UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF/ FEA/ FSP

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERUNIDADES EM
NUTRIÇÃO HUMANA APLICADA – PRONUT

MIRIAM REGINA DA SILVA

Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, nível de atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras de trabalhadores: uma revisão da literatura.

Dissertação para obtenção do título de Mestrado
Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Coelho Campino

São Paulo
2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF/ FEA/ FSP

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO INTERUNIDADES EM
NUTRIÇÃO HUMANA APLICADA – PRONUT

MIRIAM REGINA DA SILVA

Dissertação de Mestrado do Programa Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada da Universidade de São Paulo
– PRONUT, sob orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos
Coelho Campino.

São Paulo
2013

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

Silva, Miriam Regina da
S586ee Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem estar sobre o peso corporal,
nível de atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras,
de trabalhadores : uma revisão da literatura / Miriam Regina da
Silva. -- São Paulo, 2013.
67p.

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da
USP. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da
da USP. Faculdade de Saúde Pública da USP. Curso Interunidades
em Nutrição Humana Aplicada.

Orientador: Campino, Antônio Carlos Coelho

1. Nutrição aplicada : Ciência dos alimentos 2. Atividade física :
Programa de perda de peso 3. Hábitos alimentares I. T. II. Campino,
Antônio Carlos Coelho, orientador.

641.1 CDD

MIRIAM REGINA DA SILVA

Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, nível de atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras de trabalhadores: uma revisão da literatura.

Comissão Julgadora

Prof. Dr. Antônio Carlos Coelho Campino
(Orientador/Presidente)

1º Examinador

2º Examinador

São Paulo, _____ de _____ de 2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Para minha mãe, Eliza, meu exemplo.

Para minha filha, Mariana, minha força para continuar.

Para meu cúmplice, Mariano, por segurar minha mão e caminhar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de vida e aprendizado e por me oferecer o aconchego, carinho, força e amor incondicional de minha família e amigos. Sem eles, não teria chegado até aqui.

Ao Prof. Antônio Carlos Coelho Campino, pela presença sempre calma e generosa, pelo apoio e confiança.

Às Profas. Denise Cyrillo, Flávia Mori, Denise Pimentel e Maria Aparecida Constantino, por todas as orientações.

Ao Prof. Marcelo Nita, Ana Cristina Limongi-França e Profa Célia Coli, pelas contribuições na qualificação.

À Sandra Aliberti, Daniele Kallas e Silvânia Caribé, pelo apoio na pesquisa e na vida.

Ao Prof. Thiago de Sá, pelo conhecimento dividido.

Ao José Estorniolo, Gisele, Vera e Miriam, pela ajuda com as buscas infundáveis pelos artigos.

À Maria Isabel, Roseli Silva, Neusa Casal, Angela Almeida, Edna Valeriano, Eugênio Silva Casal, Simone Mendes, Mônica Zagallo e Luiza Figueiredo, pela ajuda impagável e o imenso carinho.

À Ana Ferri, Jorge, Majô, Elaine, Michel, Irineu, Miriam, Dani e Reginaldo, por todo o apoio e minutos a mais.

À Ludmila Carvalho, Roberta Oliveira, Sandra Oliveira, Marcia Tauil Silvana Ribeiro e Gislene Vieira, pelo companheirismo.

Aos meus sobrinhos netos, Bela, André, Gabriel, Murilo, Júlia, Heitor, Marina, Luna, Victor e Luan, pela alegria que me oferecem.

À Clara, por existir e me chamar de “Madinha”

À Shisha, Mona, Leo, Thor, Ton e Cléo, pela companhia e amor.

Por último, mas muito importante, agradeço à Amanda e ao Bruno pelo amor e por compartilharem o pai, tão maravilhoso, comigo.

*“Paciência, aplicação, perseverança e, acima de tudo, vontade
inabalável de chegar à meta”*

Ludwig Van Beethoven

Silva MR. Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, a atividade física e o consumo de frutas legumes e verduras de trabalhadores: uma revisão da literatura [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa Interunidades em Nutrição Humana Aplicada da Universidade de São Paulo; 2013

RESUMO

A crescente epidemia de obesidade tem incentivado profissionais da saúde a procurar por intervenções que possam atingir um grande número de indivíduos de maneira custo-efetiva. Os Programas de Qualidade de Vida no Trabalho vêm sendo apontados como ferramentas importantes para a promoção da saúde e qualidade de vida. Neste contexto, o *Coaching* em Saúde e Bem Estar vem despontando como um componente promissor nas intervenções desenvolvidas nestes programas, de modo a atingir resultados positivos e permanentes para mudança de comportamento para um estilo de vida saudável. Desta forma, o propósito desta revisão é verificar o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, nível de atividade física e consumo de frutas, legumes e vegetais de trabalhadores. Para tanto, foi conduzida uma busca nas bases de dados PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS e Cochrane Library. Onze ensaios clínicos randomizados atenderam aos critérios de elegibilidade, aos quais foi aplicado o instrumento de avaliação de risco de viés da Colaboração Cochrane e extraídas as informações relevantes de cada estudo. Encontrou-se associação de efeito na direção esperada para peso corporal, atividade física e consumo de frutas, legumes e vegetais. No entanto, 72,7% dos estudos (n=8) apresentaram alto risco de viés. Assim, conclui-se que as evidências para responder à pergunta desta revisão são limitadas e, portanto, sugere-se que mais estudos sejam realizados, considerando-se a transparência no relato das evidências e o rigor metodológico recomendado para sua execução.

Palavras-chave: *Coaching* em Saúde e Bem Estar; qualidade de vida no trabalho; avaliação de programas; obesidade, hábitos alimentares, atividade física.

Silva MR. Effect of Health and Wellness Coaching on worker's body weight, physical activity and fruit and vegetable intake: a review. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Programa Interunidades em Nutrição Humana Aplicada da Universidade de São Paulo; 2013

ABSTRACT

The expanding outbreak of obesity has stimulated health professionals to search for interventions capable to encompass a large number of individuals in a cost-effective manner. Worksite Wellness Programs have been pointed out as important tools for the promotion of workers' health and quality of life. In this context, Health and Wellness Coaching is emerging as a promising component of the interventions developed in such programs, leveraging achievement of positive and permanent results on behavior change for a healthy lifestyle. Under such perspective the purpose of this review is to verify the effect of Health and Wellness Coaching on workers' body weight, physical activity and consumption of fruits and vegetables. Therefore, a survey was conducted in PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS and Cochrane Library databases. Eleven studies met the selection criteria of this research. The risk of bias analysis tool developed by Cochrane collaboration was applied, and the relevant data were extracted from each study. The analysis of results of such studies demonstrated association of positive effect for the increase of workers' physical activity, body weight and fruits and vegetables intake. Nevertheless, 72,8% of the studies (n=8) showed a high risk of bias. So the conclusion is that the evidences found are not enough to answer the proposed question. Further studies are necessary in order to gather consistent data raised with the required methodological rigor.

Key-words: health and wellness coaching; worksite wellness programs; programs evaluation; worker's health, obesity, physical activity; dietary habits.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Continuum de Saúde.</i>	15
<i>Figura 2. Modelo de Organização Mundial de Saúde de Ambiente de Trabalho Saudável.</i>	18
<i>Figura 3. Fluxograma de seleção de estudos</i>	35
<i>Figura 4. Gráfico de risco de viés.</i>	45

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1. Sumário dos estudos incluídos nesta revisão.</i>	40
<i>Tabela 2. Avaliação de Risco de Viés</i>	43
<i>Tabela 3. Sumário do Efeito do Coaching em Saúde e Bem Estar sobre AF, PC e CFLV.</i>	47
<i>Tabela 4. Objetivo do estudo e efeito da intervenção.</i>	48
<i>Tabela 5. Formatos de entrega e efeito do Coaching em Saúde e Bem Estar.</i>	50
<i>Tabela 6. Bloco de países e efeito do Coaching em Saúde e Bem Estar.</i>	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. DESCRIÇÃO DE MATERIAL E MÉTODOS	29
3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	29
3.1.1 <i>Tipo de Estudo</i>	29
3.1.2 <i>Características dos Participantes</i>	29
3.1.3 <i>Característica da Intervenção</i>	30
3.1.4 <i>Característica dos Desfechos</i>	31
3.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA	31
3.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	32
3.4 EXTRAÇÃO DOS DADOS	32
4. RESULTADOS	34
4.1. PROCESSO DE BUSCA E SELEÇÃO DE ESTUDOS	34
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS	36
4.3 AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIÉS	42
4.4 EFEITO DO <i>COACHING</i> EM SAÚDE E BEM ESTAR SOBRE AS VARIÁVEIS DE DESFECHO	45
4.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE OBJETIVO DO ESTUDO E EFEITO DA INTERVENÇÃO DE <i>COACHING</i> EM SAÚDE E BEM ESTAR.	47
4.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE FORMATO DE ENTREGA E EFEITO DA INTERVENÇÃO DE <i>COACHING</i> EM SAÚDE E BEM ESTAR.	49
4.6 ASSOCIAÇÃO DE EFEITO À LONGO PRAZO DA INTERVENÇÃO DE <i>COACHING</i> EM SAÚDE E BEM ESTAR... ..	50
4.6 ASSOCIAÇÃO DE BLOCOS DE PAÍSES E EFEITO DE <i>COACHING</i> EM SAÚDE E BEM ESTAR	51
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÃO	56
7. REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

Apontadas pela OMS em 2011 como a maior causa de morte em todo o mundo, as chamadas DCNT, Doenças Crônicas não Transmissíveis, tiveram um crescimento notável nas últimas décadas. Dois anos antes, Campos (2009) já reportava que estas doenças remetem seus portadores a um sofrimento de longo prazo, obrigando-os a conviver com um mal considerado incurável, que tem impacto importante sobre o seu cotidiano e sobre o modo como a sociedade passa a enxergar a saúde, a doença e suas relações com os hábitos dos indivíduos.

Durante o 1º Fórum Global, em Genebra, que ocorreu entre 17 e 21 de maio de 2010, a OMS informou que as DCNT matam todos os anos cerca de 35 milhões de pessoas, sendo responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo e prevê um aumento de 17% destas doenças, no período de 2006 a 2015. O fórum indicou, ainda, que intervenções para reduzir o uso do tabaco e do álcool e o estímulo de dietas saudáveis e atividades físicas, consistem em soluções comprovadas para evitar mortes prematuras causadas por essas patologias.

A análise realizada pelo Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde, citado em OMS (2002), já mencionava que as projeções para as próximas décadas apontavam para um crescimento epidêmico das DCNT na maioria dos países em desenvolvimento, em particular das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Para este grupo, os principais determinantes desse crescimento são: 1) aumento na intensidade e frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças, sejam estes: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, pouca ingestão de frutas e hortaliças, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física e o consumo de tabaco; 2) a mudança na pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando idades, onde essas doenças se manifestam com maior frequência; 3) aumento da longevidade com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco e maior probabilidade de manifestação clínica das doenças cardiovasculares. Outro fator importante para explicar o aumento da carga das

DCNT, nos países em desenvolvimento, é o aumento expressivo da obesidade e sua coexistência ao baixo peso.

O momento atual de mudanças no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, com o aumento crescente da obesidade e das outras DCNT sendo responsáveis por grande parte dos óbitos e das despesas com assistência à saúde, deve ser encarado como um alerta para o desenvolvimento de estratégias efetivas e sustentáveis de promoção da saúde, com vistas à prevenção dos fatores de risco modificáveis, cujos principais estão relacionados aos hábitos alimentares inadequados, inatividade física e o tabagismo.

A Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde OMS (2004) aborda dois dos principais fatores de riscos de doenças não transmissíveis, a saber: a alimentação saudável e a atividade física, além de complementar o trabalho que a OMS e os países tem empreendido ou já realizam há algum tempo nas esferas relacionadas com a nutrição, como a desnutrição, as carências de micronutrientes e a alimentação dos lactentes e das crianças pequenas.

O informe sobre a saúde no mundo expõe as circunstâncias das causas, e, na maioria dos países, uns poucos fatores de risco são responsáveis em grande parte pela morbidade e mortalidade. No caso das doenças não transmissíveis, os fatores de risco mais importantes são os seguintes: hipertensão arterial, hipercolesterolêmica, pouca ingestão de frutas e hortaliças, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física e consumo de tabaco. Cinco destes fatores de risco estão estreitamente associados à má alimentação e a falta de atividade física. A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, pois, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer, contribuindo substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade (OMS, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), desenvolveu o Guia Alimentar para a População Brasileira (GAB). Este guia tem por objetivo: (1) a prevenção de doenças de fundo

nutricionais, (2) maior resistência orgânica a doenças infecciosas e (3) a redução da incidência de DCNT por meio da alimentação saudável.

