 3. Necessidades Calóricas Diárias Baseadas em Sexo, Idade e Nível de Atividades Físicas:

	Idade	Sedentarismo	Moderadamente Ativos	Ativos
Mulheres	14-18	1,800	2,000	2,400
	19-30	1800-2,000	2,000-2,200	2,400
	31-50	1,800	2,000	2,200
	51 +	1,600	1,800	2,000-2,200
Homens	14-18	2,000-2,400	2,400-2,800	2,800-3,200
	19-30	2,400-2,600	2,600-2,800	3,000
	31-50	2,200-2,400	2,400-2,600	2,800-3,000
	51 +	2,000-2,200	2,200-2,400	2,400-2,800

Avaliações Individuais dos Empregados

Os funcionários completaram a avaliação de base em agosto a outubro de 2013 e aproximadamente 18 meses depois em 2015.

Exames Biométricos

O programa do NHWP forneceu exames biométricos confidenciais no local para os funcionários participantes para medir a altura, peso, circunferência da cintura, pressão

sanguínea, glicemia em jejum e lipídios no sangue. Os funcionários deram consentimento e receberam seus resultados imediatamente após a triagem.

Pesquisas autorrelatadas - Avaliação e Cultura da Saúde do Pessoal Individual e Auditoria Cultural/de Clima no Ambiente de Trabalho

Os funcionários completaram uma pesquisa de avaliação de saúde que abrangia seu estado de saúde e histórico, participação em cuidados preventivos, comportamentos de saúde (incluindo alimentação, atividade física, uso de tabaco), prontidão para mudar o comportamento e interesses relacionados à saúde e segurança do local de trabalho. Os funcionários também completaram uma pesquisa sobre o clima de saúde e segurança no local de trabalho para medir suas atitudes e percepções sobre o apoio de seus empregadores, supervisores e colegas de trabalho para melhorar estilos de vida saudáveis. Em 2013, os funcionários completaram as pesquisas no local durante o processo de triagem biométrica. Para simplificar o processo em 2015, os funcionários completaram as pesquisas no seu próprio tempo e levaram-nas a eventos de triagem biométrica. Nas duas vezes, os funcionários entregaram pesquisas completas para a equipe do projeto do NHWP. Os funcionários receberam um relatório detalhado dos resultados da pesquisa de avaliação de saúde com feedback algumas semanas após cada período de avaliação. Em ambas as vezes, os empregadores receberam relatórios agregados sobre os resultados de seus funcionários.

Riscos de Estilo de Vida

A equipe do projeto desenvolveu um algoritmo para categorizar funcionários em níveis de alto, moderado e baixo risco para os riscos de estilo de vida. A categorização dos riscos de estilo de vida para a saúde dos funcionários baseou-se em comportamentos de atividade física e nutrição relatados. Os comportamentos nutricionais autorrelatados dos empregados foram avaliados (0 a 10) com base nas necessidades diárias de calorias, determinadas pelo sexo, idade e nível de atividade (Tabela 3). Os pontos foram atribuídos para o consumo semanal de alimentos fritos, frutas, legumes, grãos integrais e refrigerantes, de acordo com as diretrizes de dieta dos EUA de 2010, e em seguida, somados para uma pontuação geral de nutrição (Tabela 4). Dois pontos foram atribuídos para o consumo de cada um dos seguintes critérios: menos de 10% de ingestão calórica de alimentos fritos; pelo menos duas porções diárias de frutas; pelo menos três porções diárias de legumes; pelo menos três a oito porções diárias de grãos integrais (dependendo da idade e nível de atividade), e nenhum consumo de refrigerantes comuns por semana. Além disso, um ponto foi dado para o consumo de um refrigerante comum por semana e zero pontos por mais de um por semana. O nível de atividade física autorrelatado de um empregado foi calculado com base no número de minutos de exercício de intensidade moderada a alta envolvidos por semana (Tabela 4). Os funcionários receberam um nível de risco de estilo de vida com base na soma de seus pontos de nutrição e atividade física (Tabela 4).

TABELA 4. Elementos de Risco de Estilo de Vida, Indicadores, Recomendações e Pontuação.

Fatores/Indicadores de Risco	Recomendações	Pontuação
Nutrição*		
Alimentos fritos	≤ 160-320 calorias/semana	2 pontos
Frutas	≥ 10.5-17.5 porções/semana	2 pontos
Legumes	≥ 14-28 porções/semana	2 pontos

Cereais integrais	≥ 21-56 porções/semana	2 pontos
Refrigerantes comuns (não-diets)	Menos de 1 porção/semana	2 pontos
Atividade física moderada[∞]	150 minutos/semana	
1-29 minutos		2 pontos
30-149 minutos		4 pontos
150-199 minutos		6 pontos
200-299 minutos		8 pontos
Mais de 300 minutos		10 pontos
Hábitos de risco		
Alto	Adotando medidas	≤ 5 pontos ou uso do cigarro
Médio	Melhorando	6-14 pontos
Baixo	Indo bem	≥15 pontos totais

*Baseado em recomendações de dieta de 2010, as quais dependem de sexo, idade e atividades físicas.

[∞]Nós padronizamos o tempo gasto em relação a diferentes níveis de intensidade nas atividades físicas, de forma que: minutos de atividades de alta intensidade=minutos de atividades com intensidade moderadas. Adultos com idade entre 18 e 64 anos necessitam de 150 minutos de atividade física com intensidade moderada ou 75 minutos de atividades físicas de alta intensidade por semana. Baseado nas recomendações para adultos do CDC: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adults/index.htm>.

TABELA 5. Média de Empregadores que Aplicaram Intervenções em 2013 e em 2015, por Tipo de intervenção (N=41) Através de Tópicos Relacionados à Saúde.

Tipo de intervenção	Total possível	Média em 2013 (VP)*	Média em 2015 (VP)*	P
Todas as intervenções	123	42.0 (14.2)	75.4 (16.6)	<0.001
Programas	77	22.3 (10.7)	49.1 (16.6)	<0.001
Políticas	18	7.3 (2.7)	10.1 (2.9)	<0.001
Apoio ambiental	17	4.4 (1.9)	7.3 (2.5)	<0.001
Benefícios à saúde	11	8.0 (2.5)	8.9 (2.4)	0.083

*VP, Variação padrão.

