

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

COACHING EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA INGLATERRA

DAMIANA PAULA COELHO CARVALHO

Porto Alegre, agosto de 2018.

DAMIANA PAULA COELHO CARVALHO

COACHING EM SAÚDE: ESTUDO DE CASO DA INGLATERRA

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre, agosto de 2018.

AGRADECIMENTOS

À amiga Gabriela, pois sem ela eu não saberia da existência do, até então, curso de “Análise de Políticas e Sistemas de Saúde”.

Aos meus pais, Isabel e Luiz, que me apoiaram incondicionalmente mesmo durante algumas ausências por conta dos estudos.

Às colegas Franciele e Francyne, pela parceria ao longo desta caminhada.

À professora Tatiana, por me apresentar as Ciências Sociais e Humanas em Saúde e por tantas oportunidades durante este itinerário.

À professora Cristianne, por me mostrar que a Comunicação, minha formação anterior, não precisava ser deixada para trás – muito pelo contrário, ela é um dos pilares da Saúde Coletiva.

Ao Cristiano, por todo o amor e suporte, especialmente ao final desta etapa, quando as forças parecem se esgotar.

À Cristine, preceptora do PET no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, pelo profissionalismo e cuidado humanizado demonstrado na UTI pediátrica, ao longo do nosso projeto.

Aos profissionais da Equipe de Alimentos da Vigilância Sanitária de Porto Alegre, pela oportunidade de aprendizado durante o estágio em Promoção de Saúde, assim como a equipe da Coordenadoria Administrativa do SADT do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no estágio de Planejamento.

A lista de agradecimentos é enorme e posso não ter mencionado todos aqui, mas sou grata a cada um que cruzou meu caminho e contribuiu para que me tornasse, enfim, Sanitarista. Gratidão!

RESUMO

O coaching é uma metodologia de desenvolvimento pessoal através de perguntas estruturadas que geram reflexões. Na área da saúde, é utilizado tanto para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais, quanto para potencializar as habilidades de autocuidado dos pacientes. O objetivo desta pesquisa foi conhecer o uso do coaching em saúde na Inglaterra, país que enfrenta o aumento das condições de longa duração em sua população. Para a realização deste estudo de caso, utilizou-se inicialmente busca por artigos em periódicos, seguido de coleta de dados secundários como documentos digitais do sistema de saúde nacional inglês (NHS) e publicações nos sites de redes sociais de instituições de saúde deste país. Entre as descobertas, destacou-se o movimento “Better Conversations” (“melhores conversas”), programa que tem por objetivo potencializar os diálogos entre profissionais de saúde e pacientes na atenção primária na Inglaterra. O programa, iniciado em 2000/2001, conta com diversos recursos práticos para visibilizar e incentivar a prática do uso desta abordagem (entre eles um site, um guia, um livreto, perfis nos sites de redes sociais, vídeos, entre outros). O conteúdo destes recursos evidencia que o uso do coaching melhora as habilidades e competências de comunicação dos profissionais de saúde, fortalece o cuidado centrado no paciente e também apoia os pacientes a tomarem decisões sobre sua saúde e melhora suas habilidades de autocuidado. Considerando os desafios que temos no nosso país, em relação ao também crescente aumento das doenças crônicas de longa duração, os achados deste estudo apontam o uso do coaching como uma metodologia que pode contribuir positivamente com a Saúde Coletiva no Brasil.

Palavras-chave: coaching, estudo de caso, desenvolvimento pessoal, comunicação em saúde, autocuidado

ABSTRACT

Coaching is a personal development methodology through structured questions that generate reflections. In the health area, it is used both for the development of skills and competencies of the professionals, and to enhance the self-care skills of patients. The objective of this research was to know the use of health coaching in England, a country that faces the increase of long-term conditions in its population. In order to carry out this case study, it was initially used to search for articles in periodicals, followed by the collection of secondary data such as digital documents of the English National Health System (NHS) and publications in the social networks of health institutions of this country. Among the findings was the "Better Conversations" movement, a program aimed at enhancing the dialogues between health professionals and patients in primary care in England. The program, initiated in 2000/2001, has several practical resources to make the practice of using this approach (such as a website, a guide, a booklet, profiles on social networks, videos, among others) visible and encouraging. The content of these resources shows that the use of coaching improves communication skills and competencies of health professionals, strengthens patient-centered care, and also supports patients to make decisions about their health and improves their self-care skills. Considering the challenges that we have in our country, in relation to the also increasing increase of chronic long-term diseases, the findings of this study point to the use of coaching as a methodology that can contribute positively to Collective Health in Brazil.

Keywords: coaching, case study, personal development, health communication, self care

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

HEE NCEL - Health Education England - North Central e East London

NHS – National Health Service

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção Hiperativo

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Logo do movimento *Better Conversations*
- Figura 2 - Capa do guia para Coaching em Saúde
- Figura 3 – Capa do Livreto com chamada para a ação
- Figura 4 – Blog oficial do movimento *Better Conversations*
- Figura 5 – Twitter oficial do movimento *Better Conversations*
- Figura 6 – *Health & Wellness Coaching - Evidence, Challenges and Opportunities*
- Figura 7 – Matéria “É bom conversar, aproveitando o máximo de nossas conversas” (trad. minha)
- Figura 8 – Matéria “Melhores conversas podem mudar vidas” (trad.minha)
- Figura 9 – Blog do NHS - *Better conversations are the key for a better health*
- Figura 10 – Tweet de @PHE_WestMids
- Figura 11 – Tweet de @sumi_baruah
- Figura 12 – Tweet de @pennynewm
- Figura 13 – Tweet de @NHSLeadership
- Figura 14 – Tweet de @alf_collins
- Figura 15 – Video *A New Conversation – Why a better conversation is important*
- Figura 16 – Video *A New Conversation - Conversations with clinicians by Dr. Andrew McDowell*
- Figura 17 - Video *A New Conversation - Conversations with communities by Catherine Wilton*
- Figura 18 - Video *A New Conversation - Addressing the challenge by Catherine Wilton and Richard Cross*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO TEÓRICA	11
2.1 Saúde Coletiva no Brasil	11
2.2 Coaching	15
2.3 Coaching em Saúde	16
3. METODOLOGIA	18
3.1 Tipo de estudo e Coleta de dados	18
4. RESULTADOS	19
4.1 Movimento “<i>Better Conversations</i>” (“Melhores Conversas”)	20
4.1.1 Recursos práticos disponibilizados	20
➤ Logo do Programa <i>Better Conversations</i>	20
➤ O guia para Coaching em Saúde - <i>Guide to Health Coaching</i>	21
➤ Livreto com chamada para ação	22
➤ Blog oficial	23
➤ Canais oficiais nos sites de redes sociais	23
➤ Evidências científicas	24
4.1.2 Publicações em sites, blogs e sites de redes sociais	25
➤ Publicações dos profissionais de saúde no Twitter	28
➤ Vídeos	30
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde brasileiro, foi implantado há trinta anos e vem atuando desde então para consolidar-se enquanto política pública e modelo de atenção no país. Neste percurso, diferentes desafios são enfrentados diariamente na busca por soluções para as adversidades relacionadas tanto à gestão e operacionalização (do sistema em si, dos serviços e das equipes, por exemplo) quanto às condições de saúde da população e sua tripla carga de doenças que contempla o aumento das condições crônicas. O sistema de saúde, no entanto, é “voltado prioritariamente para as condições agudas” (Mendes, 2011, p.19), o que faz com que haja um descompasso entre a necessidade da população e a resposta do sistema de saúde. Para a mudança deste cenário, sugere-se a criação de redes de atenção à saúde, onde o modelo de gestão passe de uma “gestão por estruturas isoladas” para a governança sistêmica integrada; e a ênfase do cuidado passe de um “cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos” para uma “atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado” (p.57). Para que estas transformações ocorram, é necessária uma nova abordagem de desenvolvimento, tanto para profissionais de saúde quanto para os pacientes, e o Coaching pode apoiar na realização destas mudanças.