O GAB oferece diretrizes de hábitos alimentares saudáveis para a população brasileira e tem guiado políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, evidenciando a adesão brasileira às recomendações oferecidas pela Estratégia Global de Promoção de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

Philippi (2009) observa que “a PNAN e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito central: fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental que favoreçam escolhas alimentares saudáveis, tanto em nível individual como coletivo”.

As recomendações específicas sobre dieta no documento da Estratégia Global são:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras, substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (gordura hidrogenada);
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões);
- Limitar a ingestão de açúcar livre;
- Limitar a ingestão de sal de toda procedência e consumir sal iodado.

Sob outro ponto de vista, Ogata (2009) afirma que o controle de fatores de risco e indicadores como níveis de colesterol, glicemia, IMC, hipertensão arterial, entre outros, reforçam o aspecto predominantemente biológico e físico da vida. Para este autor, neste caso está sendo abordado status de saúde e não a saúde integral ou a qualidade de vida dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde, em 1946, definiu que “saúde é o completo estado de bem estar físico, mental e social, não consistindo apenas da ausência de uma doença ou enfermidade” (in Constantino, 2008).

Travis (1972), citado em Passos (2000), para discutir a tênue separação entre saúde e doença, traz a idéia do Continuum de Saúde, que em conformidade com a definição de saúde da OMS, afirma que a saúde não corresponde apenas à ausência de doença, mas a um completo estado de bem estar, como pode-se observar no esquema abaixo.

Figura 1. Continuum de Saúde.

Fonte: Adaptado de Travis, 1972

O Continuum mostra que a ausência de doença corresponde a um ponto neutro entre a saúde e a doença. Há a indicação de que o caminho da saúde é um processo que parte deste ponto neutro e segue até a saúde plena. Na contramão, tem-se o processo contrário, que leva à doença ou, até mesmo, à morte prematura.

Outro aspecto importante do Continuum trata de o ponto neutro separar dois processos: um à esquerda do ponto neutro, onde se tem sintomas que precisam ser

prevenidos e/ou tratados e outro, à direita do ponto neutro, onde há a oportunidade de desenvolvimento em direção à saúde plena.

Hoje, com os avanços da saúde pública e da medicina, o estilo de vida passa a ser um dos mais importantes fatores determinantes da saúde, seja esta de indivíduos, grupos ou comunidades, podendo ser entendido, conforme conceitua Nahas (2006), como o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”.

Nahas (2006), cita Bouchard et al. (1994) e Floyd et al. (1995), para constatar que vive-se a era do estilo de vida, visto que as principais doenças e causas de morte estão associadas à nossa maneira de viver. E, ainda, que os fatores ambientais e de assistência médica hospitalar continuam sendo muito importantes, mas que são as escolhas da vida cotidiana que mais têm afetado a saúde e a qualidade de vida do homem contemporâneo.

O conceito de Qualidade de Vida é de difícil consenso, principalmente por estar relacionado à percepção individual, que por sua vez tem influências em valores e cultura. Um dos conceitos que encontra maior aceitação entre os teóricos foi desenvolvido pela OMS e define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (WHOQOL–OMS, 1995).

Ogata (2009), por meio de uma análise do conceito desenvolvido pela OMS, observa que este traz implícito a multidimensionalidade e a subjetividade, à partir do que conceitua a boa qualidade de vida como sendo “o resultado de uma complexa interação, percebida de forma positiva, entre fatores como: estado psicológico, expectativas, crenças, valores, relações sociais e o meio ambiente”.

Sob esta perspectiva as formas e espaços de cuidado com a saúde ampliam-se e tomam um novo significado. As atenções se voltam para o desenvolvimento de políticas públicas que visem à prevenção e promoção da saúde das populações, assim como para o comportamento das pessoas, suas atitudes e escolhas diárias. E o local de trabalho passa a merecer atenção, tanto pela ótica preventiva, como

oportunidade de promoção da saúde e qualidade de vida da população economicamente ativa.

O trabalho, em nossa sociedade, tem um significado muito importante na vida das pessoas. No entanto, em função de suas exigências, como também, das mudanças rápidas e constantes características de nosso tempo, há que se cuidar para que o ambiente e relações de trabalho não sejam motivo de influências negativas à saúde e qualidade de vida das pessoas, afetando inclusive a saúde econômica das empresas e das nações.

Políticas de Saúde Pública devem considerar os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), como importante estratégia para a prevenção e promoção da saúde e bem estar da população, considerando-se o grande percentual da população economicamente ativa, o grande tempo despendido no trabalho e o papel fundamental que o trabalho desempenha na sociedade contemporânea.

O modelo proposto pela OMS, em 2010, reflete a valorização da saúde e do bem estar do trabalhador, ao sugerir um ambiente de trabalho saudável com quatro áreas críticas: (1) ambiente físico de trabalho – relacionadas às condições de segurança física do trabalhador; (2) ambiente psicossocial – inclui a cultura, valores, crenças e práticas das empresas que podem afetar o bem estar físico e mental dos trabalhadores; (3) recursos pessoais de saúde – envolve oportunidade para promover estilos de vida saudáveis; (4) envolvimento da empresa com a comunidade – atividades em que a empresa pode se engajar na comunidade em que opera oferecendo recursos de bem estar para as pessoas.

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

Figura 2. Modelo de Organização Mundial de Saúde de Ambiente de Trabalho Saudável.

O modelo também é base para políticas públicas de promoção de saúde e qualidade de vida no ambiente do trabalho, como o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), instituído pelo Decreto 6.042 de 2007, cuja implementação visa ampliar a cultura da prevenção dos acidentes e doenças do trabalho e, auxiliar a estruturação do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Este plano vem sendo estruturado mediante a condução do Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério da Saúde (MS), fortalecendo as políticas públicas neste campo, reforçando o diálogo social entre empregadores e trabalhadores, visando avançar cada vez mais rumo às melhorias ambientais no trabalho e à maior qualidade de vida para todos os trabalhadores brasileiros.

Acompanhando este movimento as empresas passam a desenvolver programas de qualidade de vida, visando à manutenção da capacidade produtiva de seus trabalhadores, assim como à redução de custos com assistência médica (OGATA, 2009). Os primeiros movimentos em direção aos QVTs brasileiros tiveram

início em 1984 (Demarchi, 2007) e, desde então, têm crescido em número e qualidade. Estes programas, em sua maioria, oferecem diversas atividades que estimulam os indivíduos a incrementarem sua atividade física e também a adotarem hábitos alimentares saudáveis. O objetivo é a manutenção do peso corporal em níveis satisfatórios e consequente redução de riscos associados ao excesso de peso e ao sedentarismo. Arellano (2008) verifica que cada vez mais empresas investem recursos em programas de qualidade de vida no trabalho, buscando por objetivos relacionados à saúde e qualidade de vida de sua força de trabalho e por objetivos econômicos, relacionados à produtividade e competitividade.

O crescimento da promoção da saúde e qualidade de vida nas empresas está associado ao reconhecimento de que o funcionário mais feliz e saudável terá maior capacidade produtiva e criativa e, por outro lado, de que uma empresa mais saudável terá menos custos com assistência médica, absenteísmo, afastamentos e turnover.

As empresas, desta forma, passam a ser locais propícios à implementação de programas de qualidade de vida, principalmente, devido ao tempo de permanência dos funcionários em suas instalações ou a seu serviço.

Por outro lado, Mendes (1996) alerta para a forte influência do trabalho sobre a saúde e bem estar do trabalhador, colaborando, em grande parte, para o surgimento e/ou agravamento de doenças físicas e mentais.

As doenças provenientes das relações do homem com o trabalho podem ser consideradas como externalidades negativas do trabalho e, portanto, encontrar caminhos para manter sua força de trabalho saudável, pode ser considerada como uma das responsabilidades da empresa para com a sociedade.

A partir de um enfoque mais positivo, Larry Chapman, na apresentação de Ogata (2009), afirma que o ambiente de trabalho é um espaço influenciador para estilos de vida saudáveis, visto que “as relações sociais, os benefícios, as estratégias de comunicação, o estilo de vida (alimentação, atividade física, gerenciamento do estresse, relacionamentos), o desenvolvimento intelectual (treinamento, educação, cultura) permeiam o mundo do trabalho”. Chapman, ainda sobre esta questão, diz que acredita fortemente que um novo olhar sobre o papel

das organizações na saúde das populações é de crucial importância para todas as pessoas e países.

Por outro lado, quando se fala de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), precisa-se de um olhar ainda mais amplo, pois não é possível basear-se apenas no empoderamento do indivíduo. Qualidade de Vida no Trabalho, conforme Limongi-França (1996), envolve “a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho”. Cunha (2004) destaca que “as organizações devem repensar suas responsabilidades, práticas e riscos implícitos e determinados pelos processos nela vivenciados ou delas decorrentes. As políticas e culturas organizacionais devem rever seus valores associados à responsabilidade, ao compromisso, à liberdade, à proteção, à autonomia, à justiça, à democracia, diretamente relacionados à qualidade de vida no trabalho, que decorrem e se mantêm vulneráveis às políticas de gestão” e afirma “a Qualidade de Vida no Trabalho evidencia-se como resultado de uma rede de variáveis interdependentes, que afetam o ambiente, a organização, o indivíduo, o processo e as relações de trabalho”.

Para Limongi-França (2008), a Qualidade de Vida no Trabalho refere-se ao “conjunto de escolhas de bem estar; em busca do equilíbrio biológico, psicológico, social e organizacional; entre hábitos saudáveis, condições de vida no trabalho, e auto-estima valorizada”. Trata-se de uma visão baseada nos conceitos da medicina psicossomática que sustenta a idéia de que a pessoa é um complexo biopsicossocial, ou seja, que possui necessidades físicas, mentais e sociais. Complementa, ainda, afirmando que a Qualidade de Vida no Trabalho baseia-se no conjunto de ações de uma empresa, envolvendo o diagnóstico e implantação de melhorias gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho.

Com base nestes dois conceitos, entende-se que Qualidade de Vida no Trabalho deve ser atendida em basicamente dois grandes pólos; um pólo pessoal, voltado para a educação para um estilo de vida saudável e um pólo organizacional, com foco na organização e relações do trabalho, o que vai de encontro ao conceito BPSO-96, de Limongi-França (1996).

Constantino (2008), em seu estudo para construção e validação de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, propõe 7 domínios de qualidade de vida (1- Hábitos Alimentares; 2- Atividade Física; 3- Sono e Repouso; 4- Bem estar Pessoal; 5- Lazer e Diversão; 6- Inserção Social; 7- Ocupação Principal) e um domínio direcionado às relações de trabalho, que denominou como domínio “Bem estar Organizacional”.

Sobre o que denomina “dimensão organizacional”, Limongi-França (2007), aponta, ainda, que “trata-se de reconhecer que grande parte das relações de trabalho, de suas práticas e seus valores nasce de experiências de chão de fábrica, dos processos de controle de produção, dos tempos e movimentos, evoluindo para qualidade total e critérios de excelência. Embora influenciada pelas condições gerais de organização socioeconômica, é nessa dimensão, que muitos pesquisadores apoiaram sua reflexão”.

Nos últimos anos, existe uma crescente conscientização das organizações para a questão de que o fator humano é importante diferencial para os seus negócios e que a retenção de talentos, em todos os extratos da organização, envolve, além do retorno financeiro, questões relacionadas ao bem estar, crescimento e desenvolvimento desses profissionais.

De acordo com Mazzon (1981), citado em Constantino (2008), “a importância do trabalhador nas organizações tem se constituído em uma das grandes preocupações dos dirigentes, visto que eles não são mais considerados somente como fator de produção e sim como um elemento diferencial no processo competitivo entre as empresas para o alcance de seus objetivos de lucro, participação de mercado, etc. E como um fator destacado no processo de desenvolvimento econômico do Brasil”.

Soma-se, também, o fato incontestável de que pessoas saudáveis e felizes tendem a ser muito mais engajadas e produtivas. A este respeito, Gil (1994) afirma que fica cada vez mais evidente o quanto que a forma de relacionamento com os trabalhadores, tem a ver com os resultados obtidos pela empresa.

Por tudo isso, um número cada vez maior de corporações desenvolve programas de qualidade de vida. Cada um destes programas exhibe características

próprias e atendem a diferentes objetivos pessoais e organizacionais. Em sua maioria, há ações de promoção de ações pontuais como palestras, eventos comemorativos, feiras de saúde; e/ou ações continuadas como academias corporativas, ginástica laboral, programas de reeducação alimentar, programas de gerenciamento de estresse, programas de promoção da cultura, entre tantos outros.

Os objetivos dos programas são tão variados quanto suas ações e têm foco na prevenção de doenças e/ou promoção de saúde e/ou desenvolvimento de uma cultura para a qualidade de vida ou bem estar. Em função do crescente aumento da prevalência de obesidade da população e suas consequências na saúde e custos de saúde, seja qual for o enfoque, a grande maioria dos programas visam a mudança de comportamento para estilos de vida mais saudáveis, principalmente no que se refere a hábitos alimentares e atividade física regular.