Análise de dados

Foram realizadas estatísticas descritivas (média, VP, porcentagens) para a presença e mudanças nas intervenções no local de trabalho do empregador e nos resultados relacionados à saúde dos funcionários. Os testes de Qui-quadrado e *t* foram conduzidos para avaliar as

diferenças iniciais entre os empregadores que participaram do acompanhamento daqueles que não o fizeram. Foram realizados testes *t* independentes para avaliar as diferenças iniciais entre os funcionários e acompanhar os resultados relacionados à saúde. Os dados iniciais e de acompanhamento dos funcionários foram utilizados para examinar a relação entre a presença de intervenções no local de trabalho e os resultados relacionados à saúde dos funcionários usando modelos lineares mistos para variáveis de resultados contínuos e modelos logísticos mistos generalizados usando a relação de registro para variáveis de resultados proporcionais. Cada modelo usou um efeito aleatório que capturou a variação entre os respondentes dentro de cada empregador. Sexo, idade, etnia (brancos não hispânicos, não hispânicos de outras etnias e hispânicos), escolaridade, nível de responsabilidade de supervisão e momento de avaliação (ou seja, 2013 ou 2015) foram utilizados como efeitos fixos.

RESULTADOS

Alterações no nível do empregador

Comparamos os dados de 2013 de 41 empregadores que permaneceram no programa com os 59 que deixaram o programa. Características relevantes sobre os empregadores (sexo, idade, índice de massa corporal [IMC], nutrição e atividade física) dos empregadores que abandonaram o programa não eram significativamente diferentes dos empregadores que permaneceram. Os 59 empregadores que deixaram o programa começaram com uma média significativamente menor no número de intervenções ScoreCard baseadas em evidências no local, comparadas com os 41 que permaneceram (26,3 em comparação com 31,4, $P=0,035$).

Os 41 empregadores que participaram da coleta de dados de 2015 implementaram, em média, 33 intervenções adicionais baseadas em resultados (de um total de 123) ou um aumento de 27% comparado com o obtido em 2013 (Tabela 5). Os empregadores implementaram significativamente mais programas (27 em média), políticas (três em média) e suporte ambiental (três em média). O número médio de benefícios para a saúde não mudou significativamente.

Como um grupo, os 41 empregadores aumentaram significativamente os movimentos organizacionais que possuíam em seus locais de trabalho para construir e manter uma cultura de saúde. A porcentagem de empregadores que indicaram comprometimento organizacional e apoio à promoção da saúde no local de trabalho em todos os níveis de gestão duplicou para 88% em 2015, de 44% em 2013. A porcentagem de empregadores que defendiam o programa aumentou de 51% em 2013 para 90% em 2015. A maioria dos empregadores realizou mudanças específicas, que foram fortemente incentivadas através do treinamento e da assistência técnica do NHWP, incluindo a formação de comitês para promover a saúde (81% em 2015 vs. 39% em 2013); definição de organização anual de objetivos para promoção da saúde (78% em 2015 vs. 12% em 2013); financiamento para a promoção da saúde (63% em 2015 vs. 20% em 2013); avaliação da programação de promoção da saúde (66% em 2015 versus 12% em 2013). Até 2015, a maioria dos empregadores (78%) também escolheu usar incentivos junto com outras estratégias para aumentar a participação dos funcionários e a maioria (73%) usou algum tipo de competição (geralmente alimentação saudável ou desafios físicos).

Conforme mostrado na Tabela 6, os 41 empregadores que permaneceram no programa aumentaram o número de intervenções políticas e ambientais voltadas aos comportamentos de saúde centrais para o NHWP: nutrição, atividade física e uso do tabaco. Os resultados na Tabela 6 mostram a porcentagem dos empregadores que implementaram uma combinação de políticas e intervenções de suporte ambiental do ScoreCard, antes e depois de participarem do programa. Por exemplo, em 2013, 42% dos empregadores relataram não possuir nenhum tipo de suporte ambiental e nenhuma política relacionada à atividades físicas, enquanto 22% tinham pelo menos um de cada (Tabela 6). Em 2015, apenas 10% relataram não possuir nenhum tipo de suporte ambiental e nenhuma política de atividades físicas, enquanto 66% tinham pelo menos uma política e um suporte ambiental para a atividade física.

As mudanças nas percepções dos funcionários sobre o suporte relacionado à saúde que receberam são mostradas na Tabela 7. A classificação média dos empregados sobre o modo como seu empregador se portam em relação à saúde não sofreu alterações de 2013 para 2015 (7,8 em uma escala de 10 pontos, onde 10 são de apoio). Uma porcentagem significativamente maior de empregados em 2015 (54%) concordou que seu empregador oferecia uma dieta saudável em comparação com 2013 (47,6%). No entanto, uma porcentagem significativamente menor em 2015 (62,2%) concordou que seu supervisor apoiava um comportamento saudável, em comparação com 2013 (67,4%).

TABELA 6. Porcentagem de Empregadores com Políticas Ambientais de Combate ao Tabaco, e Incentivo à Boa Alimentação e à Atividade Física, em 2013 e 2015 (N=41)

2013				2015			
Tabaco		Políticas				Políticas	
		Não	Sim			Não	Sim
Apoio ambiental	Não	4%	60%	Apoio ambiental	Não	2%	32%
	Sim	1%	35%		Sim	0%	66%
Nutrição		Políticas				Políticas	
		Não	Sim			Não	Sim
Apoio Ambiental	Não	5%	0%	Apoio Ambiental	Não	0%	0%
	Sim	73%	22%		Sim	41%	59%
Atividades físicas		Políticas				Políticas	
		Não	Sim			Não	Sim
Apoio ambiental	Não	42%	15%	Apoio ambiental	Não	10%	5%
	Sim	21%	22%		Sim	20%	66%

TABELA 7. Comportamentos e Atitudes Relacionados à Saúde dos Funcionários em 2013 e 2015 (N=825)

	2013	2015	P
Média de suporte da empresa relacionado à saúde pessoal* (VP)	7.8 (2.0)	7.8 (2.1)	0.791
Funcionários que afirmam que a empresa oferece oportunidades de: (%)			
Realizarem atividades físicas	55.5	59.0	0.129
Terem uma dieta saudável	47.6	54.0	0.009
Viverem sem tabaco	64.1	63.4	0.458
Trabalharem em segurança	82.0	77.7	0.008
€Afirmam que os empregadores incentivam hábitos saudáveis (%):	67.4	62.2	0.033