O Coaching é uma metodologia de desenvolvimento pessoal com base no método socrático de se fazer perguntas sobre determinado assunto, provocando profundas reflexões até que o indivíduo questionado reflita criticamente e descubra, por conta própria, as respostas. (FRANÇA, 2014, p.65). Considerando o universo de temas abordados na área da saúde, conclui-se que há muito pouco publicado, principalmente no Brasil, sobre uso do Coaching nesta área. A maior parte das informações disponíveis é internacional, como por exemplo, publicações da Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos e Canadá, entre outros países, motivo pelo qual se faz necessário conhecer as experiências externas ao Brasil para que seja possível a exploração deste tema.

O presente estudo buscou conhecer as experiências com uso do Coaching em Saúde na Inglaterra. A escolha deste país para esta análise se deu por haver maior quantidade de informações disponíveis; pelo fato do sistema nacional de saúde inglês possuir semelhanças com o SUS (é universal, enfrenta transição

epidemiológica e aumento das condições crônicas, etc) e, por fim, por ser um país cujo sistema de saúde reconhece os benefícios do Coaching e defende a importância do uso desta ferramenta em suas práticas, cujos benefícios veremos ao longo deste trabalho.

Neste sentido, este trabalho teve por objetivo principal conhecer o uso do Coaching em Saúde na Inglaterra. Tal conhecimento nos permitiu refletir também sobre as possibilidades de uso do Coaching no campo da Saúde Coletiva.

Os achados do presente estudo podem contribuir positivamente para a Saúde Coletiva no Brasil ao apresentar o uso do Coaching como estratégia de apoio à resolução tanto de problemas ligados à gestão quanto aqueles ligados a um dos principais problemas de saúde, na atualidade, que são as doenças relacionadas, entre outros fatores, ao estilo de vida - tais como diabetes, câncer, problemas cardiovasculares, respiratórios, etc.

A metodologia utilizada para o alcance do objetivo proposto foi estudo de caso. A estrutura deste trabalho contempla cinco capítulos. A seguir, no capítulo destinado à revisão de literatura, são apresentadas reflexões a respeito da Saúde Coletiva no Brasil, depois a respeito do Coaching e, mais especificamente, do Coaching em Saúde. No terceiro capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos. No quarto capítulo, os resultados relativos à utilização do Coaching no Sistema Nacional de Saúde inglês. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 Saúde Coletiva no Brasil

Desde a Antiguidade, o homem realiza intervenções em benefício da saúde. Ao descobrir e domesticar o fogo, o *Homo Sapiens* pôde passar a cozinhar seu alimento (como o trigo, arroz, batata e as próprias carnes), em um processo que matava germes e parasitas e facilitava sua digestão (HARARI,2017, p.20). Muitos séculos depois, mais especificamente no século XVIII, ocorreram três importantes movimentos, tais como a medicina de Estado (na Alemanha); a medicina urbana (na França) e, por fim, a medicina do trabalho (na Inglaterra) (FOUCAULT, 1979), que deram origem ao que vemos hoje no campo da saúde, no Ocidente.

A medicina de Estado, na Alemanha, tinha por objetivo principal supervisionar a saúde da população e também ficou conhecida por Polícia Médica (VIEIRA-DASILVA, 2014, p.4). Segundo Foucault (1979), este período foi um “fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos” (p.49), com o Estado decidindo sobre os programas de ensino médico, a formação e também as práticas profissionais neste campo de atuação. No caso da França, foi a preocupação com a configuração da cidade que deu origem à chamada medicina urbana (FOUCAULT, 1979). O objetivo, neste ambiente, era realizar intervenções higienistas que resolvessem questões como, por exemplo a circulação do ar; as condições da água e saneamento; os aglomerados de coisas e pessoas (incluindo e até mesmo as mortas, como no caso dos amontoados de corpos em cemitérios próximos às áreas residenciais) e até mesmo o medo da população (de doenças e da violência). Já na Inglaterra, a medicina do trabalho surgiu como um “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1979, p.57). Algumas das ações realizadas neste contexto tratavam do controle de vacinação, organização do registro de epidemias e localização e controle de focos de insalubridade. Segundo Foucault (1979),

Essa fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro, (...) permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as

epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. (p.57)

Instaurou-se então um modelo de controle da sociedade sobre os indivíduos que “não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista”(Foucault, 1979, p.47). No Brasil, a história da atenção em saúde teve uma trajetória parecida com a dos movimentos descritos acima, inclusive no que diz respeito à medicina voltada ao trabalhador. Segundo VIEIRA-DA-SILVA (2014, p.5),

Paralelamente ao desenvolvimento da higiene e da Saúde Pública surgiram diversas instituições voltadas para a assistência médica individual, inicialmente financiadas pelas caixas de aposentadoria e pensão dos sindicatos e posteriormente pelo Estado, por intermédio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), para diversas categorias de trabalhadores (marítimos, bancários, comerciários e servidores públicos, entre outros). Essa assistência médica dirigida aos trabalhadores registrados formalmente nas empresas foi posteriormente estendida a suas famílias com o apoio da Previdência Social, que também respondia pelas aposentadorias e demais benefícios trabalhistas. Por isso, foi denominada “Medicina Previdenciária”. (grifos do autor)

Os avanços deste modelo de atenção - com este olhar até então exclusivo para os fatores biológicos - culminaram em uma crise que apontou para a necessidade de se repensar a estrutura pedagógica da formação dos médicos, em um currículo que se preocupasse com a “perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários” (NUNES, 2006, p.21).

