

Do peixe no prato à cana de pesca

Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde

JAIME CORREIA DE SOUSA*

*«Quando alguém pedir de comer,
mais importante do que lhe dar
um peixe... é ensiná-lo a pescar!»
(provérbio antigo)*

Sejamos realistas! Apesar da enorme importância que têm na prática da medicina geral e familiar as áreas da prevenção da doença e da promoção da saúde, dos cuidados antecipatórios a grupos vulneráveis ou da gestão e aconselhamento dos pacientes em relação aos numerosos problemas de saúde agudos que os levam a procurar o médico com tanta frequência, a actividade dominante do médico de família irá ser, cada vez mais, nas próximas décadas, a gestão da doença crónica.

Os prestadores de cuidados de saúde têm pela frente uma população que está a envelhecer, quer pelo aumento gradual da esperança de vida, quer pela evolução favorável da qualidade de vida em geral, quer ainda pela melhoria da prestação de cuidados de saúde. O médico de família do século XXI irá ter que lidar cada vez mais com pessoas idosas, com mais doenças crónicas e mais comorbilidades, o que vai exigir novas aptidões clínicas e formas diferentes de organização dos cuidados de saúde.¹

A importância de um novo modelo e de uma nova forma de organização das equipas de saúde para lidar com as comorbilidades tem sido salientada em diversas publicações.²⁻⁵ Para lidar adequadamente com pessoas com doenças crónicas é necessário um novo pa-

radigma de concepção e organização de cuidados de saúde, uma mudança de orientação de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um Modelo de Cuidados Crónicos baseado na medicina geral e familiar,^{6,7} que integre os vários problemas de saúde da pessoa em complementaridade com as outras profissões da saúde, com os cuidados secundários, com a comunidade e com o próprio doente e a sua família. Esta necessidade do envolvimento da pessoa com doença crónica nos seus próprios cuidados não é apenas uma questão de moda passageira ou de procura de uma afirmação politicamente correcta. Ela provém da constatação do facto de que, normalmente, pessoas com doenças crónicas que compreendem melhor a natureza da sua doença, a forma como ela evolui e as suas possíveis complicações, que estão conscientes dos riscos envolvidos no uso inadequado ou na adesão incorrecta à medicação, no fundo, que estão mais capacitadas para lidar com a sua própria doença, obtêm melhores resultados em termos de qualidade de vida, menos complicações e menor recurso a cuidados hospitalares.⁸⁻¹³

A questão da capacitação dos doentes não deve ser apenas vista numa perspectiva de cidadania, de aumento do controlo do indivíduo sobre os seus destinos; existem boas razões para esperar que doentes mais capazes permitam aliviar a carga de trabalho do médico de família, permitindo-lhe libertar tempo que pode ser dedicado a prestar

*Director da Revista Portuguesa
de Clínica Geral

cuidados a pessoas culturalmente menos autónomas, menos diferenciadas, mais idosas, pertencentes a minorias étnicas, pessoas com problemas psíquicos ou com menores recursos económicos, geralmente menos capacitadas e, por isso, mais fragilizadas.

Cidadãos mais capacitados em relação à promoção da saúde, prevenção da doença e estilos de vida saudáveis são também pessoas que irão consumir menos cuidados de saúde. Daí a importância de se abordar o tema da capacitação (ou empoderamento) dos cidadãos, numa perspectiva de contribuir para o debate sobre as formas de a promover e as estratégias para desenvolver competências nos médicos e restantes profissionais de saúde para capacitar mais os doentes.^{1,14}

Capacitação ou empoderamento

Existem alguns problemas de definição terminológica que importa tentar clarificar. O termo «*empowerment*» tem sido muito utilizado nos últimos tempos na literatura de língua inglesa, tendo tido origem nas ciências sociais. O conceito nem sempre é claramente definido e diferentes autores utilizam-no de forma distinta.¹⁵ Pode ser genericamente definido como um processo social multi-dimensional que ajuda as pessoas a obter controlo sobre as suas próprias vidas. É um processo que gera poder nos cidadãos para ser utilizado na sua vida pessoal, na sua comunidade e na sociedade, agindo sobre assuntos que estes definem como importantes.^{16,17} É multi-dimensional, pois ocorre na dimensões sociológica, psicológica e económica, entre outras; ocorre igualmente a vários níveis, tais como individual, grupal ou comunitário. Trata-se de um processo continuado, que ocorre à medida que se vão desenvolvendo as actividades.