€ Afirmando que os gestores priorizam por um ambiente de trabalho seguro e saudável (%) :	92.1	90.3	0.055
Avaliação média geral da saúde (VP)¥	2.7 (0.8)	2.7 (0.8)	0.559
Fumantes (%)	14.1	11.8	0.245
Porções médias de frutas servidas/semana (VP)	8.5 (11.4)	9.0 (8.4)	0.351
Porções médias de vegetais servidos/semana (VP)	8.3 (9.9)	10.1 (9.1)	<0.001
Porções médias de grãos integrais servidos/semana (VP)	5.4 (7.0)	7.1 (7.1)	<0.001
Porções de refrigerante servidos/semana	2.2 (6.2)	1.7 (3.9)	0.075
Porções de alimentos fritos servidos/semana (VP)	2.3 (3.5)	2.3 (3.7)	0.831
μ Seguindo recomendações nutricionais (%)	5.3	10.0	<0.001
£ Seguindo recomendações de atividades físicas (%)	29.9	38.6	<0.001
Peso			
Peso normal (IMC < 25) (%)	30.8	28.5	0.738
Sobrepeso (IMC entre 25 e 30) (%)	30.4	29.7	0.739
Obesos (IMC > 30) (%)	38.8	41.8	0.246

IMC: índice de massa corporal; VP: variação padrão

* Os funcionários responderam: "Em geral, sua empresa incentiva sua prática de hábitos saudáveis?", em uma escala de 1 a 10, onde: 1 = nenhum suporte, 10 = total suporte.

€ Porcentagem de funcionários que concorda ou concorda totalmente com as afirmações.

¥ Funcionários analisaram sua saúde numa escala de 5 pontos, onde: 1 = excelente e 5 = ruim.

μ Os comportamentos nutricionais relatados dos funcionários foram avaliados (0 a 10) como descrito acima em "Medidas". Os funcionários cumpriram os critérios recomendados tendo pelo menos sete pontos.

£ O nível de atividades físicas relatado pelos funcionários foi marcado como descrito acima em "Medidas". Empregados que relataram pelo menos 150 minutos de atividade moderada, ou pelo menos 75 minutos de atividade de alta intensidade foram categorizados conforme os níveis de atividade física recomendados.

Mudanças no Nível do Empregado

As comparações dos comportamentos relacionados à saúde dos funcionários em 2013 e 2015 são mostradas na Tabela 7, para os funcionários que participaram em ambos os períodos de tempo. Embora a saúde dos funcionários tenha permanecido a mesma (média de 2,7 em uma escala de 1 = excelente para 5 = ruim), eles relataram melhorias em comportamentos relacionados à saúde. A porcentagem de fumantes diminuiu, embora não significativamente. Os funcionários relataram consumir porções satisfatoriamente maiores de legumes e grãos integrais em 2015 em comparação com 2013, e as porcentagens que atenderam às recomendações de atividades físicas e nutricionais aumentaram significativamente. A porcentagem de empregados classificados com sobrepeso ou obesidade, não mudou significativamente ao longo do período de 18 meses.

Para exibir a mudança de nível de risco dos funcionários para outro nível ao longo do período do projeto, de 18 meses, criamos um diagrama de fluxo¹³ de risco, para o risco do estilo de vida dos funcionários (Fig. 1) usando os 825 funcionários que participaram em 2013 e 2015. Os critérios utilizados para atribuir os funcionários a um nível de risco de estilo de vida estão descritos acima na seção "Medidas". O fluxo de risco de estilo de vida representado na Fig. 1

mostra que, entre 2013 e 2015, cerca de 44,9% (198/441) dos funcionários melhoraram o seu nível de risco de alto a moderado. O número de funcionários que se deslocam entre os níveis de risco mostrados com as setas, indica que o fluxo global estava em uma direção positiva em relação ao risco de estilo de vida (setas grossas entre caixas). Dos empregados categorizados com risco alto ou moderado em 2013, 31,8% ([198p34p17] / [441p343]) passaram para um nível de risco mais favorável em 2015. Dos empregados classificados como risco moderado ou baixo em 2013, 31% [88p29p2] / [343p41]) passaram para um nível de risco menos favorável (setas finas entre caixas). Cerca de 60,2% ([221p10] / [343p41]) mantiveram seu nível de risco de vida moderado ou baixo de 2013 em 2015 (flechas finas dentro de caixas de risco moderado e baixo) e 51,2% (226/441) permaneceram no nível alto de risco de estilo de vida (seta fina dentro da caixa de alto risco). No geral, entre 2013 e 2015, uma maior porcentagem dos 825 funcionários mudou-se para um nível de risco mais favorável em comparação com a porcentagem que se mudou para um nível de risco menos favorável (30,2% vs. 14,4%, $P < 0,001$). Outros 28% mantiveram seu nível de risco baixo ou moderado, enquanto os outros 27,4% permaneceram no nível de alto risco.

Relação entre Intervenções do Empregador e a Saúde do Empregado

Nós presumimos que o número de intervenções aplicadas pelo empregador no ambiente de trabalho estaria diretamente relacionado com os hábitos dos funcionários em relação à saúde. Testamos essa hipótese com análises separadas usando tabagismo, questões de atividade física e questões nutricionais como variáveis de resultado e encontramos suporte limitado para ela. Em cada modelo, controlamos a demografia dos empregados e o porte do empregador. Não encontramos efeitos significativos quando relacionamos o efeito do número de intervenções contra o tabagismo sobre o nível de consumo de tabaco de um funcionário ou o efeito do número de intervenções de nutrição nos quesitos nutricionais dos funcionários. Não encontramos uma relação significativa quando relacionamos o efeito do número de intervenções de atividade física nos empregados no quesito atividade física.

Examinamos também a relação entre intervenções e comportamentos dos funcionários em relação à saúde em que as intervenções são projetadas para trazer uma melhoria (Tabela 8). Testamos se os empregadores, com cada intervenção específica dos módulos ScoreCard de tabaco, nutrição e atividade física, tiveram um efeito significativo no tabagismo, pontos nutricionais e quantidade de atividades físicas. Nós relacionamos os principais efeitos de cada intervenção com seu respectivo resultado, o controle da demografia dos empregados, o tamanho do empregador e se os dados foram coletados em 2013 ou 2015. Como estávamos procurando o principal efeito da intervenção no comportamento dos funcionários, realizamos análises a partir dos 825 funcionários que tiveram dados coletados em 2013 e 2015. Para sete das nove intervenções de tabaco, a porcentagem de empregados que continuou fumando foi menor nos locais de trabalho onde houve programas anti-tabaco, em comparação com a porcentagem de trabalhadores que fumava em locais de trabalho que não tinham esses programas; no entanto, nenhuma das diferenças foi significativa.