Esta demanda por um olhar mais ampliado de saúde originou movimentos como o da Medicina Integral, que posteriormente culminou na criação de disciplinas como Medicina Preventiva (também conhecida como Medicina Social) e Medicina Comunitária, cujos primeiros departamentos no Brasil foram criados na década de 1960 (VIEIRA-DA-SILVA, 2014), período marcado por intensas mudanças sociais e políticas no mundo e no Brasil, entre elas a entrada do governo militar que duraria vinte anos. A década de 1970, por sua vez, foi marcada pela formalização do reconhecimento das dimensões sociais enquanto causas dos processos de saúde-doença, o que deu origem ao conceito de Promoção da Saúde. Em 1974, o documento conhecido por *Informe Lalonde* divulgou que os estilos de vida e ambiente também impactavam na saúde da população e, portanto, deveriam ser

alvos de investimentos do governo canadense (WESTPHAL, 2006). Em 1978, ocorreu a Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, que reconheceu, pela primeira vez, a saúde como um “direito, a ser atendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade” (WESTPHAL, 2006, p. 642). Foi nesta ocasião, também, que o conceito de Determinantes Sociais da Saúde¹ (DDS) ganhou notoriedade (SOUSA; SILVA; SILVA; 2013). Apesar do contexto de repressão no Brasil, a década de 1970 também presenciou iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática (PAIVA E TEIXEIRA, 2015). Entre elas, podemos destacar a criação de duas importantes instituições que ajudaram a repensar a saúde no país, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a – então denominada - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)². De acordo com PAIVA e TEIXEIRA (2015, p.22),

Estas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva. Campo marcado pela diversidade de saberes e disciplinas, abordagens e perspectivas, foi o palco de um importante movimento de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública.

Este movimento ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária (COHN, 1989) e protagonizou diversas ações e debates sobre o tema. Diante de demandas resultantes de ampla pressão social, política, institucional e ideológica (ALMEIDA-FILHO, 2000), a sociedade buscou saber o que era, como se media e como se promovia esta tal “saúde”. Estas mobilizações, muitas delas ocorridas nas chamadas Conferências Nacionais de Saúde, consolidaram as solicitações no sentido de “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único” (PAIVA e TEIXEIRA, 2014, p.25). Assim, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), com o direito à saúde tendo sido reconhecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pouco depois, em 1990, por meio da Lei Federal 8080 (BRASIL, 1990).

¹“Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p.78).

² A ABRASCO passou a se chamar, em 2011, Associação Brasileira de Saúde Coletiva para incorporar os recém-criados Cursos de Bacharelado em Saúde Coletiva e seus egressos graduados.

A Saúde Coletiva surgiu no âmago dessas discussões e ações em torno da Reforma Sanitária e se apresentou como um “campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos” (NUNES, 2006, p. 27) e apontando para a necessidade das reformas tanto da educação, mas principalmente “do próprio sistema de saúde e da sociedade: das condições e mercado de trabalho dos profissionais, dos modelos de atenção à população, bem como das políticas econômicas e sociais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p.6).

No contexto da emergência da Saúde Coletiva enquanto campo de formação disciplinar, NUNES (2006) cita três grandes pilares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento. BIRMAN (2005) afirma que “o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde” (p.4). A partir de então, o campo foi se fortalecendo principalmente através de cursos, congressos e publicações (NUNES, 2006). Em relação aos cursos, a década de 2000 vivenciou a criação da formação em Saúde Coletiva em nível de graduação, o que originou o Sanitarista ou Bacharel em Saúde Coletiva, profissional que ajudaria a compor o quadro de recursos humanos necessário para a expansão do SUS (LORENA et al, 2016).

O desafio do sanitário, neste sentido, alinha-se ao desafio da própria saúde coletiva que é o de “analisar cada situação específica e propor uma intervenção que combine ações dirigidas a fatores biológicos, subjetivos e sociais” (CAMPOS, 2006, p.54). Neste sentido, o Campos (2006, p.65) questiona:

Como poderiam profissionais em hospitais, na atenção básica ou em programas de saúde pública contribuir para ampliar a própria autonomia, bem como das pessoas com quem trabalham? Como poderia a população de uma região ampliar sua autonomia e sua capacidade de co-gerir a própria vida e a vida das organizações com as quais convive?

Campos (2006) afirma que “caberia construir-se instrumentos que apoiem o desenvolvimento destas capacidades e de ‘potência suficiente’ para uma vida saudável, enquanto as pessoas frequentam escolas, serviços de saúde ou grupos de convivência. (p.65, grifos no original). Nesta busca por instrumentos para o exercício profissional no campo da Saúde Coletiva, encontrei o Coaching como uma possibilidade de metodologia que poderia contribuir para o desenvolvimento destas capacidades e competências, tanto para os profissionais da Saúde Coletiva quanto para os usuários do SUS em geral, conforme veremos a seguir.

2.2 Coaching

O Coaching, como vemos hoje, é definido por FRANÇA (2014) como um “processo de transformação e parceria entre Coach (o profissional) e o Coachee (cliente) com foco no atingimento de metas e objetivos pessoais e/ou profissionais” (p. 198) no qual, ainda segundo o autor, “o cliente tem apoio profissional embasado em uma metodologia cientificamente comprovada e aprovada para a descoberta e crescimento” (p.198).

Uma das origens desta metodologia surgiu na década de 1960, no mundo esportivo, através da experiência de Timothy Gallwey com seus alunos de tênis. Ele descobriu que, mais importante do que ensinar, era fazer com que seus alunos de fato aprendessem, pela observação das próprias experiências – o que ocorria por meio de perguntas, ao invés de orientações do professor sobre como deveriam jogar. (GALLWEY, 2016) Esta estratégia de diálogo - baseada em perguntas e respostas - com o objetivo de promover o pensamento crítico é conhecido por método socrático, “a mais antiga estratégia educacional”. (FRANÇA, 2014, p. 65). O aprendizado, segundo Gallwey (1974) está não no acúmulo de informações, mas na realização de algo que possa “mudar o comportamento de um determinado indivíduo – seja o comportamento exterior, como um golpe de tênis, ou o interior, como um padrão de raciocínio” (p.90).

A obra de Timothy Gallwey, lançada em 1974, surge num momento de profundas transformações na economia e no mundo do trabalho (TEIXEIRA, 2016). “A capacitação profissional passa a ser determinante no novo modelo de gestão” nas empresas do mundo então neoliberal. (TEIXEIRA, 2016, p.48)

A partir daí, “o conceito de Coaching expandiu-se para as grandes corporações e tornou-se o principal aliado no desenvolvimento de pessoas e culturas organizacionais” (FRANÇA, 2014, p.197). De acordo com Gallwey (1974),

a área dos negócios, da saúde, da educação e das relações humanas irá evoluir e ganhar melhor compreensão do desenvolvimento humano e das habilidades interiores necessárias para este processo (p.158).

Neste sentido, darei ênfase às contribuições do Coaching na área da Saúde, conforme veremos a seguir.

2.3 Coaching em Saúde

No campo da saúde, vemos o Coaching sendo direcionado a dois públicos-alvo distintos: Os profissionais de saúde e os pacientes. No caso dos profissionais, Gonzales e Cleries(2002) definem o Coaching como “a oportunidade de intervir sobre o potencial de desenvolvimento das pessoas no exercício do seu papel na organização” (p.533, trad. minha). Os autores citam a melhora da atenção ao usuário, mudança de atitudes nos recursos humanos, melhorias e desenvolvimentos de competências diretivas como sendo algumas das oportunidades do uso do Coaching. Esta aplicação do Coaching está relacionada ao que vimos anteriormente em relação ao Coaching no mundo corporativo.