Os termos capacitação e empoderamento têm sido utilizados na nomenclatura oficial do Ministério da Saúde com um significado análogo ao termo de lí-

ngua inglesa «*empowerment*» mas traduzindo conceitos que aparecem como distintos; o termo capacitação tem sido usado para referir o aumento de conhecimentos e competências dos profissionais e serviços em relação a determinado assunto ou área de conhecimento, enquanto que empoderamento é referido com o significado de se aumentar o envolvimento da pessoa nas questões relacionadas com a sua saúde.^{18,19} Não existe um motivo suficientemente fundamentado para preferir um ou outro termo quando se fala de «*empowerment*». Na ausência de um conceito epistemológico claro, por uma questão de semântica, de acordo com a pesquisa efectuada em dicionários de língua portuguesa,^{20,21} prefere-se a utilização da designação do verbo transitivo ou reflexo «capacitar» e do substantivo «capacitação», embora o termo «empoderamento» já seja aceite por alguns linguistas.²²

Na nomenclatura de língua inglesa pode igualmente surgir o termo «*Patient Enablement*» para referir o efeito da consulta sobre a competência (capacidade) do doente para lidar com e compreender a sua doença, e para designar a actividade de encorajamento e capacitação do paciente para concretizar a sua autonomia. «*Enablement*» é conceptualizado como um indicador dos benefícios em auto-eficiência obtidos pelo facto de um doente consultar um médico e espera-se que se associe a comportamentos tais como adesão e auto-cuidados.²³⁻²⁶ Trata-se, portanto, de um conceito muito próximo do de «*empowerment*», numa perspectiva de capacitação individual do paciente em relação com cuidados de saúde e também não ajuda a decidir sobre o termo mais correcto a utilizar em língua portuguesa.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), em termos de Saúde Pública, conseguir o envolvimento da pessoa nas questões relacionadas com a sua saúde, a construção/reforço do seu sentido de coerên-

cia e empoderamento, representam prioridades, se se desejam ganhos em saúde perduráveis.¹⁸

Por isso, o tema da capacitação dos cidadãos não diz respeito apenas à gestão das doenças crónicas; ela deve ser vista num sentido mais lato de promoção da independência individual e colectiva, numa perspectiva de autonomia e auto-determinação dos cidadãos em relação à sua saúde. O termo autonomia refere-se à capacidade e ao direito dos pacientes de controlarem o seu tratamento médico e participarem no processo de decisão sem que o seu prestador de cuidados tente influenciar essa decisão. Podem-se individualizar diversas formas de expressão da independência de forma mais ou menos consciente, da qual são exemplos: decidir quando consultar (ou não consultar) um médico, escolher um médico, procurar uma segunda opinião, utilizar medicinas complementares e alternativas, decidir aceitar ou rejeitar um tratamento, automedicar-se, interromper um tratamento, entre outras, mas a escolha informada é a expressão mais elevada do nível de capacitação do paciente. Ela surge quando o doente escolhe de forma livre, informada e partilhada com o seu médico em função do nível de capacitação e da relação de confiança estabelecida.