Os resultados das intervenções nutricionais foram variados. Uma política de nutrição (que oferece escolhas mais saudáveis durante as reuniões) resultou num efeito significativo e positivo nos quesitos relacionados à nutrição dos funcionários ($P=0,0.039$). A presença de uma intervenção programática (fornecer folhetos, vídeos ou outras informações escritas ou on-line que abordam os benefícios de uma alimentação saudável) foi associada a pontos de nutrição significativamente mais baixos ($P=0,026$). Dois programas de incentivo à atividade física (fornecendo facilidade de exercícios no local [$P=0.031$] e postam avisos em elevadores, entradas/saídas de escadas e outros locais-chave que estimulam os funcionários a usarem as escadas [$P=0.001$]) tiveram efeito positivo na porcentagem de funcionários que participam de pelo menos 150 minutos de atividade física por semana.

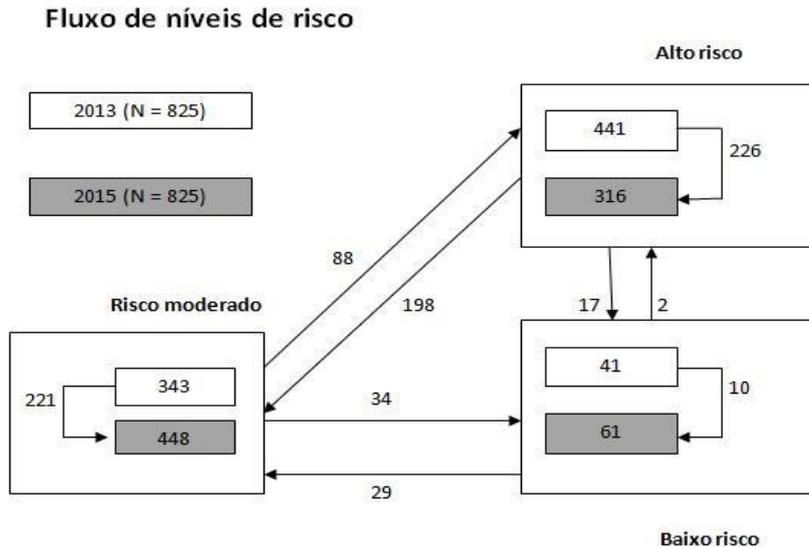


FIGURA 1. As caixas mostram o número de funcionários categorizados em categorias de risco de alto, moderado e baixo na avaliação de 2013 e na avaliação 18 meses depois em 2015. As setas mostram o número de funcionários que mudaram ou permaneceram em categorias de risco de estilo de vida entre 2013 e 2015. Entre 2013 e 2015, 30,2% dos 825 funcionários se mudaram para um nível de risco mais favorável (setas em negrito), enquanto 14,4% mudaram para um nível de risco menos favorável ($P < 0,001$). Outros 28% mantiveram seus níveis de risco moderado ou baixo ao longo dos 18 meses, e os restantes 27,4% permaneceram num nível de risco alto.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o NHWP, uma iniciativa liderada pelo CDC, projetada para ajudar um grupo de 100 empregadores a adotar intervenções de promoção de saúde baseadas em evidências, criadas para melhorar as atitudes e comportamentos de seus funcionários relacionados à saúde. Os empregadores que participaram do estudo iniciaram o programa com atividades de bem-estar limitadas e operaram a partir de comunidades identificadas como suscetíveis de se beneficiarem de recursos para a promoção da saúde por causa da baixa saúde de seus residentes em relação a outros municípios em seus estados. A equipe do programa e os empregadores participantes tiveram a oportunidade de aumentar drasticamente os investimentos em recursos relacionados à saúde, ao mesmo tempo em que enfrentavam o desafio significativo de melhorar os resultados de saúde dos funcionários em contextos em que tais investimentos eram provavelmente incomuns e talvez subestimados. As constatações desta avaliação refletem o potencial do empregador e os obstáculos do nível dos funcionários que o projeto enfrentou no começo.

Alterações no Nível do Empregador

Os 41 empregadores que permaneceram no programa e completaram as avaliações de 2013 e 2015 mostraram aumentos significativos no número e no tipo de intervenções de promoção da saúde que ofereceram aos seus empregados. Os empregadores quase dobraram seu número total de intervenções de bem-estar, visando uma variedade de áreas de saúde e implementando uma combinação de programas, políticas, apoio ambiental e benefícios para a saúde. Os empregadores fizeram os maiores aumentos no número de programas oferecidos, muitos dos quais podem ser feitos, sem muito esforço e com poucos recursos (e.g., fornecendo folhetos, cartazes, panfletos) e estão focados na autogestão da saúde. Além disso, o número de intervenções que exigem mais esforços do empregador, focadas na mudança do ambiente de

trabalho, também aumentou significativamente (e.g., implementação de políticas de alimentos saudáveis nas reuniões).

Os coordenadores do NHWP refletiram sobre o processo de implementação do programa e fizeram várias observações sobre por que alguns empregadores conseguiram mais sucesso do que outros. Empregadores com programas mais robustos criaram uma base de apoio organizacional para a promoção da saúde. Estes empregadores tinham vários pontos em comum, incluindo forte apoio de liderança sênior para a promoção da saúde (especialmente os líderes que deram exemplo participando do próprio programa); comitês de bem-estar bem engajados e campeões de programas; uso de múltiplas estratégias de promoção da saúde; a capacidade de manter a programação atualizada para incentivar a participação dos funcionários; diálogos frequentes sobre seus programas usando múltiplos canais; e solicitação da participação contínua dos funcionários no programa. Os empregadores mais bem sucedidos estabeleceram objetivos bem desenvolvidos (isto é, específicos, mensuráveis, relevantes, realizáveis, com limite de tempo) e planos de programas detalhados correspondentes que distribuíram a responsabilidade de completar tarefas. Em contrapartida, os empregadores que lutaram para progredir tinham planos vagos, apoio de liderança limitado e baixo envolvimento, ao longo do tempo, de seus comitês ou campeões de promoção da saúde. Alguns empregadores conseguiram poucos resultados, pois ficaram sobrecarregados com as tarefas do programa de promoção da saúde, além de seus respectivos trabalhos, e não puderam ou não quiseram delegar tarefas do programa.