Em relação à utilização ao uso do Coaching com os pacientes, Jefferson et al. (2011) definem como “um processo centrado no paciente que consiste na definição de metas, identificação de obstáculos e mobilização do suporte existente” (p.154). A função do coach de saúde é “facilitar a identificação do cliente de metas de saúde ou de assistência médica e facilitar a mudança de comportamento necessária para alcançar estes objetivos” (POTEMPA et al. 2010, p.53). Nesta trajetória de autoconhecimento, por parte do paciente,

(...) o foco muda de um especialista dando informações, conselhos e prescrições de comportamento para usar um modelo baseado em equipe para ajudar os clientes a explorar valores, preocupações, intenção e razões para a mudança e, em seguida, considerar idéias e estratégias de mudança. (POTEMPA et al. 2010, p. 54, trad. minha)

Considerado por Bonal Ruiz et al. (2012) como uma nova técnica de promoção de saúde e educação sanitária no nível primário de atenção, o Coaching em Saúde “tende a obter o empoderamento e autocontrole de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis” (p.1, trad. minha). Kivelä et al. (2014) reforçam esta tese com resultados de uma revisão sistemática que aponta “efeitos positivos do Coaching em Saúde em adultos com doenças crônicas” (p.155). Neste sentido, a pesquisa feita por Jefferson et al. (2011) evidenciou benefícios da utilização do Coaching no apoio às mudanças de comportamento de jovens com risco para o Diabetes Tipo 2. Os resultados deste estudo associaram o uso do Coaching ao desenvolvimento de habilidades e competências que potencializam um estilo de vida saudável tais como resolução de problemas sociais, habilidades de comunicação, redução de estresse, resolução de conflitos, pensamento positivo, entre outras. Outra pesquisa, feita com

um grupo de veteranos norte-americanos, apontou que a intervenção de Coaching em nutrição realizada contribuiu para promover a diminuição do consumo calórico desta população e, conseqüentemente, para a perda de peso. (SHAHNAZARI et al., 2013). Outras condições de saúde como, por exemplo, o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) também podem ser melhoradas através do Coaching. De acordo com García Ron et al. (2016), a intervenção “torna os pacientes mais motivados e alterna suas atitudes frente ao transtorno” (p.86). O trabalho, feito de maneira personalizada de acordo com a necessidade de cada paciente, cria um vínculo entre paciente e o coach, o que ajuda a promover a mudança.

Hill, Richardson e Skouteris (2015), no entanto, apontam algumas limitações no que tange estudos sobre as aplicações do Coaching na área da saúde. Uma delas é a definição nem sempre clara sobre o conceito de Coaching usado nas intervenções. Outra é a falta de base teórica. A presença destas informações nos estudos, segundo os autores, facilitaria a avaliação da “relação entre as diferentes teorias e a eficácia do estudo, bem como ajudará os leitores a identificar mais facilmente intervenções de Coaching em saúde em comparação com outras abordagens de intervenção semelhantes” (HILL; RICHARDSON; SKOUTERIS, 2015, p.167). Outras limitações dos estudos sobre Coaching em Saúde, apontadas por Wolever (2016) dizem respeito à falta de um esclarecimento maior acerca do que exatamente o Coaching em Saúde envolve (por exemplo, práticas, estratégias, métodos de entrega); qual é o papel exato do Coach (por exemplo, educador, navegador, facilitador, parceiro); e qual a formação necessária para a atuação como Coach e, por fim, qual o treinamento que habilita este profissional para que ele forneça um Coaching em Saúde com competência.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e Coleta de dados

A presente pesquisa é um estudo de caso, do tipo qualitativo, para o qual fez-se, inicialmente, uma busca por livros e artigos de periódicos para a primeira etapa de revisão teórica. As leituras realizadas foram para explorar, inicialmente, definições gerais sobre a Saúde Coletiva, o Coaching e, mais especificamente, exemplos de uso do Coaching na área da saúde.

Para atender os objetivos do estudo, de conhecer o uso do Coaching em saúde na Inglaterra, a coleta de dados se deu por fontes secundárias, tais como artigos de periódicos (do Scielo, Lilacs e Medline), posteriormente coleta de informações em documentos digitais/site do sistema nacional de saúde inglês (*National Health Service - NHS*) e publicações nos sites de redes sociais de instituições do serviço de saúde (como, por exemplo, perfis criados para divulgar informações sobre programas específicos do *NHS*) ou perfis profissionais dos trabalhadores de saúde do *NHS*.

4. RESULTADOS

Ao iniciar as primeiras buscas para a realização deste estudo de caso, procurei por artigos que continham o termo 'coaching' e 'saúde' nas bases científicas Lilacs, Scielo e Medline. Foram encontrados cerca de 800 artigos, dos quais fui refinando até selecionar aproximadamente 33, dos anos 2002 a 2017, cujas definições de coaching se acercavam ao conceito trabalhado por Timothy Gallwey. A partir da leitura destes artigos conheci algumas experiências de uso de coaching em países como Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos, Cuba, entre outros. Me chamou a atenção o conteúdo relacionado à Inglaterra, um dos motivos pelos quais defini que o estudo de caso seria deste país.

O *National Health Service (NHS)* - ou Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra -, que está completando 70 anos no momento deste estudo, foi criado em 1948 com um ideal de que a saúde deve ser acessível a todos, independentemente da riqueza. Com exceção de alguns procedimentos tais como prescrições, serviços odontológicos, entre outros, o acesso é totalmente gratuito. O sistema atende hoje cerca de 54,3 milhões de pessoas na Inglaterra (totalizando mais de 64 milhões de pessoas no Reino Unido) (ENGLAND, 2016). O *NHS* está passando por desafios financeiros, operacionais e demográficos, com a maior parte da população sofrendo com condições de saúde de longa duração, o que requer cuidado constante e por muito tempo.

A partir daí ações vem sendo tomadas para combater estes obstáculos e, uma delas é promover o cuidado centrado no paciente (ENGLAND, 2016) por meio de diferentes iniciativas e programas, nos quais o Coaching em Saúde vem sendo utilizado em alguns deles como forma de capacitar as pessoas a se desenvolverem, sentindo-se mais motivadas, confiantes e no controle da administração de sua própria saúde e cuidados (ENGLAND, 2016). Entre algumas das principais iniciativas identificadas por realizarem abordagem de Coaching em Saúde, na Inglaterra, este estudo apresentará detalhadamente o programa *Better Conversations*, pertencente ao sistema nacional de saúde inglês, que foi pioneiro no uso desta metodologia neste país, destacando-se entre os demais que ocorreram posteriormente, motivo pelo qual foi escolhido para este estudo de caso.

4.1 Movimento *Better Conversations* (“Melhores Conversas”, trad. minha)

O movimento *Better Conversations* (ou, “Melhores Conversas”, trad.minha) surgiu de um grupo informal de indivíduos e organizações, de diferentes setores da Inglaterra – auto-denominados *The Coach Coalition* (ou, “Coalizão do Coaching”, trad. minha) – com o intuito de melhorar as conversas entre o sistema de saúde e assistência e as pessoas que buscam assistência, suas famílias e comunidades. De acordo com o grupo, uma ótima conversa, mais do que trocar informações, pode transformar relacionamentos e comportamentos de saúde para beneficiar pacientes, funcionários e o sistema de saúde em si. Com isto, a abordagem de Coaching de Saúde, baseada na mudança de comportamento, é defendida não só pela coalizão, mas por todo o NHS para alcançar uma ótima conversa entre profissionais e pacientes (ENGLAND, 2016).