Ao envolvimento nas decisões individuais sobre a própria saúde e um empoderamento desenvolvido através de uma estratégia de gestão da doença, noutros países europeus, acrescentam-se múltiplas experiências sobre mecanismos de participação no sector da saúde. Para além de uma maior participação do indivíduo no sistema de saúde, existe a necessidade de promover o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade. A proliferação de organizações da sociedade civil, dedicadas ao sector da saúde ou

sectores afins, é um indicador do potencial para fortalecer o envolvimento desta mesma sociedade civil.¹⁹

A capacitação dos cidadãos pode expressar-se numa perspectiva colectiva (comunitária) ou a nível individual, da pessoa com doença crónica, da sua família ou cuidadores;²⁷ podem destacar-se algumas áreas de maior relevo da expressão da capacitação/empoderamento dos cidadãos:

A promoção da saúde individual através da promoção de estilos de vida saudáveis, alimentação racional, abstinência de consumo de tabaco e drogas, moderação do consumo de álcool, exercício físico regular ou actividades ao ar livre.

A promoção da saúde colectiva, manifestada por actividades de cidadãos e de grupos e associações cívicas de defesa do ambiente ou de preservação de ecossistemas, um maior cuidado e vigilância em relação à qualidade dos alimentos, atenção à qualidade das águas de consumo e balneares, etc.

A prevenção da doença, como a maior atenção à vacinação, ao uso de equipamentos de protecção no trabalho, na via pública ou no domicílio.

O aumento da capacidade individual e colectiva de gerir os problemas de saúde comuns em relação aos sintomas e às doenças frequentes e auto-limitadas.

A oferta de maior e **melhor informação aos cidadãos** sobre saúde através da disponibilização de informação actualizada e credível na *internet*, como páginas *web* de organismos estatais, de associações profissionais, de universidades; a publicação de brochuras, livros, desdobráveis; a afixação de informação em locais públicos; as campanhas nos media, etc.

A criação de **associações ou organizações de cidadãos** com determinadas doenças ou necessidades especiais como forma de promover a auto-ajuda, a informação sobre a doença, direitos,

legislação específica, disponibilidade de recursos técnicos, estabelecimentos ou entidades onde recorrer para obter cuidados de saúde, etc.

Devido à sua maior vulnerabilidade ou risco, constituem grupos que necessitam de uma atenção especial, sendo por isso alvo de programas específicos em vários países, a criança, o adolescente, a mulher grávida, o idoso, e as pessoas com certos factores de risco ou doenças crónicas.¹⁹ Alguns dos exemplos mais conhecidos das vantagens da capacitação da pessoa com doença crónica são, em Portugal, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus,²⁸ o Plano Nacional de Controlo da Asma,^{29,30} e, mais recentemente, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.³¹ Nestes programas existem recomendações específicas destinadas a capacitar os doentes aumentando os seus conhecimentos sobre a doença e a capacidade de auto-controlo e de auto-vigilância, fomentando a continuidade de cuidados e o trabalho em equipa.

Mas, apesar da importância de podermos dispor de programas de saúde destinados a doenças específicas, a gestão adequada da doença crónica, particularmente num contexto de multi ou co-morbilidade, implica o desenvolvimento e a adopção de modelos mais complexos, integradores, dirigidos não apenas à doença, mas sobretudo à pessoa total integrando toda a constelação de comorbilidades dessa pessoa.⁶ Para isso, é necessário que, para além do método clínico centrado na pessoa, se desenvolva uma organização e um sistema de cuidados de saúde que compreenda a saúde como um padrão e não como um conjunto de diagnósticos.²

O Modelo Clínico Centrado no Paciente³²⁻³⁴ é já um «velho conhecido»; tem sido objecto de numerosas publicações e consta já com alguma frequência do currículo formativo pré e pós-graduado da medicina geral e familiar. Tem como