Em geral, ao longo da duração do NHWP, os empregadores adotaram programas mais abrangentes de promoção da saúde. No início, a maioria dos empregadores participantes tinham programas relativos ao tabagismo, nutrição e atividade física que apoiavam a saúde dos funcionários usando apenas políticas, suporte ambiental ou nenhum dos dois. No momento do acompanhamento, entre 59% e 66% desses empregadores criaram programas de bem-estar que incluíam ambas as políticas, de apoio ambiental e de apoio ao bem-estar. A combinação dessas políticas reflete o compromisso dos empregadores com mudanças estruturais práticas no local de trabalho, que provavelmente serão sustentadas, mesmo que as prioridades organizacionais ou financeiras mudem.

Outros estudos relataram melhorias no número de intervenções de melhores práticas que os empregadores de organizações de pequeno porte adotaram quando foram fornecidas recomendações e kits de implementação.^{14,15} Este é um dos poucos estudos nacionais que demonstram que a partir de treinamento, suporte e orientação, um número considerável de empregadores menores pode adotar programas de promoção de saúde mais abrangentes no local de trabalho em um período de tempo relativamente curto. O processo do NHWP começou por aumentar o conhecimento dos empregadores sobre cada etapa na criação de um novo programa abrangente de promoção da saúde no local de trabalho. Este investimento inicial na construção de conhecimento fundamental aumentou a capacidade dos empregadores participantes de aumentar significativamente o número de intervenções para manterem seus programas após a conclusão do NHWP. Fornecer ferramentas efetivas e treinamento para empregadores de pequeno porte pode ser uma estratégia promissora e econômica para ajudá-los.

TABELA 8. Número e Porcentagem de Empregadores com Intervenções do ScoreCard. Porcentagem de Funcionários que Fumam, Pontos de Nutrição Médios dos Funcionários e Porcentagem de Funcionários Envolvidos em Pelo Menos 150 Minutos de Atividade Física

Semanal em Locais de Trabalho Onde a Intervenção Não Está Presente em Comparação com Locais Onde a Intervenção Está Presente, em 2013 e em 2015 (825 Funcionários).

	Número de empregadores adeptos (%)		Número de funcionários fumantes (%)		
	2013	2015	Não presente	Presente	P
Intervenções de combate ao tabagismo em ScoreCard					
Possuem políticas de combate ao tabagismo no ambiente de trabalho?	22 (59.5)	23 (62.2)	10.2 (2.86)	9.4 (2.49)	0.751
Reforçam ativamente o incentivo ao combate do tabagismo?	15 (40.5)	23 (62.2)	10.4 (2.79)	9.2 (2.48)	0.573
Colocaram placas de aviso (NÃO FUME) e anúncios com informações sobre o uso do cigarro?	14 (37.8)	23 (62.2)	11.5 (2.96)	7.6 (2.21)	0.073
Consultam fumantes e mantêm contato via telefone?	10 (27.0)	24 (64.9)	10.4 (2.68)	8.6 (2.52)	0.412
Fornecem planos de saúde de baixo ou zero custo para substituição da nicotina ou prescrição de medicamentos para o combate ao tabagismo?	21 (56.8)	26 (70.3)	10.5 (2.91)	9.3 (2.42)	0.562
Fornecem planos de saúde de baixo ou zero custo para produtos de substituição de nicotina de venda livre aprovados pela FDA*?	10 (27.0)	18 (48.7)	10.3 (2.64)	8.9 (2.58)	0.531
Fornecem ou promovem aconselhamento gratuito ou subsidiado para o combate ao tabagismo?	17 (46.0)	23 (62.2)	11.5 (2.96)	7.6 (2.21)	0.071
Informam os funcionários sobre a cobertura do plano de saúde ou programas que incluem medicamentos para combater o tabagismo?	13 (35.1)	28 (75.7)	9.7 (2.67)	9.8 (2.64)	0.953
Impedem que não fumantes comecem a fumar e ajudam aqueles que estão parando de fumar?	3 (8.1)	5 (13.5)	9.9 (2.44)	7.6 (3.18)	0.455
Proíbem a venda de produtos derivados do tabaco em suas empresas?	40 (97.3)	39 (94.6)	2.0 (2.36)	10.1 (2.47)	0.150

	Número de empregadores adeptos (%)	Número de funcionários com hábitos nutritivos (%)
--	------------------------------------	---

Intervenções de incentivo à alimentação saudável em ScoreCard	2013	2015	Não presente	Presente	P
Possuem uma política escrita ou comunicação formal que disponibiliza escolhas mais saudáveis para alimentos e bebidas disponíveis em cafeterias ou lanchonetes?	4 (10.8)	10(27.0)	3.49(.09)	3.68(.13)	0.062
Possuem uma política escrita ou uma comunicação formal que oferece opções mais saudáveis de alimentos e bebidas em máquinas de venda automática?	3(8.1)	12 (32.4)	3.51(.09)	3.54(.12)	0.782
Fazer com que a maioria (mais de 50%) das escolhas de alimentos e bebidas disponíveis em máquinas de venda automática, cafeterias, lanchas ou outros pontos de compra sejam alimentos saudáveis?	8(21.6)	14 (37.8)	3.54(.09)	3.46(.11)	0.423
Fornecem informações nutricionais (além da informação nutricional padrão nos rótulos) em sódio, calorias, gorduras trans ou gorduras saturadas para alimentos e bebidas vendidos em cafeterias de locais de trabalho, lanchas ou outros pontos de compra?	3 (8.1)	10 (27.0)	3.51(.09)	3.55(.13)	0.719
Identificam alimentos e bebidas mais saudáveis com sinais ou símbolos?	8(21.6)	13 (35.1)	3.56(.09)	3.40(.11)	0.087
Fornecem descontos em alimentos mais saudáveis e bebidas oferecidas em máquinas de venda automática, cafeterias, lanchas ou outros pontos de compra?	1 (2.7)	6 (16.2)	3.51(.09)	3.61(.15)	0.462
Tem uma política escrita ou uma comunicação formal que ofereça opções mais saudáveis de alimentos e bebidas durante as reuniões quando os alimentos são servidos?	4(10.8)	11 (29.7)	3.47(.09)	3.68(.12)	0.039
Fornecem aos funcionários instalações de preparação e armazenamento de alimentos?	34(91.9)	36 (97.3)	3.30(.18)	3.53(.09)	0.162
Oferecem ou promovem feiras locais ou nas proximidades onde frutas e vegetais frescos são vendidos?	6 (16.2)	23 (62.2)	3.52(.10)	3.51(.09)	0.936
Forneça brochuras, vídeos, cartazes, panfletos, boletins informativos ou outras informações escritas ou on-line que abordam os benefícios de uma alimentação saudável?	18(48.7)	34 (91.9)	3.67(.11)	3.45(.10)	0.026
Fornecer seminários, oficinas ou aulas educacionais sobre nutrição?	8 (21.6)	25 (67.6)	3.55(.10)	3.48(.10)	0.443
Fornecer programas de estilo de vida grátis que incluam conselhos ou ferramentas sobre alimentação saudável?	7 (18.9)	19 (51.4)	3.55(.09)	3.45(.11)	0.288