O'Donnell (2008), sobre este assunto, defende que há uma linha muito tênue entre a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Czeresnia (2003), citado em Ogata (2009), diz que a prevenção de doenças trabalha com o diagnóstico precoce, com o objetivo de evitar suas manifestações clínicas. Já a promoção de saúde, busca aumentar a saúde e o bem estar de uma população.

Já a promoção de saúde, para O'Donnell (2008) é "... a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida, para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta da sinergia entre os seus aspectos mais positivos. A mudança de estilo de vida deve ser facilitada pela combinação de esforços para levar informações, aumentar a motivação, construir conhecimentos e, principalmente, oferecer oportunidades para que se tenham práticas positivas em saúde".

Promover saúde, portanto, oferece uma opção mais abrangente de trabalho, que envolve também, a utilização de meios para a realização de processos educativos que despertem para a necessidade de um estilo de vida mais saudável.

A internet e os meios de comunicação em massa têm sido aliados na proliferação de informações sobre a necessidade de manter-se um estilo de vida saudável. Considerando a facilidade de acesso da população a estas mídias, pode-se inferir que esta tem ciência da necessidade de mudança. Mas basta observar a prevalência do sedentarismo, do sobrepeso e obesidade das populações em geral, para percebermos que oferecer informação não parece ser o suficiente para levar à mudança de comportamento desejada (OMS, 2008; VIGITEL, 2011).

Hoje, a educação em saúde pode acontecer dos mais diversos modos, utilizando-se recursos e instrumentos compreendidos entre as aulas tradicionais e a utilização dos inúmeros recursos da web e da tecnologia da informação. No entanto, é importante ressaltar, que a oferta e troca de informação representa apenas uma das faces do processo educativo, sendo fundamental encontrar práticas que auxiliem na mudança de estilo de vida e na incorporação de hábitos saudáveis.

Infere-se, assim, que o conhecimento do risco ou da eficiência de uma prática preventiva não é o suficiente para levar as pessoas ao comportamento desejado. É necessário entender profundamente os elementos complementares à conscientização cognitiva que culminem na real mudança de hábitos e abandono do sedentarismo, tabaco, e alimentação não saudável. O modelo de cuidado proposto pela OMS (2002) para doenças crônicas, denominado Modelo de Autogestão, sugere a educação em saúde como um passo além da transmissão de conhecimento biomédico, seja um processo de autodesenvolvimento e autoconhecimento. Neste contexto, o educador em saúde está voltado a auxiliar o indivíduo a compreender suas escolhas de saúde e desenvolver estratégias para conduzir da maneira mais plena possível sua vida pessoal e profissional.

O Modelo de Autogestão tem, portanto, foco na autoeficácia do indivíduo, definida por Bandura (1986) como a crença do indivíduo na sua possibilidade de vencer seus obstáculos e atingir suas metas pessoais.

Assim, é cada vez maior o número de profissionais da saúde que buscam por ferramentas que os auxiliem a lidar com as pessoas em seus processos saúde-doença, observando sua subjetividade e contexto sociocultural. Dentre elas, desponta o Coaching em Saúde e Bem Estar ou *Health and Wellness Coaching*

(HWC), com o objetivo de auxiliar o indivíduo a atingir suas metas de saúde e bem estar.

Em artigo sobre o papel do coaching na promoção de saúde e no alcance de metas de saúde, Palmer et al (2003) apresenta quatro definições e suas abordagens de coaching, como descrito abaixo.

1- Coaching é o desbloqueio do potencial de uma pessoa para maximizar sua performance. É ajudá-las a aprender ao invés de ensiná-las - uma abordagem de facilitação. (Whitmore, 1992, baseado em Gallwey, um especialista em Tênis)

2- Coaching está diretamente ligado com a melhora imediata da performance e desenvolvimento de habilidades, através de tutoramento ou instrução. – uma abordagem instrucional. (Parsloe, 1995).

3- Coaching é a arte de facilitar a performance, aprendizado e desenvolvimento de uma pessoa. – uma abordagem de facilitação. (Downey, 1999).

4- Coaching tem a função de desenvolver o bem estar e performance na vida pessoal e profissional da população saudável, através de modelos de coaching, fundamentados teorias da aprendizagem ou abordagens psicológicas. – variação desenvolvida por psicólogos. (adaptada de Grant and Palmer, 2002).

Existem várias modalidades de coaching, Ogata (2009) explica que dependendo das necessidades do indivíduo, pode-se utilizar o coaching executivo, de negócios, de vida ou esportivo. O Coaching em Saúde e Bem Estar, denominado pelo autor como coaching de bem estar é definido por ele como “o treinamento de indivíduos para melhorar a condição de saúde e a qualidade de vida e reduzir os riscos para a saúde”.

Chapman (2007) define Coaching em Saúde e Bem Estar como coaching de indivíduos para melhorar seus estados de saúde, reduzir seus riscos de saúde e aumentar seu bem estar. O autor informa a existência de quatro formatos de entrega: (1) presencial; (2) por telefone; (3) on line e (4) híbrido, utilizando a junção de dois ou mais dos formatos anteriores.

Arloski (2007), à partir de sua experiência como wellness coach, profissional, define Coaching em Bem Estar como um processo de empoderamento do indivíduo para mudanças saudáveis e duradouras em seus estilos de vida, à partir de seus próprios recursos e habilidades. Para este autor, as principais ferramentas do coaching são as perguntas e a escuta ativa, que irão conduzir a pessoa em seu processo de descoberta daquilo que quer e necessita para sentir-se bem e com saúde, assim como de que maneira chegar lá, partindo de seus próprios recursos.

Utilizando a denominação de Coaching de Saúde, Palmer et al (2003) conceituam esta prática como sendo “a prática em educação em saúde e promoção de saúde, em um contexto de coaching, que reforça o bem estar dos indivíduos e o alcance de metas de saúde “. Para Linden et al (2010) o Coaching de Saúde é uma intervenção de saúde com objetivo de auxiliar o indivíduo a estabelecer metas de promoção da saúde, por meio da mudança de comportamento e estilo de vida para redução de riscos à saúde, controle de condições crônicas e melhora na qualidade de vida.

Wolever et al (2011), sob a nomenclatura de Coaching Integrativo de Saúde, descrevem que esta prática é “ caracterizada por um processo de autodescoberta, que estabelece metas e desenvolve motivação intrínseca, à partir da associação destas metas aos valores pessoais e senso de propósito ”.

Huffman (2010) apresenta uma descrição do que denominou, Coaching em Saúde como “método de engajar e guiar outras pessoas para descobrir e acessar suas próprias ambivalências“. O autor conta que o Coaching em Saúde teve início nos anos 80 com o trabalho de Miller e Rollnick (1990), que chamaram esta intervenção de Entrevista Motivacional. No início, a Entrevista Motivacional trabalhou com casos alcoolismo e que devido ao grande sucesso, a intervenção passou a ser utilizada para auxiliar portadores de condições crônicas como diabetes e hipertensão, além de obesidade, sedentarismo, entre outros fatores de risco à saúde. Desde então, o termo Coaching de Saúde vem sendo usado em alternância com o termo Entrevista Motivacional entre a comunidade da saúde.

Outros autores (Butterworth, et al, 2007; Prochaska et al, 2008) relacionam o Coaching em Saúde e Bem Estar à Entrevista Motivacional. Da mesma forma, são

feitas associações com abordagens teóricas como: o Modelo Transteórico, a Terapia Cognitiva, Inquérito Apreciativo, Comunicação não Violenta, Autoeficácia e Autoestima.

Estudos de avaliação do Coaching em Saúde e Bem Estar oferecem resultados positivos para mudança de comportamento para variáveis de estilo de vida para trabalhadores (Terry, 2011; Anshel, 2010; Saleh, 2010).

Desta forma, o Coaching em Saúde e Bem Estar vem se juntar aos QVTs, como também à programas de promoção da saúde voltados às comunidades, com função de auxiliar as pessoas a refletir sobre seus valores, suas práticas e sua escolhas, assim como a facilitar a construção e o alcance de metas na construção de seu bem estar pessoal.

Chapman (2007) e Terry (2011) afirmam que o Coaching em Saúde e Bem Estar já é considerado como uma prática imprescindível ao sucesso de programas de qualidade de vida no trabalho bem estruturados.

Assim, alguns estudos de revisão têm se preocupado em entender qual é o impacto do Coaching em Saúde e Bem Estar ou outras intervenções comportamentais como o Counseling ou a Entrevista Motivacional no peso corporal, atividade física, e em hábitos alimentares para a população adulta em geral (Armstrong, 2011; Hutchison, 2011; Olsen, 2010; Lin, 2010; Martins, 2009; Rubak, 2005; VanWormer, 2004; Britt, 2004; Dunn, 2001).

Para esta revisão, considerando que ainda não há, entre as publicações científicas, consenso para definição do conceito, das características do interventor, das estratégias, das dosagens, das metodologias e, até mesmo, da nomenclatura de HWC (Chapman, 2007; Huffman, 2010), optou-se por selecionar estudos denominados de Coaching em Saúde ou Coaching em Bem Estar ou *Coaching* em Saúde e Bem Estar ou o nome *Coaching* associado a outro nome (de vida, estilo de vida entre outros), além de estudos de Entrevista Motivacional, *Counseling* ou Modelo Transteórico, que tenham as seguintes características: (1) Apresentem uma primeira sessão de reconhecimento e reflexão sobre o estado de saúde e bem estar do participante; (2) Apresente um momento de planejamento e estabelecimento de metas pessoais de saúde e bem estar; (3) Apresente momentos de follow up para

refletir sobre pontos fortes do processo, principais barreiras, eventuais recaídas e avaliação da meta estabelecida; (4) Seja aplicado por um profissional da saúde, com algum treinamento diferenciado para auxiliar no processo de mudança de comportamento para estilo de vida saudável; (5) Seja explícita a dedicação de, pelo menos uma parte de sua aplicação voltada ao autodesenvolvimento, autoconhecimento e autoeficácia para mudança de comportamento para estilo de vida saudável; (6) Não seja exclusivamente uma intervenção prescritiva, baseada no conhecimento e informações biomédicas e valores preestabelecidos.

Outras revisões analisam quanto os indicadores no ambiente de trabalho são influenciados por intervenções diversas como a prescrição de exercícios, dietas, comportamentos, e estilo de vida. (Verweij, 2010; Groeneveld, 2010; Anderson, 2009; Benedict, 2008).

No entanto, não há estudos de revisão que respondam qual o efeito do HWC no peso corporal, na atividade física e em hábitos alimentares, quando desenvolvidos no ambiente de trabalho ou subsidiado por empresas com foco na saúde e bem estar do trabalhador.

Neste contexto, o propósito desta revisão é verificar os efeitos do Coaching em Saúde e Bem Estar no peso corporal, no nível de atividade física e na ingestão de frutas, legumes e verduras, de trabalhadores participantes de Programas de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o efeito do programa de *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, nível de atividade física e ingestão de frutas, legumes e verduras de trabalhadores.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar qual o efeito de longo prazo do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras de trabalhadores.

3. DESCRIÇÃO DE MATERIAL E MÉTODOS

Esta revisão utilizou como referencial para sua redação o *Prisma Statement*.(Liberati et al, 2009).

Por ser uma pesquisa que utiliza dados secundários, não foi necessária a apreciação de um Comitê de Ética de Pesquisa.

3.1 Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade desta revisão foram elaborados considerando as características dos estudos e das publicações.

Em relação aos estudos, utilizou-se a estratégia PICOS (*Participants, Intervention, Comparators, Outcomes e Study Design*) e para as publicações, dados de período de publicação e idioma (Liberati et al, 2009).

3.1.1 Tipo de Estudo

Foram incluídos nesta revisão ensaios clínicos randomizados (ECCR), que avaliaram o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, nível de atividade física e ingestão de frutas, legumes e verduras de trabalhadores.

3.1.2 Características dos Participantes

Os sujeitos de pesquisa dos estudos deveriam ser trabalhadores, ambos os sexos, qualquer faixa etária, cargo, função, ou local de trabalho. Não foram consideradas restrições para comorbidades preexistentes.