objectivos gerais integrar as experiências do doente explorando tanto a doença como a experiência de enfermidade, procurar compreender a pessoa total, encontrar um campo comum em relação à gestão, incorporar a prevenção e promoção de saúde, realçando a relação médico-doente numa perspectiva realista. Constitui um modelo crucial nos cuidados aos doentes crónicos; é contudo fundamental uma evolução para um modelo de cuidados crónicos que incorpore a perspectiva clínica do modelo clínico centrado no paciente procurando enquadrá-la numa nova perspectiva, com o Modelo de Cuidados Crónicos (MCC).^{4,35} Este modelo compreende quatro componentes: apoio à auto-gestão, organização do sistema de prestação de cuidados, apoio à decisão e sistemas de informação clínica. No Modelo de Cuidados Crónicos, os cuidados são proactivos, prestados por uma equipa de saúde, sendo integrados ao longo do tempo, do local e das condições de prestação, utilizando diferentes metodologias complementares que incrementam a acessibilidade (cuidados médicos ou de enfermagem a grupos, facilidades de contacto telefónico, via *internet* ou utilizando tecnologias de cuidados remotos); o apoio à auto-gestão é uma responsabilidade e uma parte integral do sistema de prestação de cuidados.

Recentemente, alguns autores, por considerarem que o MCC estava sobretudo direccionado para sistemas de gestão clínica, sendo difícil utilizá-lo para a prevenção e promoção da saúde, propuseram um novo modelo de cuidados crónicos, designado Modelo de Cuidados Crónicos Expandido (*Expanded Chronic Care Model*).³⁶ Este novo modelo inclui elementos da área da promoção da saúde populacional, de forma a que os esforços de prevenção alargados, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e a participação alargada da comunidade possam

igualmente fazer parte da actividade das equipas dos sistemas de saúde que trabalham com as doenças crónicas.

Uma outra proposta de organização dos cuidados é o Projecto Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas (*The Innovative Care for Chronic Conditions Framework – ICCF*).^{37,38} Considerando que as doenças crónicas são cada vez mais a preocupação dos cuidados primários em todo o Mundo, a Organização Mundial de Saúde associou-se ao «*MacColl Institute for Healthcare Innovation*» para adaptar o Modelo de Cuidados Crónicos (*Chronic Care Model*) numa perspectiva global. Este modelo expande os aspectos comunitários e políticos da melhoria dos cuidados de saúde para as doenças crónicas e inclui componentes de nível micro (paciente e família), meso (organização de cuidados de saúde e comunidade) e macro (políticos). O projecto fornece uma base flexível e integradora a partir da qual se podem construir ou re-desenhar os sistemas de saúde de acordo com os recursos e necessidades locais.

Estes diversos modelos constituem enquadramentos teóricos importantes para a compreensão e conceptualização do problema, para a percepção dos objectivos a atingir na gestão das doenças crónicas, para o planeamento e organização de serviços de saúde e para o ensino e investigação. Contudo, a realidade da actividade diária dos médicos de família é constituída por uma grande variabilidade de situações clínicas em pessoas muito diferentes quanto à personalidade, experiência de doença, contexto familiar, social e cultural. Qualquer modelo que seja adoptado deve ter em conta uma prática individualizada construída à medida de cada paciente, perspectivando uma maior capacitação.

Existem, contudo, situações frequentes na prática clínica que constituem obstáculos e dificuldades acrescidas à capacitação dos doentes, como é o caso das crianças, dos doentes psiquiátri-

cos, pessoas com sintomas físicos clinicamente não explicáveis (MUPS) e doentes muito graves, entre outros. No espectro oposto, doentes com aparente grande autonomia de decisão, mas sem hábitos de decisão partilhada com o seu médico de família, encontram-se especialmente vulneráveis a práticas cientificamente não comprovadas, à medicalização³⁹ ou à promoção da doença (*disease mongering*).⁴⁰

Conseguir uma maior capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades é um elemento determinante do sucesso dos cuidados de saúde primários. Os médicos de família têm um papel fundamental na promoção de atitudes que permitam uma aquisição progressiva de conhecimentos, aumentem as competências dos doentes e permitam a sua maior capacitação. É neste contexto que faz sentido afirmar que mais do que colocar peixe no prato, é fundamental oferecer uma boa cana de pesca e ensinar a pescar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kennedy A, Gask L, Rogers A. Training professionals to engage with and promote self-management. *Health Educ Res* 2005 Oct ;20 (5): 567-78.
2. Santos I. O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006 Jan-Fev; 22 (1): 191-4.
3. Santos I. O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbilidade de 4 doenças crónicas [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002 Oct 16; 288 (15): 1909-14.
5. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med* 2003 May-Jun; 1 (1): 4-7.
6. Sousa JC. A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21 (6): 533-4.
7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Q*. 1996 Spring; 4 (2): 12-25.
8. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004 Oct 23-29; 364 (9444): 1523-37.