	Número de empregadores adeptos (%)		Número de funcionários adeptos de pelo menos 150 min/semana (%)		
	2013	2015	Não presente	Presente	P
Intervenções de incentivo à atividades físicas em ScoreCard					
Fornecem equipamentos e instalações para exercícios físicos no ambiente de trabalho?	6 (16.2)	11 (29.7)	26.2 (2.7)	32.5 (3.7)	0.031
Custeiam ou possuem desconto no custo das instalações para exercícios dentro/fora da empresa?	13 (35.1)	25 (67.6)	25.5 (2.9)	30.3 (3.2)	0.086
Fornecem suporte ambiental para lazer e exercícios físicos?	11 (29.7)	29 (78.4)	25.9 (3.0)	29.3 (3.0)	0.236
Sinalizam em elevadores, entradas/saídas de escadas e outros locais importantes placas que incentivam o uso das escadas?	2 (5.4)	9 (24.3)	25.7 (2.6)	36.8 (4.3)	0.001
Fornecem programas organizados de atividade física individual ou grupal para funcionários (além do uso de uma instalação para exercícios)?	7 (18.9)	27 (73.0)	25.8 (2.9)	30.1 (3.2)	0.157
Fornecem vídeos, cartazes, panfletos, boletins informativos ou outras informações escritas ou on-line que abordam os benefícios da atividade física?	17 (46.0)	33 (89.2)	27.2 (3.4)	28.1 (2.9)	0.777
Fornecer seminários, oficinas ou atividades educacionais sobre atividades físicas?	7 (18.9)	27 (73.0)	28.2 (3.1)	27.4 (3.1)	0.802
Fornecem/custeiam avaliações de aptidão física, aconselhamento e recomendações de exercícios no local de trabalho ou através de instalações de exercícios comunitários?	2 (5.4)	12 (32.4)	28.2 (2.8)	26.2 (3.8)	0.576
Fornecem programas de liderança de estilo de vida gratuitos ou subsidiados que incluem aconselhamento sobre atividades físicas?	8 (21.6)	19 (51.4)	28.2 (2.9)	27.3 (3.1)	0.763

Mudanças no Nível do Empregado

No nível de empregado, as mudanças da linha de base e sua continuidade foram mais difíceis de caracterizar. A porcentagem de fumantes diminuiu, embora a alteração não tenha sido significativa. Os funcionários relataram melhora nos comportamentos relacionados à nutrição e atividade física, e notaram que seus empregadores ofereceram oportunidades para hábitos de alimentação saudável aos seus funcionários. Apesar das melhorias nos comportamentos nutricionais e de atividade física, a porcentagem desses funcionários categorizados com sobrepeso ou obesos aumentou muito razoavelmente, mas não

significativamente. Em um estudo clínico da saúde de um grupo aleatório participativo através de intervenção em seu local de trabalho, onde a idade média dos funcionários era de 40 anos, Seigel et al¹⁶ encontrou uma pequena diminuição no índice de massa corporal (IMC) após 2 anos, equivalente a uma redução em 100 gramas, para os funcionários de intervenção no local de trabalho, em comparação com um ganho de 900 gramas para os funcionários de controle no local de trabalho. Os funcionários da NHWP, com idade média de 45 anos, mantiveram o peso abaixo do limite de obesidade ao longo de um período de 18 meses, o que foi considerado um resultado positivo, dada a trajetória ascendente do IMC, frequente para homens de meia idade.¹⁷ Programas mais intensivos e a implementação de orientação de saúde pessoalmente, que melhora o gerenciamento de doenças crônicas e fatores de risco relacionados, podem ter produzido melhores resultados.¹⁸

Melhorias em certos comportamentos de saúde também apareceram em nossa análise do risco de estilo de vida dos funcionários. Examinamos como os funcionários passaram de diferentes níveis de risco de estilo de vida entre as avaliações de 2013 e 2015. A direção do fluxo de risco de estilo de vida foi principalmente para níveis de risco mais favoráveis ou manutenção de níveis de risco moderados e baixos. As mudanças de níveis de risco do estilo de vida podem ocorrer aparentemente em um prazo relativamente curto. O benefício dos funcionários que mantiveram seu status nas categorias de risco moderado e baixo foi referido como "melhorar por não piorar."¹³ Em geral, ajudar os funcionários que já eram saudáveis a continuarem saudáveis ao longo do período de 18 meses é um resultado positivo para os empregadores, particularmente para os funcionários da NHWP, que começaram o programa com uma idade média de 45 anos. Para influenciar a saúde dos funcionários, os empregadores devem criar um ambiente que permita que os funcionários adotem comportamentos saudáveis, não só implementando intervenções baseadas em evidências, mas também fornecendo apoio aos empregados para tirar proveito das oportunidades de promoção da saúde.^{19,20} Como um grupo, a classificação média dos empregados em relação ao suporte geral de seus empregadores para sua saúde pessoal permaneceu alto, sugerindo que eles se sentiam apoiados ao longo do processo. Embora os empregadores participantes tenham aumentado o número de intervenções em relação ao tabaco, atividade física e nutrição oferecidas, em 2015, um número significativamente menor de empregados concordaram que seu empregador encorajava um comportamento saudável do que em 2013. Os funcionários criaram expectativas maiores para com seus gerentes e seus empregadores em 2015 depois de terem participado do programa por 18 meses, e o conhecimento dos funcionários sobre o que constitui um comportamento saudável também pode ter mudado depois de serem expostos a mais programas de promoção da saúde. Essas descobertas sugerem as limitações de avaliar a promoção da saúde no local de trabalho através de programas que utilizam as atitudes dos funcionários sozinhos.