3.1.3 Característica da Intervenção

Para a seleção dos estudos desta revisão, foram utilizados os seguintes critérios relacionados às características da intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar: (1) Ter clara intenção de auxiliar o indivíduo a atingir uma ou mais metas de saúde e bem estar. (2) Apresentar uma primeira sessão de reconhecimento e reflexão sobre o estado de saúde e bem estar do participante; (3) Apresentar um momento de planejamento e estabelecimento de metas pessoais de saúde e bem estar; (4) Apresentar um ou mais momentos de acompanhamento, para refletir sobre pontos fortes do processo, principais barreiras, eventuais recaídas e avaliação da meta estabelecida; (5) Ser aplicado por um profissional da saúde, com treinamento específico para auxiliar no processo de mudança de comportamento para estilo de vida saudável; (6) Ser explícita a dedicação de, pelo menos, uma parte de sua aplicação voltada ao autodesenvolvimento, autoconhecimento e autoeficácia para mudança de comportamento para estilo de vida saudável; (7) Não ser exclusivamente uma intervenção prescritiva, baseada no conhecimento e informações biomédicas e valores preestabelecidos; (8) Ter, no mínimo, três meses de duração e (9) ser realizada no ambiente de trabalho ou fora deste, desde que subsidiada pelo empregador.

Foram excluídos os estudos onde o *Coaching* em Saúde e Bem Estar estivesse associado a outras intervenções e não fosse o diferencial deste braço de estudo, de forma que os resultados da intervenção não pudessem ser atribuídos especificamente ao *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

Consideraram-se todas as formas de entrega do *Coaching* em Saúde e Bem Estar (presencial, por telefone ou via internet).

3.1.4 Característica dos Desfechos

Foram selecionados estudos que apresentaram resultados para peso corporal (quilogramas), IMC (kg/m²), composição corporal (porcentagem de gordura corporal), circunferência de cintura (cm) , nível de atividade física (duração, frequência e intensidade semanal), gasto energético (mets min) e ingestão de frutas, legumes e verduras (porções diárias), independentemente do objetivo da intervenção.

3.2 Estratégia de Busca

A identificação dos estudos se deu à partir de (i) execução de estratégias avançadas de busca em bases eletrônicas de dados e (ii) do rastreamento das referências dos artigos encontrados nesta revisão, além da (iii) busca realizada entre os resultados e referências de revisões sistemáticas relevantes.

Quatro bases de dados eletrônicas foram utilizadas para rastrear estudos publicados: PUBMED (Janeiro/2000 à maio/2013), LILACS (até maio/2013), CINAHL (até abril/2013) e EMBASE (até abril/2013).

Realizou-se uma busca na biblioteca da Colaboração Cochrane para verificar a existência de ensaios clínicos ainda não publicados, que atingissem os critérios de elegibilidade deste estudo.

As estratégias de busca utilizaram os termos descritos abaixo, com variações para cada base de dados.

Participantes: *employee, employer, work, worker, worksite, workplace.*

Intervenção: *Coach, Coaching, Motivational Interviewing, Counseling, Transtheoretical Model.*

Desfechos: *obesity, nutrition, diet, BMI, body mass index, body composition, percent body fat, weight .physical activity; physical inactivity, fitness, sedentarism, exercise, health risk, health behavior, healthy change, health goal, risk factor, wellness, lifestyle, disease, behavior change, lifestyle change, wellbeing, stages of change, self efficacy, quality of life.*

Para a elaboração das estratégias de busca, contou-se com a colaboração de bibliotecário com experiência na área.

3.3 Seleção dos Estudos

Para a seleção dos estudos, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão no total de estudos selecionados. O processo foi realizado sem cegamento, utilizando-se os títulos e resumos destes estudos. Os estudos foram separados em dois blocos: (1) possíveis e (2) não possíveis. Buscou-se pelos artigos completos dos estudos inclusos no bloco 1 e realizou-se a leitura cuidadosa dos textos integrais para verificar quais artigos atingiam os critérios de inclusão ou exclusão que, por fim, comporiam a revisão.

3.4 Extração dos Dados

Os dados foram extraídos dos estudos selecionados utilizando-se dois instrumentos: o Instrumento de Avaliação de Risco de Viés de Ensaios Clínicos Randomizados da Colaboração Cochrane (Carvalho et al, 2013) e um instrumento elaborado para esta revisão, utilizando a estratégia PICOS.

Duas revisoras extraíram independentemente as evidências dos estudos e avaliaram o risco de viés dos estudos para cada domínio do instrumento. As duas avaliações foram submetidas a um terceiro revisor, mais experiente, que verificou a existência de consenso entre as avaliações e deu seu parecer sobre o trabalho em

relação a cada domínio. Divergências foram discutidas pelos três revisores até que se chegasse a um consenso. Dúvidas remanescentes foram esclarecidas com a Colaboração Cochrane do Brasil.

Os dados do PICOS foram extraídos e organizados pela autora desta revisão.

4. RESULTADOS

4.1. Processo de busca e seleção de estudos.

O processo de busca nas bases de dados resultou em 878 artigos. Destes, apenas 10 (1,1%) foram selecionados de buscas em resultados e referências de revisões sistemáticas de intervenções para controle de peso, aumento de atividade física e/ou aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, assim como em referências de artigos elegíveis ou que dissertavam sobre *Coaching* em Saúde e Bem Estar. O fluxograma da seleção dos estudos está descrito na Figura 3.

Entre as bases de busca eletrônicas, o maior número de artigos foi encontrado no PUBMED, 739 (84,2%), sendo 735 (99,4%) provenientes da estratégia de busca e 4 (0,6%) encontrados nas citações relacionadas desta base de dados. As buscas nas bases de dados CINAHL, EMBASE, LILACS e Cochrane Library identificaram 70 (8%), 36 (4%), 21 (2%) e 6 (0,7%) artigos, respectivamente.

Após o cruzamento dos resultados entre as bases de dados, foram excluídos 20 (2,3%) duplicatas. Destes, 13 (65%) eram provenientes da base de dados CINAHL e 7 (35%) da EMBASE.

Aos títulos e resumos dos 858 artigos restantes, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão desta revisão. O resultado deste processo foi a exclusão de 805 (93,8%) artigos. A maior parte destes, 695 (86,3%) por não ter relação com o tema desta revisão e os 13,7% restantes, por razões diversas como não ser um estudo de avaliação, não avaliar os desfechos relacionados a esta revisão ou não ser direcionado ao trabalhador.

Figura 3. Fluxograma de seleção de estudos

ECCR: Ensaio Clínico Controlado Randomizado

O último passo deste processo foi a leitura dos 53 (6,2%) textos completos dos artigos pré-selecionados, para identificar aqueles que atingissem todos os critérios de elegibilidade desta revisão. Isto feito, verificou-se que 42 (79,2%) artigos não eram elegíveis, em função de não serem ensaios clínicos randomizados (26; 61,9%), não apresentarem resultados para desfechos de interesse (n=7; 16,6%), não apresentarem resultado específico para o *Coaching* em Saúde e Bem Estar (n=3; 7,1%), a intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar ter duração inferior a 3 meses (n=2; 4,8%), a intervenção apresentar principalmente ou exclusivamente características prescritivas (1; 2,4%); o estudo ser o mesmo que o já realizado em um outro artigo selecionado e publicado anteriormente (n=1; 2,4%) e, por último, serem avaliações econômicas de estudos já selecionados e não acrescentarem nenhum resultado diferente aos já apresentados nos estudos anteriores (n=2; 4,8%).

Ao final, 11 estudos atingiram os critérios de elegibilidade e passaram a compor o resultado desta revisão.

4.2 Características dos estudos selecionados

Inicialmente é importante descrever algumas características da amostra que compõe esta revisão:

(1) Quanto a utilização de um mesmo estudo para 2 artigos diferentes: (a) 2 artigos, Groeneveld et al (2010) e Groeneveld et al (2011), reportaram um mesmo estudo, mas avaliaram desfechos diferentes; (b) Van Wier et al (2009) e Van Wier et al (2011), também utilizam o mesmo estudo, avaliaram os mesmos desfechos, porém em tempos de seguimentos diferentes, o primeiro entre 0 – 6 meses e o segundo entre 0 – 24 meses e 6 – 24 meses;

(2) Quanto ao número de intervenções e número de seguimentos: (a) 5 artigos (Verweij et al, 2012; Kim et al, 2010; Prochaska et al, 2008, Elliot et al, 2007; Proper et al, 2003) avaliam o *Coaching*, apenas ao final da intervenção; (b) 3 artigos (Groeneveld et al, 2011; Hugues et al, 2011; Groeneveld et al, 2010) avaliam uma intervenção, em dois seguimentos; (c) 2 artigos (Van Wier et al, 2009; Opdenacker et

al, 2008) avaliam 2 intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar e apenas 1 seguimento, logo após o término da intervenção; (d) Um artigo (Van Wier et al, 2011) avalia duas intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar, em dois seguimentos diferentes.

Estas diferenças apresentadas nos itens 1 e 2 tem influência no cálculo do número total de artigos, estudos, intervenções e resultados, que serão utilizados para a descrição das características que se seguem, em função da natureza de cada característica. Assim, para características relacionadas à publicação (ano, país), serão considerados os 11 artigos.

Para a descrição de características dos participantes (idade, sexo, local de trabalho) e da intervenção (período da intervenção, número de sessões, tempo de duração das sessões) serão considerados um total de 9 estudos, devido à exclusão dos 2 artigos que utilizam os mesmos estudos.

Seguindo o mesmo pensamento, para a descrição do formato de entrega, será necessário utilizar o número total de intervenções, excluindo-se os artigos que utilizam os mesmos estudos, o que totalizam 11 intervenções.

Quando a característica a ser descrita estiver relacionada a resultados, considerando-se número de intervenções e número de seguimentos, o total será de 19 resultados.

Assim, os 11 artigos selecionados para esta revisão foram publicados entre os anos de 2003 e 2012 e estão descritos na Tabela 1, sendo que 5 (45,5%) foram publicados até 2010 e 6 (54,5%) entre 2010 e 2012.

Quanto ao país de origem, 6 (54,5%) têm origem na Holanda, 4 (35,4%) são provenientes dos Estados Unidos da América e 1 (9,1%) é oriundo da Bélgica. Todos os estudos holandeses foram desenvolvidos pelo EMGO – Institute for Health and Care Research.

O número total de participantes nos 9 estudos é de 8006 e variou entre 90 a 2470 por estudo. Apenas 1(11,1%) estudo apresentou até 100 participantes, 2 estudos (22,2%) tiveram entre 101 a 500 participantes, 3 (33,3%) contaram com 501 à 1000 participantes e 3 (33,3%) com mais de 1000 participantes.

Os participantes dos 9 estudos foram provenientes de diferentes setores econômicos, sendo: construção (n=1; 9,1%); serviços (n=1; 9,1%); universitário (n=2; 18,2%); setor público (n=2; 27,3%); e terceiro setor (n=1; 9,1%). Dois estudos (18,2%) não informam este dado.

Os estudos contemplaram participantes do sexo feminino e masculino, com exceção de Groeneveld et al (2010) e Groeneveld et al (2011), apenas com trabalhadores do sexo masculino. Elliot et al (2007) não se limitou a um dos sexos, porém 97% (n=581) dos participantes eram bombeiros do sexo masculino.

Entre os estudos que relataram a faixa etária dos participantes, apenas 2 (22,2%) estudos limitaram os participantes a uma faixa etária específica, Hughes et al (2011), 40 anos e mais, Groeneveld et al (2011) e Groeneveld et al (2010), 18 à 65 anos.

Quanto ao período de intervenção, considerando-se as 9 intervenções existentes nos 11 artigos, tem-se que apenas para um estudo (11,1%) a intervenção foi de 3 meses. A maioria dos estudos apresentou intervenção com 6 meses de duração (n=5; 55,5%). Três estudos, realizaram intervenções com duração entre 9 e 12 meses.

O número total de sessões de *Coaching* em Saúde e Bem Estar esteve entre 4 e 18, sendo que em 6 estudos este número esteve entre 4 a 9 sessões. Apenas um estudo apresentou o número máximo de 18 sessões. Para duas intervenções não foram apresentadas estas informações.

Como uma consideração geral para as características de tempo de duração e formato de entrega das intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar, verificou-se que as sessões presenciais são, em média, 15 à 30 minutos mais longas que as por telefone e, por outro lado, não há tempo estimado ou controle de tempo para as intervenções por e-mail ou on line.

Desta forma, para um total de 8 intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar que utilizam o formato presencial ou por telefone e que informam o tempo de intervenção, 4(50%) presenciais e 4(50%) por telefone, observam-se 2 (25%) intervenções presenciais com duração entre 20 e 30 minutos, uma (12,5%) com

duração entre 30 e 45 minutos e 1 (12,5%) com duração entre 45 e 60 minutos. Para as intervenções entregues por telefone, 2(25%) tem duração entre 10 à 15 minutos e 2(25%) tem duração entre 15 à 30 minutos. Hughes et al (2011), Van Wier et al (2009) e Van Wier et al, (2011) e Elliot et al (2007) não apresentam estas informações.

Quando o aspecto é formato de entrega do *Coaching* em Saúde e Bem Estar exclusivamente, o número total de intervenções a ser considerado é 11 e destes, 3 (27,3%) utilizam o formato presencial, 3 (27,3%) o formato por telefone, 3 (27,3%) optaram por um formato híbrido de presencial e telefone, 1 (9,1%) incluíram presencial, telefone e e-mail e outro (9,1%) uniu o formato *on line* ao e-mail.