4.1.1 Recursos práticos disponibilizados

Para permitir que indivíduos e organizações possam pensar sobre como mudar e melhorar as conversas, o grupo desenvolveu uma série de recursos para baixar e usar em Coaching em Saúde. Dentre estes recursos encontram-se, no site do Programa: uma análise de 162 histórias de pacientes relatando suas experiências de comunicação, um pequeno vídeo de médicos e pacientes, um folheto de infográficos com chamada para ação (em relação ao movimento), uma comunidade online para troca de recursos e experiências, uma logomarca para criar engajamento com o movimento e um guia de recursos (chamado *The guide to health coaching* ou “O Guia do Coaching em Saúde”) com estudos de casos, evidências, dicas para implementação de Coaching em Saúde e outras abordagens semelhantes para ajudar outros indivíduos e organizações a começarem a utilizar o Coaching em Saúde (UNITED KINGDOM, 2016).

➤ Logo do movimento *Better Conversations*

O logo do Programa foi disponibilizado para ser baixado no site, como um estímulo para que todos os que se identificam ou desejam aderir ao movimento

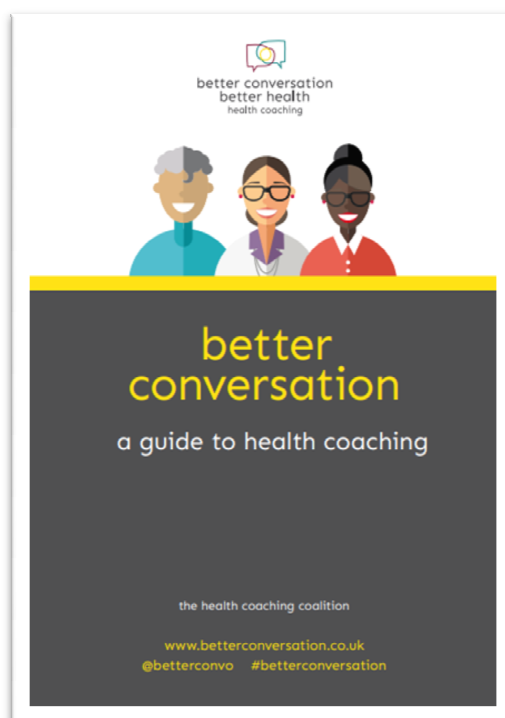
possam utilizá-lo em seus sites de redes sociais e publicações (assim como a “hashtag” do movimento: #betterconvo, que pode ser vista em posts do Twitter, por exemplo). (UNITED KINGDON, 2016)

Figura 1 - Logo do programa Better Conversations”



- O guia para Coaching em Saúde - *Guide to Health Coaching*

Figura 2 - Capa do Guia para Coaching em Saúde



Fonte: United Kingdom (2016)

Este material é destinado aos gestores de saúde, profissionais de assistência e outros interessados em Coaching de Saúde. Foi escrito pelo grupo de coalizão de Coaching, citado anteriormente, e seu conteúdo de 72 páginas é estruturado em três partes. A primeira traz uma visão geral do Coaching em Saúde e responde, com evidências, a três questões principais: Por que o Coaching em Saúde é vital para os

pacientes e para o NHS? O que é Coaching em Saúde? Que treinamento é necessário para o Coaching em Saúde?

A segunda parte traz dicas e sugestões para ajudar as organizações de saúde a comissionar, incorporar e avaliar os resultados do treinamento de Coaching em Saúde.

A terceira e última parte aborda como o Coaching em Saúde pode ser integrado a outras abordagens incluindo o uso de novas tecnologias, planejamento de cuidados e apoio e tomada de decisão compartilhada (UNITED KINGDOM, 2016).

➤ Livreto com chamada para ação

Figura 3 - Capa do Livreto com chamada para ação



Fonte: United Kingdom (2016)

Como parte dos recursos práticos disponibilizados, foi criado um livreto (*booklet*) com chamada para a ação e convite para as pessoas se integrarem ao movimento. Este material foi criado por mais de cem pessoas, ao longo de quatro eventos facilitados pela Dra. Penny Newmann. O folheto possui treze páginas e mostra, de maneira ilustrada e objetiva, o quão efetivas podem ser as conversas dos profissionais com os pacientes, quais são os benefícios do Coaching em Saúde, como as organizações estão trabalhando neste sentido, como o profissional pode utilizar esta abordagem, quais as oportunidades e barreiras para a implementação deste modelo de conversa e quais as tendências para o futuro deste tipo de trabalho (UNITED KINGDOM, 2016).

➤ Blog oficial

O movimento *Better Conversations* possui um Blog onde disponibiliza informações sobre as iniciativas realizadas. No exemplo abaixo, matéria publicada destaca a experiência dos instrutores de Coaching e suas experiências na capacitação dos demais profissionais de saúde para uso desta abordagem (UNITED KINGDON, 2016).

Figura 4 - Blog oficial do movimento *Better Conversations*



Fonte: United Kingdom (2016)

➤ Canais oficiais nos sites de redes sociais

O movimento *Better Conversations* está nos sites de redes sociais como Twitter e Facebook. Em sua breve descrição no Twitter, por exemplo, eles se dizem “permitir que as pessoas prosperem através de uma melhor conversa sobre saúde e cuidados. Junte-se ao movimento social” (UNITED KINGDON, 2012). Neste canal (Fig 5), são postadas e repostadas informações relacionadas ao movimento como treinamentos, eventos e outras informações. A página oficial do movimento no Facebook, por sua vez, não vem sendo alimentada com conteúdos desde sua criação.

Figura 5 - Twitter oficial do movimento *Better Conversations*

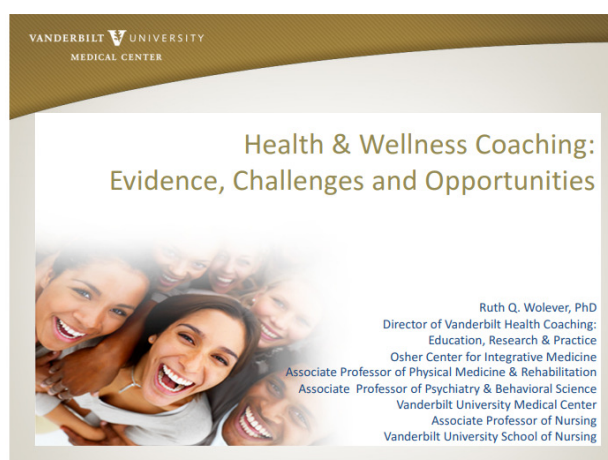


Fonte: www.twitter.com

➤ Evidências científicas

O site do movimento *Better Conversations* também disponibiliza uma apresentação contendo uma revisão de literatura sobre a utilização de Coaching em Saúde e Bem-estar. Os objetivos deste material são ter uma visão geral do estado atual das evidências do Coaching em Saúde e Bem-estar, entender os desafios para construir uma base de evidências mais rigorosa e reconhecer possíveis soluções para esses desafios.