Relação entre Intervenções Empregadoras e Comportamentos dos Empregados

Detectamos poucas relações significativas entre o uso de intervenções específicas de promoção da saúde promovidas pelos empregadores, e melhorias correspondentes no uso de tabaco, comportamento nutricional ou atividade física dos empregados. Em geral, a porcentagem de fumantes em locais de trabalho onde as intervenções de tabaco estavam presentes foi menor do que a porcentagem de fumantes onde as intervenções não estavam presentes, embora nenhuma das intervenções individuais tenha sido significativamente associada a uma menor porcentagem de fumantes. Da mesma forma, a presença de algumas intervenções nutricionais foi associada a um melhor comportamento nutricional, enquanto outras foram associadas a um menor comportamento nutricional e apenas duas atingiram estatísticas significantes. Por fim, a maioria das intervenções de atividade física foi associada a uma maior porcentagem de funcionários que relataram participar de 150 minutos de atividade física por semana, embora apenas dois tenham sido relevantes. No total, três intervenções emergiram significativamente ($P < 0,05$) associadas a melhorias no comportamento dos

funcionários: ter uma política escrita ou comunicação formal que disponibiliza escolhas de alimentos e bebidas mais saudáveis durante as reuniões quando os alimentos são servidos, proporcionar uma área para exercícios no local, e sinalizar com anúncios em elevadores, entradas / saídas de escadas e outros locais importantes, incentivando os funcionários a usar as escadas.

Nenhuma das intervenções programáticas (eg., fornecer folhetos, fornecer seminários educacionais) foram associadas com melhorias significativas no comportamento dos funcionários. Os empregadores da NHWP fizeram os maiores aumentos na quantidade de programas que eles adicionaram; No entanto, as descobertas sugerem que essas intervenções de menor esforço podem não ter impacto no comportamento dos funcionários. O número limitado de intervenções específicas associadas às melhorias no comportamento da saúde dos funcionários pode ser explicada de várias formas. Primeiro, pode ser que as intervenções de promoção da saúde funcionem como um pacote, de modo que os empregadores não devem esperar mudanças na saúde dos funcionários, advindas de qualquer intervenção. Em segundo lugar, os funcionários podem ter recebido diferentes "doses" das intervenções, e a frequência e intensidade de exposição às intervenções é importante para ter um efeito sobre o comportamento da saúde. Em terceiro lugar, o impacto de intervenções específicas de saúde pode depender do contexto do empregador e de sua comunidade. Por exemplo, as opções de alimentos saudáveis podem ter um efeito maior na nutrição dos funcionários nas comunidades onde poucas outras opções de almoço são facilmente acessadas, mas menos impactante quando os alimentos controlados pelo empregador são uma das muitas opções disponíveis para os trabalhadores.

Limitações

As limitações incluem o nosso projeto pré/pós-teste sem grupo de comparação. Sem um grupo de controle, não podemos atribuir os aprimoramentos que os empregadores fazem diretamente à participação no programa ou os serviços específicos e de apoio recebidos pelos empregadores. Por exemplo, o preenchimento o Worksite Health ScoreCard, um dos elementos de avaliação do NHWP, pode ter ajudado os empregadores a identificar Intervenções para implementar e levar a mudanças no local de trabalho mesmo sem o outro suporte e treinamento do NHWP. Sem um grupo de controle, também não podemos atribuir mudanças na saúde dos funcionários associadas às intervenções do ScoreCard, uma vez que as evidências sugerem que as avaliações de risco de saúde com feedback como as realizadas em 2013 podem trabalhar sozinhas para melhorar a saúde dos funcionários.²¹

As análises do efeito de intervenções específicas sobre os comportamentos de saúde dos funcionários envolveram comparações múltiplas (aproximadamente 30) e, como tal, podemos esperar que 1 a -2 atinjam 95% de significância. No entanto, como a identificação das intervenções mais propensas a influenciar o comportamento dos funcionários tem valor prático para os empregadores, apresentamos a direção da relação entre cada intervenção e o comportamento do alvo, observando os 3 que tiveram resultados significativos.

Estamos ainda limitados pela falta de dados de avaliação sobre a exposição do empregado a intervenções de saúde. Embora tenhamos identificado melhorias no comportamento nutricional e na atividade física dos funcionários, em particular, não está claro se essas mudanças nos comportamentos de saúde dos funcionários e outros podem ter sido mais evidentes se tivéssemos coletado dados sobre a participação dos mesmos em programas de bem-estar, seu envolvimento nesses programas, a frequência com que eles usaram os serviços e quanto tempo eles permaneceram envolvidos. Suspeitamos que a informação sobre esses fatores e um período de acompanhamento mais longo nos posicionariam melhor para avaliar se o NHWP levou ou não a melhorias mensuráveis nos resultados clínicos .

O programa teve uma alta taxa de atrito. Ele foi fornecido sem custo para os empregadores participantes e, como tal, eles conseguiram retirar-se sem qualquer prejuízo

financeiro. Algumas mudanças no NHWP geral, incluindo atrasos na implementação e mudanças nos serviços prestados, afetaram as atitudes de alguns empregadores em relação à sua participação. Os empregadores que deixaram o estudo começaram com menos intervenções em comparação com os empregadores que permaneceram, sugerindo que talvez não estivessem tão prontos, tivessem menos recursos ou tivessem menor suporte de liderança para a promoção da saúde. O grupo de pequenos empregadores (1 a 49 funcionários) apresentou a maior taxa de desgaste e estes foram os empregadores com maior probabilidade de terem menos recursos disponíveis para a promoção da saúde. É difícil estimar a forma como os resultados são generalizáveis para outros empregadores, porque apenas os empregadores com poucas atividades de promoção da saúde existentes foram selecionados para o programa.

As mudanças nos serviços do NHWP incluíram a remoção de suporte no local aos empregadores e treinamento de funcionários. Os empregadores que permaneceram foram forçados a assumir mais responsabilidade pelo desenvolvimento e implementação de seus programas do que o planejado no início do processo. Os programas intensivos de promoção da saúde com contatos semanais mostraram ser mais eficazes do que os programas com contatos menos frequentes.²² Sabemos da assistência técnica que alguns empregadores do NHWP fizeram contatos semanais com funcionários através de canais de comunicação organizacional (e.g., boletins informativos). Não tínhamos dados quantitativos sobre a forma como cada empregador implementou cada intervenção. Apesar dessas limitações, os empregadores e os funcionários fizeram e sofreram mudanças de comportamento significativas por 18 meses sem o benefício de treinamento de saúde ou suporte intensivo de provedores do NHWP.