Para o intervalo de seguimento, em um total de 10 estudos (excluindo-se apenas Groeneveld et al, 2011), 50% (n=5) realizaram avaliações nos meses 0 e 6, 20% (n=2) nos meses 0 e 12, os 3 estudos restantes, realizaram suas avaliações nos meses 0 e 3, 0 e 9, 0 e 24 e 6 e 24, cada um representando 10% (n=1) do total de estudos, sendo que os dois últimos seguimentos se referem ao estudo de Van Wier et al (2011).

Tabela 1. Sumário dos estudos incluídos nesta revisão.

Estudo; Participantes; País	Intervenção(I); Controle ©	Medidas de Desfecho	Estimativa de Efeito (95% CI), p-Value
(1)Verweij et al (2012): 523 trabalhadores sobrepeso ou baixo CFLV e inatividade física; Holanda	6 meses de intervenção. I1: Counseling, 5 sessões presenciais, 20-30 min. C: Aconselhamento em saúde (Intervention Mapping protocol).	AF: Moderada, Vigorosa, Total (SQUASH) Peso Corporal: Circunferência cintura, peso e IMC (aferidas) CFLV: Consumo de frutas (Short Fruit and Vegetable Questionnaire)	0 - 6 meses Consumo de frutas: $\beta = 2.1(0,6 \text{ a } 3,6)$. AF: sem relação de efeito. Peso Corporal: sem relação de efeito
(2)Groeneveld et al (2011) 816 trabalhadores masculinos, setor da construção, 18 e 65, risco elevado DCV Holanda	6 meses de intervenção I1: Entrevista motivacional, 3 sessões presenciais, 45-60 min + 4 por telefone, 15-30 min. C: Tratamento habitual: Prescrição de informações pelo médico do trabalho.	AF: AF tempo livre, Atividades esportivas, Met-minutos/semana (SQUASH) CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais (Short Fruit and Vegetable Questionnaire)	0 - 6 meses Consumo de frutas: $\beta = 1,7(0,6; 2,9)$. AF: sem relação de efeito. CFLV: sem relação de efeito. 0 - 12 meses sem relação de efeito para nenhum dos desfechos de interesse.
(3)Hughes et al (2011) 423 trabalhadores, 40 e + USA	12 meses de intervenção I1: Coach: 1 sessão presencial coaching + contatos por telefone e/ou e-mail + sessões presenciais, se necessário (do mês 1 ao 6, contatos quinzenais; do mês 7 ao 12, contatos mensais) I2: Real Age: programa online C: Materiais impressos	AF: Moderada, Vigorosa (Escala de 7 itens, autoreportada) + Participação em Atividade Física (RAPA) Peso Corporal: Peso, IMC, Circunferência cintura (aferidas) CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais (National Cancer Institute All-Day Fruit and Vegetable Screener)	0 - 6 meses AF moderada: $P = 0,05$ CFLV: $P = 0,026$ Peso Corporal: sem relação de efeito. 0 - 12 meses CFLV: $P < 0,001$ AF moderada: $P = 0,013$ Peso Corporal: sem relação de efeito.
(4)Van Wier et al (2011) 1386 trabalhadores de 7 empresas do setor de serviços, sobrepeso Holanda	6 meses de intervenção I1: Counseling (CLS)e-mail: Programa online + feedbacks por e-mail I2: Counseling (CLS) fone - Livro de exercícios + feedbacks por telefone	AF: Met-minutos/semana AF Total (SQUASH) Peso Corporal: Circunferência cintura, peso e IMC (aferidas e autoreportadas) CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais (Short Fruit and Vegetable Questionnaire)	Peso Corporal: Casos Completos 0 - 24 meses CSL e-mail = $-1,2 (-1,9; -0,4)$ 6 - 24 meses CSL e-mail vs fone = $-1,0 (-1,9; -0,4)$ Peso Corporal: Imputação múltipla de dados: 6 - 24 meses CSL e-mail vs fone = $-1,0 (-1,7, 0,3)$ AF: Sem relação de efeito CFLV: Sem relação de efeito
(5)Groeneveld et al (2010) 816 trabalhadores masculinos, setor da construção, 18 e 65, risco elevado DCV Holanda	6 meses de intervenção I1: Entrevista motivacional, 3 sessões presenciais, 45-60 min + 4 por telefone, 15-30 min. C: Tratamento habitual: Prescrição de informações pelo médico do trabalho.	Peso corporal: Peso, IMC	0 - 6 meses Peso: $\beta = -1,9(-2,6; -1,2)$ IMC: $\beta = -0,6(-0,8; -0,3)$ Peso IMC ≥ 30 : $\beta = -2,9 (-4,3; -1,6)$ 0 - 12 meses: Peso: $\beta = -1,8 (-2,8; -1,1)$ IMC: $\beta = -0,6 (-0,8; -0,3)$ Peso IMC ≥ 30 : $\beta = -2,5 (-4,0; -1,0)$
(6)Kim et al (2009) 2470 trabalhadores de 43 empresas e 13 organizações comunitárias, desejavam fazer mudanças em seus hábitos alimentares e atividade física, nas 2 semanas seguintes. USA	6 meses de intervenção. I1: Auto ajuda I2: Counseling, 9 sessões por fone (6 sessões de 30 min., durante os primeiros 4 meses + 3 sessões de 12 min. no 5º e 6º mês).	AF: Moderada, vigorosa Peso Corporal: Peso, IMC AF suave CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais	0 - 6 meses AF: Sem relação de efeito Peso Corporal: Sem relação de Efeito CFLV: $x2(2) = 1,13-0,88 = 0,25 (p < 0,04)$

AF – Atividade física / PC – Peso corporal / CFLV – Consumo de frutas, legumes e verduras / CSL – Counseling / IMC – Índice de massa corporal / HWC – *Coaching* em Saúde e Bem Estar / EM – Entrevista Motivacional

Continuação Tabela 1. Sumário dos estudos incluídos nesta revisão

Estudo; Participantes; País	Intervenção(I); Controle ©	Medidas de Desfecho	Estimativa de Efeito (95% CI), p-Value
(7)Van Wier et al (2009) 1386 trabalhadores de 7 empresas do setor de serviços, sobrepeso Holanda	6 meses de intervenção I1: Counseling e-mail: Programa online + feedbacks por e-mail I2: Counseling fone - Livro de exercícios + feedbacks por telefone	AF: Met-minutos/semana AF Total (SQUASH), AF $\geq$ 30 min/5 dias/semana (01 questão) Peso Corporal: Circunferência cintura, peso e IMC (afetadas e autoreportadas) CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais(Short Fruit and Vegetable Questionnaire)	0 - 6 meses AF: CSL fone: $\beta = 866$ (203;1530, $p=0,01$) Peso Corporal: Casos Completos Peso: CSL fone: $\beta = -1,6$ (- 2,2; -1,0, $p<0,001$) Peso: CSL e-mail: $\beta = -1,1$ (-1,7; -0,5, $p<0,001$) Cintura: CSL fone: $\beta = -1,9$ cm (-2,7;-1,0, $p<0,001$) Peso Corporal: Imputação múltipla dos dados: Peso: CSL fone: $\beta = -1,5$ kg (-2,2; -0,8, $p<0,001$) Peso: CSL e-mail: $\beta = -0,6$ (- 1,3;-0,001, $p<0,05$) CFLV: Sem relação de efeito CSL fone vs CSL e-mail: Sem diferenças significativas
(8)Opendacker et al (2008) 90 trabalhadores da Universidade Católica de Leuven Bélgica	3 meses de duração I1: HWC presencial (4 sessões presenciais, 2 no 1º mês + 1 a cada mês subsequente) I2: HWC por fone (1 sessão presencial + 3 sessões p/fone)	AF:AF Total, AF moderada e vigorosa: no trabalho; transporte ativo locomoção ativa, AF em casa e jardinagem e AF tempo livre (IPAQ)	0 - 3 meses Transporte Ativo: HWC Presencial: significativamente positivo AF de tempo livre: HWC Presencial: significativamente positivo HWC Fone: significativamente positivo AF Total, AF no trabalho, AF durante os serviços de casa ou jardinagem: Sem relação de efeito ao longo do tempo ou entre os grupos.
(9)Prochaska et al (2008) 1400 trabalhadores, Universidade de Medicina. USA	6 meses de Intervenção I1: HRI - ARS com determinação do estágio de mudança de comportamento antes da intervenção. I2: HWC baseado em EM, por telefone ou presencial, conforme preferência do participante, 3 sessões: inicial (30-45 min + 2 follow up (10-15 min. I3: Programa online baseado nos estágios e mudança de comportamento.	AF: % sujeitos no critério, 30 min AF moderada/5 dias/semana Peso Corporal: % sujeitos abaixo ou acima do critério IMC = 25	0 - 6 meses AF: $\chi^2(2)=8,195$, $p<0,05$ Peso Corporal: Sem relação de efeito
(10)Elliot et al (2007) 599 bombeiros, 97% homens USA	10 meses de intervenção I1: Team-centered curriculum - TCC (11 sessões de 45 min, em equipe) I2: Entrevista motivacional - EM (01 sessão presencial + restantes presenciais ou por fone, conforme preferência e necessidade do participante. C: Resultados de avaliação de saúde.	AF: Consumo de oxigênio. número sentar/ levantar/min, sentar e alcançar (afetadas) Peso Corporal: peso, composição corporal, IMC (afetadas) CFLV: Porções diárias de frutas e vegetais.(Questionário validado)	0 - 12 EM vs Controle AF: Sentar/levantar: 1,4($P<0,05$) Peso: -3,0 ($P<0,05$) IMC: -1,1 ($P<0,05$) Consumo de frutas e verduras: 0,4($P<0,05$)
(11)Proper et al (2003) 299 trabalhadores de três serviços municipais holandeses Holanda	9 meses de intervenção. I1: CSL Presencial (7 sessões de 20 min) C: Informações por escrito sobre estilo de vida saudável.	AF: AF moderada (nº de dias/ semana com 30 min); Gasto energético total - GET (7-day PAR);Nível de AF durante atividades esportivas - Sport Index e AF de tempo livre - TL Index (Baecke Questionnaire); Condicionamento Cardio Vascular Submáximo - CCVsubmax Peso Corporal: IMC; %gordura Corporal - %gord (afetadas)	0 - 9 GET: $\beta = 176,18$ (60,58;291,78, $p=0,003$) Sport Index: $\beta = 0,22$ (0,07;0,37, $p=0,004$) CCVsubmax: $\beta = -4,71$ (-7,38;-2,05, $p=0,001$) %gord: $\beta = -0,79$ (2,01;-1,92, $p=0,015$) Sem relação de efeito para todas as outras variáveis

AF – Atividade física / PC – Peso corporal / CFLV – Consumo de frutas, legumes e verduras / CSL –
Counseling / IMC – Índice de massa corporal / HWC – Coaching em Saúde e Bem Estar / EM –
Entrevista Motivacional

4.3 Avaliação de risco de viés

A Tabela 2, desenvolvida à partir da inserção dos dados desta revisão no Review Manager (RevMan 5.1), descreve o risco de viés encontrado para cada estudo, em relação à 7 domínios, como apresenta Carvalho et al (2013): (1) geração da sequência aleatória; (2) ocultação da alocação; (3) cegamento de participantes e profissionais; (4) cegamento de avaliadores de desfecho; (5) desfechos incompletos; (6) relato de desfecho seletivo e (7) outras fontes de vieses.

Agrupando-se os 11 estudos em função do número de domínios classificados em cada uma das 3 possíveis classificações de risco, tem-se que 4 (36,4%) estudos apresentam baixo risco de viés para 5 dos 7 domínios, 2 (18,2%) para 4 domínios, 3(27,7%) para 3 domínios, 1 (9,1%) para 2 domínios e 1 (9,1%) para apenas 1 domínio. Para alto risco de viés, 2 (18,2%) estudos apresentam alto risco de viés para apenas 1 domínio, 5 (45,5%) estudos para 2 domínios e 4 (36,4%) para 3 domínios. Quanto ao risco de viés incerto, apenas 4 (36,4%) não deixaram de reportar informações relevantes e não receberam avaliação de risco de viés incerto para nenhum dos domínios, 4 (36,4%) dos estudos apresentaram risco de viés incerto para 1 domínio, 1 (9,1%) estudo para 2 domínios, 1 (9,1%) estudo para 3 domínios e 1 (9,1%) estudo para 4 domínios.

Os dois estudos (18,2%), Opdenacker et al (2008) e Prochaska et al (2008) que apresentam 3 e 4 domínios com avaliação de risco de viés incerto, respectivamente, denotam pouca transparência na descrição das informações.