Figura 6 - *Health & Wellness Coaching - Evidence, Challenges and Opportunities*



Fonte: United Kingdom (2016)

4.1.2 Publicações em sites, blogs e sites de redes sociais

➤ Blogs

Para visibilizar as iniciativas do movimento *Better Conversations*, algumas matérias foram publicadas no blog oficial do *Public Health England* (agência autônoma do departamento de saúde da Inglaterra). A matéria abaixo (Fig. 3) relata a importância das conversas para a melhoria do bem-estar físico e mental dos pacientes, relatando alguns exemplos de iniciativas que consideram esta abordagem e divulgando o site do movimento *Better Conversations*. Na segunda matéria (Fig. 4), a Dra. Penny Newman relata seu pioneirismo na experiência de uso do Coaching em Saúde no leste da Inglaterra para promover melhores conversas entre profissionais de saúde e pacientes. De acordo com a profissional, melhores conversas podem inspirar as pessoas a “se tornarem mais motivadas e confiantes em gerenciar a própria saúde e fazer escolhas mais saudáveis de estilo de vida, de modo a alcançar aquilo que realmente importa para elas” (trad minha) (ENGLAND, 2018).

Figura 7 - Matéria “É bom conversar, aproveitando o máximo de nossas conversas” (trad. minha).



Fonte: publichealthmatters.blog.gov.uk

Figura 8 - Matéria "Melhores conversas podem mudar vidas" (trad. minha)



Fonte: publichealthmatters.blog.gov.uk

Outro blog que dá visibilidade ao movimento *Better Conversations* é o blog do site oficial do NHS. Na publicação abaixo, Dra Penny Newman fala sobre sua experiência em pioneirismo em Coaching de Saúde para capacitar as pessoas a se autogerenciarem. Segundo Newman (2017), o Coaching de Saúde é uma ferramenta de conversação eficaz que facilita a mudança nos comportamentos de saúde entre as pessoas com condições de longo prazo e une as agendas dos pacientes e dos profissionais de saúde. Um modelo centrado na pessoa fundamentado na ciência da mudança de comportamento, o Coaching de Saúde:

- Se baseia na parceria entre clínico e paciente, que colaboram para identificar metas e ações pessoalmente relevantes. Se baseia na crença de que as pessoas são especialistas em suas próprias situações de vida e podem aproveitar suas experiências para criar mudanças;
- Usa uma variedade de técnicas de comunicação focadas em solução para gerar insight e abordar as barreiras, levando ao empoderamento do paciente;
- Cria o conhecimento, as habilidades e a confiança para o autogerenciamento, especialmente quando as pessoas aprendem a treinar a si mesmas.

Desde o Projeto-piloto realizado com enfermeiras no leste da Inglaterra, mais de 4.000 profissionais de saúde já foram treinados e cinquenta instrutores capacitados em todo o país. "As habilidades foram consideradas úteis para todos os profissionais de saúde (treinadores clínicos e não clínicos), em uma ampla gama de condições e cenários de longo prazo." (NEWMAN, 2017 trad minha). Ainda segundo

Newman (2017), os profissionais de saúde relatam que ajudam os pacientes a mudar comportamentos, estruturam conversas difíceis, reduzem compromissos e desperdícios e facilitam suas vidas. As habilidades são sustentáveis e ainda estão sendo usadas pela maioria dos profissionais mesmo após um ano, sendo que os pioneiros no uso do Coaching relatam seguir utilizando a abordagem mesmo após quatro anos, com evidências muito positivas, tais como: melhoria de resultados de saúde física e mental, índice de massa corporal, atividade física, auto-eficácia e níveis de ativação; economia de custos por meio da redução da demanda e do tempo de internação; apoio à resiliência e liderança dos médicos, entre outras. A profissional defende a ideia de que, para lidar com o crescente custo das condições de longo prazo, os sistemas de saúde precisam de formas mais eficazes para envolver as pessoas a adotarem comportamentos mais saudáveis. Isso requer uma abordagem com base no indivíduo e no que é importante para ele, em vez de uma que seja mais orientada para o aconselhamento e baseado na doença. Para fazer mudanças duradouras, no entanto, é preciso priorizar as habilidades de comunicação para aprofundar a motivação interna e realizar o potencial dos pacientes - por meio do Coaching em Saúde. “Embora existam muitas maneiras de avançar para uma gestão mais proativa das condições de longo prazo, as habilidades de Coaching de Saúde e melhores conversas podem ser a faísca que acende a chama de uma nova abordagem centrada na pessoa” (NEWMAN, 2017, trad. minha).

Figura 9 - Blog do NHS – *Better Conversations are the key for a Better Health*

The screenshot shows the NHS England website's blog section. At the top, there is a navigation menu with links for Home, News, Publications, Statistics, Blogs, Events, and Contact us. Below this is the NHS England logo and a search bar. The main content area features a blue header with navigation links: About us, Our work, Commissioning, and Get involved. The blog post is titled "Better conversations are the key to better health" and is dated 16 November 2017, written by Dr Penny Newman. The post is categorized under "Self care". The text of the post begins with "To mark Self Care Week, a Suffolk GP and former medical and public health director talks about her experience pioneering health coaching to empower people to self-manage:". Below the main text, there is a "Latest posts" section with three entries: "Helping people with a learning disability live longer by tackling the causes of early death", "Building resilient hospital services", and "The simplest ideas are often the best".

Fonte: digital.nhs.uk/blog

➤ Publicações dos profissionais de saúde no Twitter

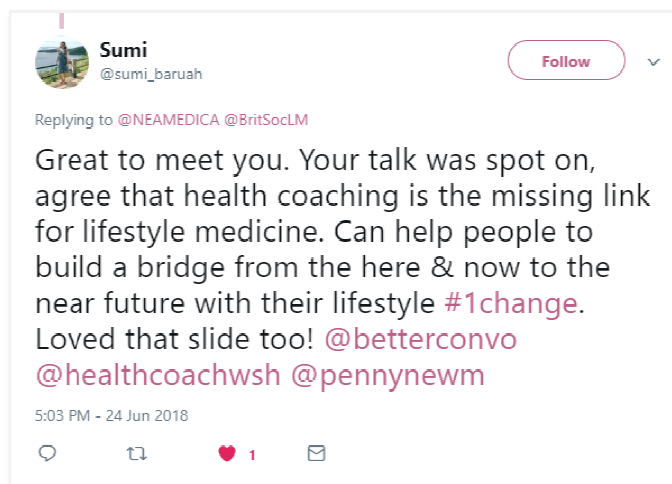
As organizações, os profissionais de saúde e os próprios pacientes demonstram engajamento ao movimento, o que pode ser visto em publicações nos sites de redes sociais contendo menções sobre o tema *Better Conversations*, a hashtag oficial *#betterconvo* a expressão “*health coaching*”, entre outras, conforme exemplos abaixo, extraídos do Twitter:

Figura 10 - Tweet de @PHE_WestMids



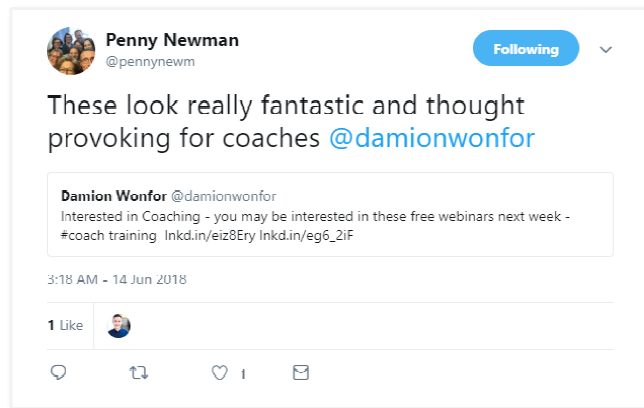
Fonte: twitter.com/PHE_WestMids

Figura 11 - Tweet de @sumi_baruah



Fonte: twitter.com/sumi_baruah

Figura 12 - Tweet de @pennynewm



Fonte: twitter.com/pennynewm

Figura 13 - Tweet de @NHSLeadership



Fonte: twitter.com/NHSLeadership

Figura 14 - Tweet de @alf_collins



Fonte: twitter.com/alf_collins

➤ Vídeos

Está disponibilizada, no Youtube, uma série de vídeos capturados em um evento de treinamento em Liverpool, que relatam experiências do movimento *Better Conversations*. No vídeo abaixo (Fig.15), a Dra. Penny Newman apresenta a linha do tempo do desenvolvimento do Coaching em Saúde e nos diz por que é tão importante desenvolver uma nova maneira de conversar melhor com os pacientes.

Os quatro marcos principais do uso do Coaching em Saúde na Inglaterra, que deram origem ao movimento *Better Conversations*, são:

- 2010 e 2011: Realização de um projeto piloto, com treze enfermeiras, no Leste da Inglaterra;
- 2013 e 2014: Lançamento do Projeto, com oitocentos profissionais de saúde treinados e vinte instrutores;
- 2015 e 2016: Projeto em escala nacional, com financiamento do Programa de Aceleração do NHS, pesquisas, website, movimento social, colaboração de mais de vinte organizações, 3.200 profissionais treinados e sessenta instrutores, influência política;
- 2016 e 2017: consolidação do Movimento *Better Conversations Better Health*.

O vídeo também apresenta a história da paciente Sue Denmark, que conta sua história e explora a ideia de Coaching de Saúde como uma prática padrão nos serviços de assistência (A NEW..., 2018a).

Figura 15 - Video A New Conversation – Why a better conversation is important”



A New Conversation - Why a better conversation is important

Fonte: *A New Conversation*, 2016

No vídeo abaixo (Fig. 16), o também pioneiro, Dr. Andrew McDowell, apresenta experiências do uso do Coaching em Saúde na Austrália e fala sobre como profissionais de saúde e pacientes podem melhorar suas conversas juntos (A NEW..., 2018b).

Figura 16 - Video A New Conversation – Conversations with clinicians by Dr. Andrew McDowell



Fonte: A New Conversation, 2016

No vídeo a seguir (Fig. 17), Catherine Wilton, da coalizão de cuidados colaborativos, apresenta os resultados das conversas com as comunidades (A NEW..., 2018c).

Figura 17 - Video A New Conversation – Conversations with communities by Catherine Wilton



A New Conversation - Conversations with communities by Catherine Wilton

Fonte: A New Conversation, 2016

No vídeo abaixo (Fig 18), vemos quais são os desafios e por que conversas melhores são importantes, da perspectiva do paciente. Alguns dos tópicos abordados, nesta fala, relataram a importância da participação do paciente nas

decisões e responsabilização por seus cuidados de saúde (impactos não apenas na saúde, mas consequentemente na economia) e algumas características das dinâmicas sociais (A NEW..., 2018d).

Figura 18 - Video *A New Conversation – Addressing the challenge* by Catherine Wilton and Richard Cross



A New Conversation - Addressing the challenge by Catherine Wilton and Richard Cross

Fonte: *A New Conversation, 2016*

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente pesquisa permitiu conhecer como foi originado, implementado e visibilizado um programa de Coaching em Saúde na Inglaterra. Além disso, possibilitou traçar um paralelo entre a experiência deste país e possíveis contribuições do uso desta abordagem para o sistema de saúde brasileiro.

A Inglaterra, assim como o Brasil, enfrenta o aumento das condições crônicas de saúde da população e busca soluções para amenizar o avanço destas mortes evitáveis. Uma solução que vem sendo testada é o uso da abordagem de Coaching para possibilitar melhores experiências de comunicação e cuidados centrados nos pacientes. O Coaching surgiu como um método para potencializar os diálogos e para o desenvolvimento de habilidades e competências tanto dos profissionais da assistência, quanto dos pacientes, para o autogerenciamento de sua saúde.

Indo ao encontro ao objetivo deste estudo, foram encontradas diversas experiências de uso de Coaching em Saúde, na Inglaterra. Para aprofundar o conhecimento deste tipo de iniciativa, no entanto, o presente estudo focou sua análise na apresentação do Programa *Better Conversations* (ou, “melhores conversas”), que parte do princípio de que boas conversas são mais do que trocas de informações, mas permitem que pacientes e profissionais sintam-se valorizados e estimulados a cuidar melhor de sua saúde (e de suas práticas).

O movimento *Better Conversations* originou-se de um Projeto-piloto realizado com treze enfermeiras que receberam um treinamento de Coaching entre 2010 e 2011. Dois anos depois, após verificados resultados positivos entre os pacientes que receberam intervenções de Coaching, o Programa foi lançado para oitocentos profissionais de saúde e vinte instrutores. Na sequência dos acontecimentos, mais dois anos depois, o Projeto foi aprovado para receber um financiamento do Programa de Aceleração de Inovação do sistema de saúde inglês e, com isto, pôde lançar o Programa em escala nacional. Esta etapa contou com o treinamento de mais 3.200 profissionais e sessenta instrutores, além da colaboração de vinte organizações (que formaram a coalizão do Coaching) e a efetivação do movimento social que contou com recursos práticos como website, pesquisas, documentos (guia do Coaching em Saúde, livreto com chamada para ação), influência política e engajamento de pacientes e profissionais de saúde.

Estes recursos, encontrados e analisados através da coleta de informações nos sites oficiais do Sistema Nacional de Saúde inglês (*NHS*) e publicações nos sites de redes sociais (Twitter, blogs, vídeos, etc) deram visibilidade aos resultados positivos do Coaching em Saúde como dispositivo para potencializar as conversas entre profissionais de saúde, pacientes e o sistema como um todo. Evidências do uso do Coaching (citadas no 6º ítem do subcapítulo 4.1.1 deste estudo) apontam o desenvolvimento de habilidades e competências que beneficiam tanto as práticas profissionais quanto as práticas de autogerenciamento de saúde dos pacientes, o que ajuda a enfrentar o quadro epidemiológico das condições de longa duração.

Dada a relevância do tema, sugere-se que próximas pesquisas possam apresentar mais detalhadamente as técnicas de Coaching utilizadas nas intervenções propriamente ditas; o tipo de perguntas feitas para os pacientes durante as sessões, entre outras informações, para servir de exemplo e ilustrar melhor os benefícios desta abordagem.