CONCLUSÃO

O NHWP demonstrou que, com treinamento e suporte para estabelecer uma infraestrutura de saúde no local de trabalho e uma estratégia de planejamento orientada a dados, os empregadores de todos os portes podem implementar intervenções de saúde baseadas em evidências. Os empregadores que permaneceram no programa criaram programas abrangentes usando intervenções do CDC Worksite Health ScoreCard. Os empregadores aumentaram o número e a diversidade de suas atividades de promoção da saúde, apesar do investimento prévio muito limitado no bem-estar dos funcionários e desafios significativos em relação à saúde dos residentes em suas comunidades. Resta saber se esses padrões manterão ou não esses programas à luz de mudanças de prioridades, transições de liderança e mudanças na saúde dos funcionários. O desgaste de alguns empregadores entre 2013 e 2015 sugere que a mobilização de recursos disponíveis continua sendo um desafio para muitas organizações.

Este programa também revelou desafios com relação à demonstração de melhorias relacionadas à intervenção nas atitudes dos funcionários e nos resultados do comportamento da saúde. Identificamos tendências promissoras em relação ao comportamento nutricional e atividade física dos funcionários, em particular. No entanto, ainda não está claro se estas alterações irão afetar os resultados clínicos. Nossas descobertas com esses empregados sugerem que oferecer um conjunto diversificado de estratégias com ênfase na combinação de intervenções a nível individual com mudanças no ambiente organizacional pode ser uma abordagem promissora.

O NHWP incentivou os empregadores a irem além dos tradicionais programas de bem-estar - mudando o comportamento individual dos funcionários através da educação e treinamento - adotando uma estratégia mais ampla para mudar o ambiente de trabalho e construir uma cultura de saúde. O programa e as intervenções associadas ao CDC Health ScoreCard expandiram a capacidade dos empregadores para melhorar a saúde dos funcionários e evidenciaram melhorias a curto prazo no comportamento dos mesmos, refletindo o potencial da promoção da saúde do local de trabalho para melhorar os resultados, tanto para empregadores quanto para empregados.

AGRADECIMENTOS

Os autores reconhecem o apoio de todos os funcionários dos CDC que prestaram assistência técnica aos empregadores. Eles também agradecem a todos os empregadores que participaram do programa e a todos os funcionários que completaram as avaliações.

BIBLIOGRAFIA

1. Mattke S, Kapinos K, Caloyeras J, et al. *Workplace Wellness Programs: Services Offered, Participation, & Incentives*. Santa Monica, CA: RAND; 2014.
2. *Society for Human Resource Management 2016 Employee Benefits Survey Report*. Disponível em: <https://www.shrm.org/hr-today/trends-and-forecasting/research-and-surveys/Documents/2016%20SHRM%20Employee%20Benefits%20Full%20Report.pdf>. Acessado em 11 de outubro de 2016.
3. *Centers for Disease Control and Prevention. Workplace Health Program Definition and Description*. Disponível em: <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/pdf/workplace-health-program-definition-and-description.pdf>. Acessado em 5 de novembro de 2016.
4. Linnan L, Bowling M, Childress J, et al. *Results of the 2004 National worksite health promotion survey*. *Am J Public Health*. 2011;98:1503–1509.
5. Goetzel RZ, Shechter D, Ozminkowski R, Marmet P, Tabrizi M, Roemer E. *Promising practices in employer health and productivity management efforts: findings from a benchmarking study*. *J Occup Environ Med*. 2007;49:111–130.
6. Berry L, Mirabito A, Baun W. *What's the hard return on employee wellness programs?* *Harvard Bus Rev*. 2010;88:104–112.
7. Davis L, Loyo K, Glowka A, et al. *A comprehensive worksite wellness program in Austin, Texas: Partnership between steps to a healthier Houston and Capital Metropolitan Transportation Authority*. *Prev Chronic Dis*. 2009;6:1–5.
8. Pelletier K. *A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: Update VIII 2008 to 2010*. *J Occup Environ Med*. 2011;53:1310–1331.
9. McCoy K, Stinson K, Scott K, Tenney L, Newman L. *Health promotion in small business: A systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs*. *J Occup Environ Med*. 2014;56:579–587.
10. Harris J, Hannon P, Beresford S, Linnan L, McLellan D. *Health promotion in smaller workplaces in the United States*. *Annu Rev Pub Health*. 2014; 35:327–342.
11. *University of Wisconsin and the Robert Wood Johnson Foundation (2013) County Health Rankings and Roadmaps*. Disponível em: <http://www.countyhealthrankings.org/app#/home>. Acessado em 10 de outubro de 2016.

12. U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services. *Dietary Guidelines for Americans, 2010. 7th ed.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2010.
13. Edington DW. *Zero Trends: Health as a Serious Economic Strategy.* Ann Arbor, MI: Health Management Research Center; 2009, 39–43.
14. Hannon P, Harris J, Sopher C, et al. *Improving low-wage, midsized employers' health promotion practices: A randomized controlled trial.* Am J Prev Med. 2012;43:125–133.
15. Laing S, Hannon P, Talburt A, Kimpe S, Williams B, Harris J. *Increasing evidence-based workplace health promotion best practices in small and lowwage companies, Mason County, Washington, 2009.* Prev Chronic Dis. 2012;9:110186.
16. Seigel J, PreliPM, Erausquin J, Kim S. *A worksite obesity intervention: Results from a group-randomized trial.* Am J Pub Health. 2010;100:327–333.
17. Botoseneanu A, Liang J. *Social stratification of body-weight trajectory in middle age and older Americans: Results from a 14-year longitudinal study.* J Aging Health. 2011;23:454–480.
18. Kivela K, Elo S, Kyngas H, Kaariainen M. *The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review.* Patient Educ Counseling. 2014;97:147–157.
19. Kent K, Goetzel RZ, Roemer EC, Prasad A, Freundlich N. *Promoting healthy workplaces by building cultures of health and applying strategic communications.* J Occup Environ Med. 2016;58:114–122.
20. Aldana S, Anderson D, Adams T, et al. *A review of the knowledge base on healthy worksite culture.* J Occup Environ Med. 2012;54:414–419.
21. Soler R, Leeks KD, Razi S, et al. *A systematic review of selected interventions for worksite health promotion.* Am J Prev Med. 2010;38:237–262.
22. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: A meta-analysis of effectiveness.* Am J Prev Med. 2013; 44:406–415.