O domínio 4, que diz respeito ao cegamento de avaliadores de variáveis de desfechos é o mais prejudicado pela ausência de informações, com 5 (45,5%) dos estudos avaliados como risco de viés incerto para este domínio.

O gráfico, na Figura 4, oferece um panorama do risco de viés dos 11 estudos constantes desta revisão.

Tabela 2. Avaliação de Risco de Viés

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Verweij, 2012	+	+	-	-	+	+	-
Groeneveld, 2011	+	+	-	+	+	+	-
Hughes, 2011	+	+	-	-	+	+	-
Van Wier, 2011	+	+	-	?	-	+	-
Groeneveld, 2010	+	+	-	+	+	+	?
Kim, 2010	+	+	-	+	+	+	-
Van Wier, 2009	+	+	-	?	-	+	-
Opdenacker, 2008	?	?	-	?	+	+	-
Prochaska, 2008	?	?	-	?	?	+	-
Elliot, 2007	+	+	-	?	+	+	+
Proper, 2003	?	?	-	+	+	+	-

baixo risco de viés /
 baixo risco de viés /
 risco de viés incerto

Para o domínio 1, geração da sequência aleatória, 72,7% (n=8) dos estudos apresentam baixo risco de viés. Os 27,3% (n=3) restantes foram avaliados em risco de viés incerto.

A avaliação da ocultação de alocação, domínio 2, obteve os mesmos resultados do que o domínio 1, 72,7% (n=8) dos estudos apresentam baixo risco de viés. Os 27,3% (n=3) restantes foram avaliados em risco de viés incerto.

100 % dos estudos foram avaliados como alto risco de viés para o domínio 3, cegamento de participantes e profissionais.

Quanto ao domínio 4, cegamento de avaliadores de desfecho, os resultados foram 36,4% (n=4) para baixo risco de viés, 18,2% (n=2) para alto risco de viés e 45,4% (n=5) para risco de viés incerto.

No domínio 5, desfechos incompletos, 72,7% (n= 8) foram avaliados como baixo risco, 18,2% (n=2) em alto risco e 9,1% (n= 1) em risco de viés incerto.

100% dos estudos foram avaliados como baixo risco de viés para o domínio 6, relato de desfecho seletivo.

Em relação às outras fontes de vieses, avaliadas no domínio 7, apenas 1(9,1%) atingiu critério para baixo risco de viés e risco de viés incerto, os 9 (81,8%) estudos restantes foram avaliados como alto risco de viés, para este domínio.

Ainda sobre o domínio 7, foram atribuídos como outros riscos de vieses: alocação por disponibilidade da intervenção; uso de resultados auto-relatado para avaliar desfechos como peso, altura e circunferência de cintura; ausência de grupo controle; amostra pequena e talvez não representativa; falta de expertise do intervenor; utilização de instrumentos não validados; e influência nos resultados pela possível contaminação entre os grupos.

Figura 4. Gráfico de risco de viés.

4.4 Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre as variáveis de desfecho.

A Tabela 3 oferece um sumário do efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar nos 3 desfechos de interesse desta revisão, levando-se em conta a expectativa de efeito e o número de variáveis aferidas para cada desfecho em cada um dos estudos.

Assim, a direção esperada do efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre a atividade física indica aumento no nível de atividade física, que foi avaliado a partir de um total de 14 variáveis, somadas entre todos os estudos. Para o peso corporal, esperou-se diminuição do peso, IMC, circunferência da cintura e percentual de gordura corporal, totalizando 4 variáveis. Quanto ao consumo de frutas, legumes e verduras, a associação na direção esperada está relacionada ao maior consumo de frutas ou legumes e verduras ou de um indicador único para frutas, legumes e verduras, somando 3 variáveis.

As 14 variáveis utilizadas nos estudos para avaliar atividade física foram: AF total; AF vigorosa; AF moderada; AF leve; AF de tempo livre; AF no esporte; AF no trabalho; AF no serviço de casa e jardinagem; transporte ativo; participação em

atividade física; gasto energético; consumo de oxigênio; frequência cardíaca; sentar e levantar. Dentre estas, não encontrou-se nenhuma associação de efeito para AF vigorosa, AF leve, AF no trabalho, AF no serviço de casa e jardinagem, participação em AF e consumo de oxigênio, que representam 42,8% (n=6) das variáveis para este desfecho.

A Tabela 3 revela que entre os 10 estudos que avaliaram atividade física, apenas um, (Prochaska et al, 2008), demonstrou associação de efeito para 100% das variáveis avaliadas neste estudo, o que, neste caso, equivale unicamente a variável AF moderada. Dois estudos (20%), Van Wier et al (2009) e Proper et al (2003), encontraram efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis avaliadas. Três estudos (30%), Hugues et al (2011), Opdenacker et al (2008) e Elliot et al (2007), demonstraram associação de efeito na direção esperada para menos de 50% das variáveis estudadas. Verweij et al (2012), Van Wier et al (2011), Groeneveld et al (2011) e Kim et al (2010), total de 4 estudos (40%), não encontraram associação de efeito na direção esperada para nenhuma das variáveis estudadas.

Nove (81,8%) estudos avaliaram peso corporal. Destes, apenas Groeneveld et al (2010) informou associação de efeito em 100% das variáveis avaliadas, sejam estas peso e IMC, representando 11,1% (n=1). Três (33,3%), Van Wier et al (2009), Elliot et al (2007) e Proper et al (2003), encontraram efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis avaliadas. Van Wier et al (2011) encontrou associação de efeito na direção esperada para menos de 50% das variáveis estudadas. Verweij et al (2012), Hugues et al (2011), Kim et al (2010) e Prochaska et al (2008) não encontraram associação de efeito na direção esperada para nenhuma das variáveis estudadas, representando 44,4% (n=4) dos estudos que avaliaram peso corporal.

Entre os 7 (63,6%) estudos que avaliaram consumo de frutas, legumes e verduras, 4 estudos (57,1%), Verweij et al (2012), Hugues et al (2011), Kim et al (2010) e Elliot et al (2007), totalizando 57,1% demonstraram associação de efeito para 100% das variáveis avaliadas nestes estudos. Apenas 1 estudo (14,3%), Groeneveld et al (2011), encontrou efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis avaliadas. Nenhum estudo demonstrou associação de efeito na direção esperada para menos de 50% das variáveis estudadas. Van Wier et al

(2011) e (2009), total de 2 estudos (28,57%), não encontraram associação de efeito na direção esperada para nenhuma das variáveis estudadas. Nenhum estudo encontrou associação de efeito na direção esperada para a variável, consumo de vegetais, isoladamente.

Tabela 3. Sumário do Efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre AF, PC e CFLV.

Desfechos	Atividade Física	Peso Corporal	CFLV
Número de Variáveis	n=13	n=4	n=3
TOTAL	10	9	7
Efeito na direção esperada em 100% das variáveis	1	1	4
Efeito na direção esperada em $\geq$ 50% das variáveis	2	3	1
Efeito na direção esperada em $<$ 50% das variáveis	3	1	0
Sem associação de efeito para as variáveis	4	4	2
Efeito na direção contrária	0	0	0

CFLV – Consumo de frutas, legumes e verduras

Nenhum estudo encontrou efeito na direção contrária para qualquer uma das variáveis estudadas, para nenhum dos desfechos de interesse desta revisão.

4.4 Associação entre objetivo do estudo e efeito da intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

A Tabela 4 demonstra a relação entre os objetivos dos estudos e o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre a atividade física, peso corporal e consumo de frutas legumes e verduras.

Tabela 4. Objetivo do estudo e efeito da intervenção.

Objetivos	n (Estudo)	AF n (estudo)			PC n (estudo)			CFLV n (estudo)		
		$\geq 50\%$	$< 50\%$	SE	$\geq 50\%$	$< 50\%$	SE	$\geq 50\%$	$< 50\%$	SE
Gerenciamento Peso Corporal	3 (1;6;7)	1 (7)	0	2 (1;6)	1 (7)	0	2 (1;6)	2 (1;6)	0	1 (7)
Promoção Saúde/Estilo de Vida	2 (3;10)	0	2 (3;10)	0	1 (10)	0	1 (3)	2 (3;10)	0	0
Redução de Risco em Saúde	3 (4;5;9)	1 (9)	0	1 (4)	1 (5)	1 (4)	1(9)	0	0	1 (4)
Consumo Frutas, Legumes e Verduras	2 (2;6)	0	0	2 (2;6)	0	0	1 (6)	2 (2;6)	0	0
Promoção Atividade Física	4 (2;6;8;11)	1 (11)	1(8)	2 (2;6)	1 (11)	0	1 (6)	2 (2;6)	0	0

AF – Atividade Física; PC – Peso Corporal; CFLV – Consumo de frutas, legumes e verduras.

Três (27,3%) estudos têm como objetivo o gerenciamento do peso corporal. Para atividade física, 2 (66,7%) destes estudos, Verweij et al (2012) e Kim (2010), não apresentaram associação de efeito para este desfecho. Van Wier et al (2009), verificou associação de efeito em mais de 50% das variáveis de atividade física avaliadas. Para variáveis de peso corporal, um (33,3%) estudo, Van Wier et al (2009), apresentou associação de efeito para mais de 50% das variáveis. Dois (66,7%) estudos, Verweij et al (2012) e Kim (2010), não verificaram associação de efeito para as variáveis de peso corporal avaliadas. Para CFLV, dois (66,7%) estudos, Verweij et al (2012) e Kim et al (2010) apresentaram associação de efeito para mais de 50% das variáveis. Um (33,3%) estudo, Van Wier et al (2009), não verificou associação de efeito para as variáveis de CFLV avaliadas.

Dois (18,2%) estudos tem objetivo de promoção da saúde e estilo de vida. Para atividade física, ambos (100%), Hugues et al (2011) e Elliot et al (2007), encontraram associação de efeito na direção esperada para menos de 50% das variáveis avaliadas. Quanto ao peso corporal, Elliot et all (2007) apresentou associação de efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis estudadas, enquanto Hugues et al (2011) não apresentou associação de efeito para nenhuma das variáveis. Os dois (100%) estudos reportaram associação de efeito para mais de 50% das variáveis de CFLV.

Três (27,3%) estudos tem objetivo de redução de risco em saúde. Para atividade física, apenas 2 destes estudos avaliam variáveis de AF, sendo que um (33,3%), Prochaska et al (2008), apresentou associação de efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis e outro (33,3%). Van Wier et al (2011)

não demonstrou associação de efeito para variáveis de AF. Em relação ao peso corporal, cada estudo teve representação de 33,3%, sendo que Groeneveld et al (2010) apresentou associação na direção esperada para mais de 50% das variáveis, enquanto que Van Wier et al (2011) para menos de 50% e Prochaska et al (2008) não encontrou associação de efeito para variáveis de PC.

Dois (18,2%) estudos, Groeneveld et al (2011) e Kim et al (2010), têm objetivo específico para aumento de consumo de frutas, legumes e verduras e ambos (100%) apresentaram associação de efeito para mais de 50% das variáveis de CFLV. Estes estudos não encontraram associação de efeito para variáveis de AF e PC, reforçando que Groeneveld et al (2011) não avaliou peso corporal.

Quatro (36,4%) estudos descreveram objetivos específicos para atividade física. Um (25%) estudo, Proper et al (2003) relatou associação de efeito na direção esperada para mais de 50% das variáveis, enquanto outro (25%), Opdenacker et al (2008), para menos de 50% e os outros dois (50%), Groeneveld et al (2011) e Kim et al (2010), não encontraram associação de efeito para variáveis de AF. Quanto ao peso corporal, apenas dois (50%) destes estudos avaliaram variáveis de PC, sendo que Proper et al (2003) encontrou associação de efeito para 50% das variáveis e Kim et al (2010) não encontrou associação de efeito para estas variáveis. Apenas dois (50%) estudos, Groeneveld et al (2011) e Kim et al (2010), avaliaram variáveis de CFLV e, ambos (100%), encontraram associação de efeito para mais de 50% das variáveis para este desfecho.

4.5 Associação entre formato de entrega e efeito da intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

A Tabela 5 demonstra a relação entre formato de entrega do *Coaching* em Saúde e Bem Estar e o efeito da intervenção, segundo a associação de efeito na direção esperada ou a não associação de efeito nesta direção, para cada um dos desfechos de interesse. Para descrição dos dados desta tabela, será usado o total de 19 resultados.

Dos 19 resultados oferecidos pelos diferentes formatos, 3 (15,8%) são provenientes do formato de *Coaching* em Saúde e Bem Estar presencial, 5 (26,3%) são do formato por telefone, 3 (15,8%) são do formato on line, 6 são provenientes do formato híbrido presencial + telefone e 2 (10,5%) do híbrido de presencial + telefone ou e-mail.