Conhecida a experiência do uso do Coaching em saúde na Inglaterra, considera-se que esta abordagem pode contribuir positivamente com a Saúde Coletiva no Brasil. Os desafios do SUS assemelham-se aos do *NHS* tanto em termos de organização do sistema (em transição de um modelo centrado na doença para um modelo de atenção centrado nos pacientes; de um modelo voltado ao enfrentamento das condições agudas para um que contemple, também e principalmente, atenção e suporte às condições crônicas) quanto em relação ao perfil epidemiológico. A abordagem do Coaching pode trazer resultados positivos para os profissionais de saúde, para os pacientes e para o sistema como um todo.

Concluindo, então, que o Coaching é a arte de se fazer boas perguntas, que gerem reflexão, finalizo este trabalho com uma questão que pode originar uma próxima pesquisa: Em que áreas e de que maneira o Bacharel em Saúde Coletiva (Sanitarista) pode utilizar o Coaching para potencializar sua atuação no campo da Saúde Coletiva no Brasil? O coaching pode contribuir sendo mais uma ferramenta dentro do contexto de várias políticas, permitindo diálogos mais colaborativos entre profissionais de assistência e pacientes; entre gestores e pares; entre pacientes e o próprio sistema (por meio do conselho de saúde, por exemplo) e entre os diferentes setores cujos impactos são fatores determinantes de saúde e doença na população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.3,n.1-3,p. 4-20, Dec. 2000.
- A NEW Conversation - Why a better conversation is important. Liverpool: Innovation Agency, 2016. (34 min.), son., color. Legendado. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qAg1M7_pSPI&list=PL8ki13yHs13EcMisAhrB8TCAh4rdkIBJ5&index=2>. Acesso em: 20 jun. 2018a.
- A NEW Conversation - Conversations with clinicians by Dr Andrew McDowell. Liverpool: Innovation Agency, 2016. (29 min.), son., color. Legendado. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qn40A5w-ccA&list=PL8ki13yHs13EcMisAhrB8TCAh4rdkIBJ5&index=3>>. Acesso em: 20 jun. 2018b.
- A NEW Conversation - Conversations with communitites by Catherine Wilton. Liverpool: Innovation Agency, 2016. (21 min.), son., color. Legendado. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VsgaBMauwHI&index=5&list=PL8ki13yHs13EcMisAhrB8TCAh4rdkIBJ5>>. Acesso em: 20 jun. 2018c.
- A NEW Conversation - Addressing the challenge by Catherine Wilton and Richard Cross. Liverpool: Innovation Agency, 2016. (20 min.), son., color. Legendado. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fpX3uQc7vKk&list=PL8ki13yHs13EcMisAhrB8TCAh4rdkIBJ5&index=6>>. Acesso em: 20 jun. 2018d.
- BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.7-11, 1991.
- BRASIL. **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº8.080**.Lei Orgânica da Saúde.Brasília: Senado Federal,1990.
- BONAL RUIZ, Rolando; ALMENARES CAMPS, Hilda B; MARZAN DELIS, Mercedes. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v.16,n.5,p.773-785,mayo 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS,

Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, p. 41-80.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n.19,p. 123-140, Nov. 1989.

ENGLAND. United Kingdom. NHS England. **NHS Choices: About the National Health Service (NHS)**. 2016. Disponível em: <<https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

ENGLAND. United Kingdom. NHS Choices. **Better Conversations Better Health: Health Coaching**. 2016. Disponível em: <<http://www.betterconversation.co.uk/>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

ENGLAND. Public Health England. Department Of Health. **Better conversations can change lives**. 2018. Disponível em: <<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2018/06/06/better-conversations-can-change-lives/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANÇA, Sullivan. **PCC - Professional Coach Certification**: Livro de Metodologia. São Paulo: SF Treinamentos, 2014.

GALLWEY, Timothy. **O Jogo Interior do Tenis**: O Guia clássico para o Lado Mental da Excelência no Desempenho. Trad. Alexandre Sanches Camacho São Paulo: Sportbook, 2016.

García Ron A, Serrano Grasa R, Blanco Lago R, Huete Hernani B, Pérez Martinez DA. Estudio piloto de la eficacia de empoderar pacientes mediante coaching como tratamiento asociado em el transtorno por déficit de atención e hiperactividad. **Neurología**, n.31, p. 83-88, 2016.

GONZALEZ, S.; CLERIES, X. El coaching en el ámbito sanitario: una aproximación a su viabilidad. **Gac Sanit**, Barcelona, v.16,n.6, p. 533-535, dic. 2002. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2018.

HARARI, Yuval Noah. **Sapiens**. Uma breve História da Humanidade. São Paulo, L&PM, 2015.

HILL, Briony; RICHARDSON, Ben; SKOUTERIS, Helen. Do We Know How to Design Effective Health Coaching Interventions: A Systematic Review of the State of the Literature. **American Journal Of Health Promotion**, v.29, n.5, p.158-168, maio 2015.

JEFFERSON, Vanessa et al. CopingSkills Training in a Telephone Health Coaching Program for Youth at Risk for Type 2 Diabetes. **Journal Of Pediatric Health Care**, v.25, n.3, p.153-161, maio 2011.

KIVELÄ, Kirsi et al. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. **Patient Education And Counseling**, v.97, n.2, p.147-157, nov. 2014.

LORENA, Allan Gomes de et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.2, p. 369-380, Jun. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NEWMAN, Penny. **Better conversations are the key to better health**. 2017. National Health Service. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/blog/better-conversations-are-the-key-to-better-health/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, p. 19-40.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-36, Mar. 2014 .

POTEMPA, Kathleen M. et al. The HealthyAgeingModel: Health behavior change for older adults. **Collegian**, v.17, n.2, p.51-55, jul. 2010.

SHAHNAZARI, Mohammad et al. Nutrition-FocusedWellness Coaching Promotes a Reduction in Body Weight in Overweight US Veterans. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, v.113, n.7, p.928-935, jul. 2013.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde Soc**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

TEIXEIRA, Bruno Casalotti Camillo. **Os treinadores do "Jogo Interior"**: Estudo sobre a prática do coaching no contexto da reestruturação produtiva no Brasil. 2016. Dissertação (Mestrado). Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. PAIM, J. S. SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM JS, ALMEIDA Filho N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 3-12.

UNITED KINGDOM. BETTER CONVERSATION BETTER HEALTH. **Twitter**. 2012. Disponível em: <<https://twitter.com/betterconvo>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

UNITED KINGDOM. BETTER CONVERSATION 2016. **Better Conversations Better Health: Health Coaching**. 2016. Disponível em: <<http://www.betterconversation.co.uk/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

UNITED KINGDOM. The Health Coach Coalition. NHS. **Better conversation: a guide to health coaching**. London, 2016. Disponível em: <http://www.betterconversation.co.uk/images/A_Better_Conversation_Resource_Guide.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, p. 635-668.

WOLEVER, Ruth Q. **Health & Wellness Coaching: Evidence, Challenges and Opportunities**. London: Vanderbilt University Medical Center, 2016.