9. Katon W. Improvement of outcomes in chronic illness. *Arch Fam Med* 2000 Aug; 9 (8): 709-11.
10. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes* 2004 Jul; 22 (3): 123-7.
11. Lahdensuo A. Guided self management of asthma - how to do it. *BMJ* 1999 Sep 18; 319: 759-60.
12. Jones A, Pill R, Adams S. Qualitative study of views of health professionals and patients on guided self management plans for asthma. *BMJ* 2000 Dec 16; 321 (7275): 1507-10.
13. Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> [acedido em 19/08/2007].
14. Strong K, Mathers C, Epping-Jordan J, Beaglehole R. Preventing chronic disease: a priority for global health. *Int J Epidemiol* 2006 Apr; 35 (2): 492-4.
15. Aujuolat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns* 2007 Apr; 66 (1): 13-20.
16. Page N, Czuba CE. Empowerment: what is it? *J Extension* 1999 Oct; 35 (5). Disponível em: URL: <http://www.joe.org/joe/1999october/comm1.html> [acedido em 22/08/2007].
17. Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehab Journal* 1997; 20 (4): 43-6.
18. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2007. pp. 164-70.
19. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
20. Dicionário Editora da Língua Portuguesa 2008. Disponível em: URL: <http://www.infope-dia.pt> [acedido em 29/08/2007].
21. Dicionário Universal da Língua Portuguesa. Disponível em: URL: <http://www.priberam.pt/dicionarios.aspx> [acedido em 29/08/2007].
22. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia de Ciências de Lisboa. Vol. 1. Lisboa: Editorial Verbo; 2001. "Empoderamento", p. 1379.
23. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 2002 Jul; 55 (2): 283-99.
24. Howie J, Heaney D, Maxwell M, Walker J. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract* 1998 Apr; 15 (2): 165-71.
25. Haughney J, Cotton P, Rosen JP, Rosen JP, Morrison K, Price D. The use of a modification of the Patient Enablement Instrument in asthma. *Prim Care Respir J* 2007 Apr; 16 (2): 89-92.
26. Howie J. Patient-centredness and the politics of change. *A Day in the Life of Academic General Practice - The John Fry Fellowship* 1999. London: The Nuffield Trust; 1999. pp. 102-49.
27. Proceedings from the fifth annual conference in the Merck Frosst Directions for Canadian Health Care series. Susan Usher editor. The universe of the Future Patient. Anticipating our health system in 2010. Toronto, Merck Frosst Canada Ltd, 2002. Disponível em: URL: http://www.merckfrosst.ca/assets/en/pdf/health_policy/directionsv-e.pdf [acedido 19/08/2007]
28. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1998.
29. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Controlo da Asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000.
30. Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Manual de Boas Práticas na Asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000.
31. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005.
32. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986 Mar; 3 (1): 24-30.
33. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract* 1986 Jun; 3 (2): 75-9.
34. Nunes, J.M. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2007.
35. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Q* 1996 Spring; 4 (2): 12-25.
36. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* 2003;7 (1):73-82.
37. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004 Aug; 13 (4): 299-305.
38. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: URL: http://www.who.int/entity/diabetesactiononline/about/iccc_globalreport.pdf [acedido em 28/08/2007].
39. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral* 2007 Mai-Jun; 23 (3): 289-93.
40. Melo M. A Promoção da Doença. A quem interessa? *Rev Port Clin Geral* 2007 Jul-Ago; 23 (4): 361-4.