Tabela 5. Formatos de entrega e efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

Desfechos	Efeito	Formatos de Entrega n (estudo)				
		Presencial	Telefone	On line	P + F	P + F/e
AF	AE	2 (8i1; 11)	2 (7i2; 8i2)	0	2 (9;10)	2 (3t1; 3t2)
	SAE	1 (1)	1 (6)	3(4i1t1;4i1t2;7i1)	2 (2t1; 2t2)	0
PC	AE	1 (11)	3 (4i2t1; 4i2t2; 7i2)	3 (4i1t1;4i1t2;7i1)	3 (5t1;5t2;10)	0
	SAE	1 (1)	1 (6)	0	1 (9)	2 (3t1; 3t2)
CFLV	AE	1 (1)	1 (6)	0	2(2t1;10)	2 (3t1; 3t2)
	SAE	0	1 (7i2)	3 (4i1t1;4i1t2;7i1)	1 (2t2)	0
Total	AE	4	6	3	7	4
	SAE	2	3	6	4	2

AF: Atividade Física; PC: Peso Corporal; CFLV: Consumo de frutas, legumes e verduras.

AE: associação de efeito; SAE: sem associação de efeito; P + F: presencial + telefone; P + F: presencial + telefone ou e-mail; i1: intervenção 1; i2: intervenção 2; t1: seguimento 1; t2: seguimento 2.

4.6 Associação de efeito à longo prazo da intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

Três estudos, 27,3 % do total de 11, reportam resultados de longo prazo (Van Wier et al, 2011; Groeneveld et al, 2011 e Groeneveld et al 2010), em um total de 4 variações de resultado, considerando que Van Wier et al, 2011 faz avaliações em 0 – 24 meses e 6 – 24 meses.

Todos os 8 (72,7 %) estudos restantes avaliam resultados no tempo zero e logo após o término da intervenção. Hugues et al (2011) faz avaliações para dois seguimentos, 0 – 6 meses e 0 – 12 meses, porém a intervenção tem 12 meses de duração.

Em um total de 11 resultados, 5 (45,4%) apresentaram associação de efeito na direção esperada, todos (100%) para variáveis de desfecho de peso corporal. Seis (54,6%) não apresentaram associação de efeito na direção esperada, destes, 3 (50%) são resultado para variáveis de desfecho de atividade física e 3 (50%) para variáveis de desfecho de consumo de frutas, legumes e verduras.

4.6 Associação de blocos de países e efeito de *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

Para um total de 38 resultados, 63,2% (n=24) são holandeses e, destes, 54,2% (n=13) tem associação de efeito na direção esperada e 45,8% (n=11) não apresentam associação de efeito na direção esperada. Os estudos norte americanos representam 31,6% (n=12) do total de resultados, sendo que 50% (n=6) tem associação de efeito na direção esperada e 50% (n=6) não apresentam associação de efeito na direção esperada. O estudo belga representa 5,3% (n=2), sendo que 100 (n=2) apresenta associação de efeito na direção esperada.

Comparando o resultado de risco de viés e os blocos de países, tem-se que 50% (n=2) dos estudos norte americanos apresentam soma entre alto risco de viés e risco de viés incerto para 3 ou mais dos 7 domínios. Para a Holanda, 66,7% (n=4) dos estudos apresentam soma entre alto risco de viés e risco de viés incerto para 3 ou mais dos 7 domínios. O único estudo da Bélgica, Opdenacker et al (2008) tem soma entre alto risco de viés e risco de viés incerto para 5 dos 7 domínios.

Tabela 6. Bloco de países e efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar.

Desfechos	Efeito	Blocos de Países		
		n (estudo)		
		Holanda 24 resultados	EUA 12 resultados	Bélgica 2 resultados
AF	AE	2 (11;7i2)	4 (9;10;3t1;3t2)	2 (8i1;8i2)
	SAE	6 (1; 2t1; 2t2; 4i1t1; 4i1t2; 7i1)	1 (6)	0
PC	AE	9 (4i2t1; 4i2t2;4i1t1;4i1t2; 5t1;5t2; 7i1; 7i2,11)	1 (10)	0
	SAE	1 (1)	4 (3t1; 3t2;6;9)	0
CFLV	AE	2 (1;2t1)	1 (6);10; 3t1; 3t2	0
	SAE	4 (2t2;4i1t1;4i1t2;7i1)	1 (7i2)	0
Total	AE	13	6	2
	SAE	11	6	0

AF: Atividade Física; PC: Peso Corporal; CFLV: Consumo de frutas, legumes e verduras.

AE: associação de efeito; SAE: sem associação de efeito; P + F: presencial + telefone; P + F: presencial + telefone ou e-mail; i1: intervenção 1; i2: intervenção 2; t1: seguimento 1; t2: seguimento 2.

5. DISCUSSÃO

Foram identificados 11 ensaios clínicos randomizados que avaliaram efeitos de intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar em variáveis de desfecho de peso corporal, atividade física e consumo de frutas legumes e verduras. Em função da ausência de consenso sobre o conceito e escopo, como verificado por Olsen et al (2010), foram considerados estudos de *Coaching* em Saúde e Bem Estar, *Counseling* e Entrevista Motivacional, em qualquer um dos formatos de entrega, que atenderam aos critérios de inclusão desta revisão, da mesma forma como utilizado em Hutchison and Breckon (2011). Armstrong et al (2011) e Benedict et al (2008) encontraram um número de estudos aproximado a este, em revisão de Entrevista Motivacional e *Counseling*, respectivamente.

O aumento no número de estudos sobre *Coaching* em Saúde e Bem Estar publicados nos últimos anos, demonstra o aumento de interesse sobre o assunto, no entanto, foi notável a falta de detalhes na descrição das intervenções de *Coaching* em Saúde e Bem Estar, no que diz respeito ao conceito, desenho conceitual, ferramentas utilizadas e características de treinamento do intervenor. O esclarecimento destes detalhes pode fazer a diferença no entendimento dos efeitos encontrados, da mesma forma que viabilizariam a reprodutibilidade dos estudos. Chapman, 2007 disserta sobre a importância de se avaliar o programa de *Coaching* de Saúde e Bem Estar para oferecer informações relevantes para gestores dos programas de promoção de saúde e qualidade de vida, tanto no que tange resultados de custo-efetividade, quanto às características das intervenções.

O maior percentual de associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar na direção esperada foi de 71,4% (5/9 estudos) para CFLV, seguido por um percentual de 60% (6/10 estudos) para AF e de 55,5% (5/9 estudos) para PC. O menor efeito para peso corporal também foi encontrado na revisão de Anderson et al (2009), já em Benedict et al (2008), o efeito foi na direção contrária ao esperado, com pequeno aumento no peso corporal.

Estes resultados, também, estão de acordo com o demonstrado por Sheleigh et al (2006), onde o percentual de resultados positivos significativos foi maior para hábitos alimentares do que para atividade física.

Evitou-se nesta revisão fazer qualquer tipo de classificação da qualidade dos estudos, conforme recomendações da Colaboração Cochrane (Higgins et al, 2011). Assim, os 11 ensaios clínicos randomizados foram submetidos a uma avaliação do risco de viés, que determinou o grau de risco de viés para cada um dos 7 domínios avaliados por este instrumento, para cada um dos estudos.

Observando-se a natureza desta revisão e, portanto dos estudos incluídos, verificou-se que há entre os 7 domínios componentes do instrumento de avaliação de risco de viés, alguns de maior representatividade para a qualidade das evidências apresentadas nos estudos. Desta forma, o domínio 3 (cegamento de participantes e profissionais) foi desconsiderado menos relevante, visto que não é possível o cegamento dos participantes e, principalmente, dos profissionais que aplicam a intervenção de *Coaching* em Saúde e Bem Estar. Para o domínio 7 (outras fontes de viés), não se considerou o uso de resultados auto reportados, quando estes estavam vinculados à hábitos alimentares e atividade física. Os outros cinco domínios foram considerados como fundamentais para a qualidade das evidências. Assim, ao observar os resultados da Tabela 2, verifica-se que apenas 3 estudos apresentam baixo risco de viés para todos os cinco domínios fundamentais. Para estes estudos, a citar Groeneveld et al (2011), Groeneveld et al (2010) e Kim et al (2010), tem-se 50% dos resultados com associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar na direção esperada para os 3 desfechos de interesse e 50% dos resultados sem associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar para estes desfechos.

Apesar de haver consenso quanto ao impacto positivo do aumento da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis na redução do peso corporal, nesta revisão os estudos que tem por objetivo a diminuição de peso corporal apresentaram maior percentual de associação de efeito na direção esperada para CFLV, do que para peso corporal, assim como estudos que apresentaram efeito positivo no CFLV, não apresentaram efeito positivo para PC ou AF.

Poucos estudos avaliaram o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar de longo prazo e estes apresentaram associação de efeito a logo prazo na direção esperada apenas para as variáveis de peso corporal.

Esta revisão apresentou algumas limitações como o a seleção dos estudos ter sido realizada por um único pesquisador e a ausência de avaliação estatística do viés de publicação e do grau de heterogeneidade entre os estudos.

6. CONCLUSÃO

Esta revisão reportou o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, a atividade física e o consumo de frutas, legumes e verduras de trabalhadores. De acordo com as evidências dos 11 estudos selecionados para esta revisão, parece haver associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar na direção esperada para os três desfechos de interesse desta revisão, sendo que o melhor resultado se deu para as variáveis de CFLV, com 2,5 vezes mais associação na direção esperada do que a ausência desta associação. Esta razão para a atividade física e peso corporal foi de 1,5 e 1,25, respectivamente.

A comparação entre os formatos de entrega demonstrou maior associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar entregue em formatos híbridos, presencial + telefone e presencial + telefone e ou e-mail.

Alguns estudos sugerem que o pequeno efeito positivo de intervenções para redução de peso corporal pode estar associado à natureza dos objetivos dos estudos que reportam resultados de peso corporal, que em muitos casos objetivam redução de risco a saúde ou melhora de estilo de vida. Esta revisão não verificou-se relação entre objetivos dos estudos e associação de efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre os desfechos de atividade física, peso corporal e consumo de frutas, legumes e verduras.

A observação das associações de efeito dos estudos incluídos nesta revisão indica que mais associações de efeito na direção esperada para CFLV parece não estar relacionado a mais associação de efeito na direção esperada para PC e AF. Assim, sugere-se que outros ensaios clínicos sejam realizados para verificar o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, à partir de mudanças em hábitos alimentares, como consumo de gordura, consumo de carboidrato e consumo de fibras, além de consumo de frutas, legumes e verduras.

A avaliação do risco de viés dos estudos incluídos nesta revisão demonstrou alto risco de viés para os domínios de maior relevância para a maioria dos estudos. Assim questiona-se a qualidade das evidências apresentadas nesta revisão.

Ainda sobre o risco de viés dos estudos, um achado importante desta revisão é o grande número de estudos que apresentaram risco de viés incerto para pelo menos um domínio. Este dado demonstra a ausência de transparência ao reportar informações relevantes dos estudos.

Desta forma, se faz imprescindível a realização de ensaios clínicos para verificar o efeito do *Coaching* em Saúde e Bem Estar sobre o peso corporal, a atividade física e hábitos alimentares, considerando-se as orientações existentes para execução de ensaios clínicos com informações mais completas e livres de riscos de viés, como também, o efeito desta intervenção considerando-se outras referências para atividade física e hábitos alimentares.

7. REFERÊNCIAS

ANDERSON, L.M.; QWINN, T.A.; GLANZ, K.; RAMIREZ, G.; KAHWATI, L.C.; JOHNSON, D.B.; BUCHANAN, L.T.; ARCHERAY, W.R.; CHATTOPADHYAY, S.; KALRA, G.; KATZ, M.D. The Effectiveness of Worksite Nutrition and Physical Activity Interventions for Controlling Employee Overweight and Obesity – A Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine**, v.37/4, p.340-347, Elsevier, 2009.

ARELLANO, E.B. **Avaliação dos programas de qualidade de vida no trabalho – análise crítica das práticas das organizações premiadas no Brasil**. Tese – Universidade de São Paulo, 2008.

ARLOSKI, M. **Wellness coaching for lasting lifestyle change**. Hole Persons Associates, 2007.

ARMSTRONG, J.J.; MOTTERSHEAD, T.A.; RONKSLEY, P.E.; SIGAL, R.J.; CAMPBELL, T.S.; HEMMELGARN, B.R. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Armstrong et al, **International Association for the Study of Obesity**, v.12, p. 709-723, 2011.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BOGUS,C.M.; WESTPHAL, M.F.; BICHIR, A.; PEDROSO, M.L. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. **Rev Saúde Pública**, v. 36(b), p 38-46, 2002.

BAICKER, K; CUTLER, D; SONG, Z. **Workplace wellness programs can generate savings**. Health Aff (Millwood), 2010 Feb; 29(2):304-11. E-pub 2010 Jan 14. **

BENEDICT, M.A.; ARTERBURN, D. Worksite-Based Weight Loss Programs: A Systematic Review of Recent Literature. **American Journal of Health Promotion**, 2008.

BERRY, L.L; MIRABITO, A.M.; BAUN, W.B. What's the hard return on employee wellness programs? **Harvard Business Review**, December 2010.

CAMPOS, E.A. Aspectos socioculturais e as práticas de cuidados em enfermagem. In: Nakamura E; Martin D; Santos JFQ. **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Ed. Manole, 2009.

CARVALHO, A.P.V.; SILVA, V.; GRANDE, A.J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Centro Cochrane do Brasil e PgMIT**, v.18/1, p.38-44, Universidade Federal de São Paulo, 2013.

CHAPMAN, L.S. Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies. **American Journal Health Promotion**, v.17(3): TAHP 1- TAHP10, 2003.

_____ Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update. **American Journal Health Promotion**, v.19(6): TAHP 1- TAHP 10, 2005.

_____ Planning wellness. Getting off a good start. **Summex Health Management Guides**, 2005.

_____ Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. **American Journal Health Promotion**; 26(4):TAHP1-TAHP12, 2012.

CONSTANTINO, M.A.C. **Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à comunidade da Universidade de São Paulo – USP**. Tese – Universidade de São Paulo, 2008.

DEMARCHI, R. Qualidade de Vida e Promoção de Saúde no Brasil. In: Matarazzo T; Simurro S; Arellano EB (organizadoras). **Prêmio Nacional de Qualidade de Vida – A trajetória de uma década**. São Paulo: Edição ABQV, 2007.

EAKIN, E.; LAWLER, P.; VANDELANOTTE, C.; OWEN, N. Telephone Interventions for Physical Activity and Dietary Behavior Change – A Systematic Review. **American Journal of Preventive Medicine**, v.32/5, p.419-434, Elsevier, 2007.

ELLIOT, D.L.; GOLDENBERG, L.; KUEHL, K.D.; MOE, E.L.; BREGER, R.K.R.; PICKERING, M. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) Firefighter Study: Outcomes of Two Models of Behavior Change. **American College of Occupational and Environmental Medicine**, 2007

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34(2), p.178-183, 2000.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; STANO, M. **Economia da Saúde**. 5a. edição. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FURLAN, A.D.; PENNICK, V.; BOMBARDIER, C.; TULDER, M. 2009 Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Back Review Group. **SPINE**, V.34/18, p. 1929-1941. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

GIL, A.C. **Administração de recursos humanos: um enfoque profissional**. São Paulo: Atlas, 1994.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GROENEVELD, I.F.; PROPER, K.I.; ALLARD, J.B.; HILDEBRANDT, V.H.; MECHELEN, W. Short and Long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. **Groeneveld et al: licensee BioMED Central LTD**. Disponível em <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>, 2011.

GROENEVELD, I.F.; PROPER, K.I.; ALLARD, J.B.; HILDEBRANDT, V.H.; MECHELEN, W. Sustained body weight reduction by an individual-based lifestyle

intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease: Results of a randomized controlled trial. **Preventive Medicine**. Elsevier, 2010.

_____ Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review. **Scand J Work Environ Health**, v.36/2, p.202-215, 2010.

GROSSMEIER, J.; TERRY, P.E.; CIPRIOTTI, A.; BURTAINE, J.E. Best practices in evaluating worksite health promotion programs. **American Journal Health Promotion**, Jan-Feb; 24(3):TAHP1-9, iii, 2010.

HIGGINS, J.P.T.; GREEN, S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0 (updated March 2011). **The Cochrane Collaboration**, 2011. Disponível em: <http://www.cochrane-handbook.org>. Acessado em 2013 (06 jan).

HUGHES, S.L.; SEYMOUR, R.B.; CAMPBELL, R.T.; SHAW, J.W.; FABIYI, C.; SOKAS, R. Comparison of Two Health-Promotion Programs for Older Workers. **American Journal of Public Health** v.101

HUTCHISON, A.J.; BRECKON, J.D. A review of telephone coaching services for people with long-term conditions. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v.17, p.451-458, 2011.

KIM, Y.; PIKE, J.; ADAMS, H.; CROSS, D.; DOYLE, C.; FOREYT, J. Telephone intervention promoting weight-related health behaviors. **Preventive Medicine**, Elsevier, 2009.

KOLBET, G. **Health Economics: an introduction to economic evaluation**. London: Office of Health Economics, 2002.

LIBERATI, A.; ALTMAN, D.G.; TETZLAFF, J.; MULROW, C.; GOTZSCHE, P.C.; IOANNIDIS, J.P.S.; CLAKE, M.; DEVEREAUX, P.J.; KLEIJNEN, J.; MOHER, D. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies

that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **PLOS Medicine**, V.6/7, July 2009.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: um estudo comparativo entre satisfação dos empregados e esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufatura com certificação ISO 9000**. Tese de doutorado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. São Paulo: 1996.

_____ **Comportamento organizacional: conceitos e práticas**. Saraiva. São Paulo: 2006.

_____ **Interfaces da qualidade de vida no trabalho na administração: fatores críticos de gestão empresarial para uma nova competência**. Tese de Livre-docência. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. São Paulo: 2001.

_____ **Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. Atlas. São Paulo: 2007.

LIMONGI-FRANÇA, A.C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 2009.

MANKIW, N.G. **Introdução à economia**. 2010.

MARTINS, R.K.; MCNEIL, D.W. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. **Clinical Psychology Review**, v.29, p. 283-293, Elsevier, 2009.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Belo Horizonte, Atheneu. Compêndio, 1996.

MICUCCI, S.; THOMAS, H. **The effectiveness of multi-faceted health promotion interventions in the workplace to reduce chronic disease**, 2007. http://www.ehphp.ca/PDF/2007_Workplace%20Interventions%20Chronic%20disease.pdf Retrieved November 3, 2009

MINAYO, M.C.S. HARTZ, Z.M.A. BUSS, P.M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2000.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Guia Alimentar para a População Brasileira. **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

NAHAS, M. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Midiograf, 2006.

NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; QUIRINO DOS SANTOS, J.F. **Antropologia para enfermagem**. Barueri: Manole, 2009.

_____ O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, p. 95- 103, São Paulo, 2011.

NITA, M.E. *et al.*, **Avaliação de tecnologia em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre. Artmed, 2010.

O'DONNELL, M.P. Editors notes. **American Journal Health Promotion**, v.26 (4): preceding p.210, 8p. (páginas IV-IX), mar/apr 2012.

OGATA, A; SIMURRO, S. **Guia prático de qualidade de Vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para a sua empresa**. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.

OLSEN, J.M.; NESBITT, B. Health Coaching to Improve Healthy Lifestyle Behaviors: An Integrated Review. **Science of Health Promotion**, V.25/1, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde **Informe sobre a saúde no mundo 2002: reduzir os riscos e promover uma vida saudável**. Genebra, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia Global para alimentação, nutrição e saúde**. Genebra, 2004

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Fórum Global de Saúde**. Genebra, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners**. Disponível em *www.who.int*, 2010.

OPDEDNACKER, J.; BOEN.F. Effectiveness of Face-to-Face Versus Telephone Support in Increasing Physical Activity and Mental Health Among University Employees. **Journal of Physical Activity and Health**, v.5, p. 830-843, Human Kinetics Inc, 2008.

PHILIPPI, S.T; LEAL, G.S. Estratégia Global e suas implicações para a escolha de uma alimentação saudável. **Rev Nutrição Profissional**, 2009.

POLLOCK, M.L.; WILLMORE, J.H. **Exercício na saúde e na doença: avaliação prescritiva para prevenção e reabilitação**. Rio de Janeiro: MEDISE, 1993.

PROCHASKA, J.O.; Veicer, W.F. The transtheoretical model of health behavior change. **American Journal of Health Promotion**, v. 12, p.36-48, 1997.

Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. **Preventive Medicine**, v.46, p.226-231. Elsevier, 2008.

PROPER, K.I.; HILDEBRANDT, V.H.; BEEK, A.J.; TWISK, J.W.R.; MECHELEN, W. Effect on Individual Counseling on Physical Activity Fitness and Health, a Randomized Controlled Trial in a Workplace Setting. **American Journal of Preventive Medicine**, v.24/3 p.218-226, Elsevier, 2003.

REVIEW MANAGER (RevMan) [Computer Program], Version 5.1. **The Nordic Cochrane Centre, the Cochrane Collaboration**, Copenhagen, 2011. Disponível em <http://isocochrane.org/revman/download>. Acessado em 2013 (06 jan).

RUBAK, S.; SANDBOEK, A.; LAURITZEN, T.; CHRISTENSEN, B. Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, v.55, p. 305-312, 2005.

SCHWARTZ, S.M.; DAY, B.; WILDENHAUS, K.; SILBERMAN, A.; WANG, C.; SILBERMAN, J. The Impact of an Online Disease Management Program on Medical Costs Among Health Plan Members. **American Journal of Health Promotion**, v.25/2, p.126-133, 2010.

SPENCE, M.; LEWIS, M. **Health and Growth**. Washington. D.C. 2009.

STROUP, D.F.; BERLIN, J.S.; MORTON, S.C.; OLKIN, I.; WILLIAMSON, G.D.; RENNIE, D.; MOHER, D.; BECKER, B.; SIPE, T.A.; THACKER, S. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology, a Proposal for Reporting. **Journal of American Medical Association**, V.283/15, April 10, 2000.

TANAKA, O.U.; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do adolescente - um modo de fazer**. São Paulo: Edusp; 2001.

VERWEIJ, L.M.; PROPER, K.I.; WEEL A.N.H.; HULSHOF, W.V.M. The Application of an occupational health guideline reduces sedentary behavior and increases fruit intake at work: results from an RCT. **Occup Environ Med**, v.69, p. 500-507, 2012.

VERWEIJ, L.M.; Coffeng, W.; MECHELEN, W.; PROPER, K.I.. Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behavior interventions on weight outcomes. Verweij et al, **International Association for the Study of Obesity**, v.12, p. 406-429, 2010.

WIER, M.F.; DEKKERS, J.C.,; HENDRIKSEN, I.J.M.; HEYMANS, M.W.; ARIENS, G.A.M.; PRONK, N.P.; SMID, T.S.; MECHELEN, W. Effectiveness of Phone and E-Mail Lifestyle Counseling for Long Term Weight Control Among Overweight Employees. **JOEM**, v. 53/6, p. 680-686, June 2011.

_____ Phone and e-mail counseling are effective for weight management in an overweight working population: a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v.9:6, January 2009.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization **WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment**. **Psychol Med** ; v. 28, p:551-558, 1998.

WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. **Global report WHO/NMC/CCH**. Geneva: WHO; 2002.

MOORE, M.; HIBBARD, J.; LAWSON, K; WOLEVER, R. **Three Pillars of Health Coaching: Patient Activation, Motivational Interviewing and Positive Psychology**. New Jersey. HIN, 2010.

SALEH, S; ALAMEDDINE, M; BEUHLER, J; MORGAN, A. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Rural Employer-Based Wellness Program. **The Journal of Rural Health**. V.26, p:259-265, 2010.

ANSHEL, M; SUTARSO, T. Effect of a Storyboarding Technique on Selected Measures of Fitness Among University Employees. **The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance**. v. 81, No. 3, p:252-263, 2010.

TERRY, P; SEAVERTSON, E; STAUFACKER, M; TANAKA, A. The Effectiveness of a Telephone-Based Tobacco Cessation Program Offered as Part of a Worksite Health Promotion Program. **Population Health Management**. v. 14, No. 3, p:117-125, 2011.

TERRY, P; SEAVERTON, E; GROSSMEIER, J; ANDERSON, D. Effectiveness of a Worksite Telephone-Based Weight Management Program. **American Journal of Health Promotion**. v. 25, No. 3, p:186-189, 2011.

VIGITEL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUTTERWORTH, SW; LINDEN, A; MCCLAY, W. Health Coaching as an Intervention in Health Management Programs. **Dis Manage Health Outcomes**. v. 15, No. 5, p:299-307, 2007.

PALMER, S; TUNNS, I; WHYBROW, A. Health Coaching to Facilitate the Promotion of Health Behavior and Achievement of Health-Related Goals. **International Journal of Health Promotion and Education**. v. 41, No 3, p:91-3, 2003.

LINDEN, A; BUTTERWORTH, SW; PROCHASKA, JO. Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. **J Eval Clin Pract**. v. 16, No 1, p:166-74, 2010.

HUFFMAN, M. Health coaching: a fresh approach for improving health outcomes and reducing costs. **AAOHN J**. v. 58, No. 6, p:245-50, 2010.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought Action: a Social Cognitive Theory**. Michigan: Prentice-Hall; 1986.

ROLINICK, S; MILLER, WR; BUTLER, C. **Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior**. New York: Guilford Press; 2008.