

Capacitação: Uma Ciência com Arte

Enablement: A Science with Art

Philippe Botas, MD, Interno de Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Eiras

Resumo

Os conceitos de capacitação e *empowerment* acompanharam a evolução da Medicina e assumem maior destaque a nível dos Cuidados de Saúde Primários. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (MGF) integra estes conceitos na competência nuclear de cuidados centrados na pessoa. O *Health Promotion Glossary* define *empowerment* como o processo através do qual as pessoas adquirem maior controlo das decisões e acções que afectam a sua saúde. A capacitação é definida como a colaboração com indivíduos ou grupos possibilitando o *empowerment*.

O método clínico centrado na pessoa procura responder à complexidade que envolve os cuidados à pessoa. A sua aplicação em ambiente de consulta, com limite no tempo disponível e sob influência de resultados, é um desafio para o especialista em MGF.

As ferramentas para capacitar o utente exigem formação específica. As competências comunicacionais assumem um papel fundamental nesta área de intervenção médica. A reflexão deve incidir na avaliação do contexto actual em relação a estas competências e o valor atribuído na formação médica.

Palavras-chave: Capacitação, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Centrados no Paciente.

Abstract

The concepts of enabling and empowerment followed the evolution of Medicine and assume greater prominence in Primary Health Care. The European definition of General Practice / Family Medicine integrates these concepts into the person-centred care core competency. The Health Promotion Glossary defines empowerment as a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health. Enabling is defined as the collaboration with individuals or groups to empower them.

Person-centred care model seeks to answer to person care complexity. Its application in consultation environment, with reduced time and under the influence of results, is a challenge for the General Practitioner / Family Doctor.

The tools to enabling require specific training. Communication skills play a key role in this area of medical intervention. Reflection should focus on evaluating the current context for these skills and the value assigned in medical training.

Key words: Training; Primary Health Care; Patient-Centered Care

Introdução

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma disciplina com fundamentos académicos e características que a distinguem de outras especialidades. A evolução como disciplina independente iniciou-se nas décadas de 50 e 60 do século XX, como resposta a exigências de reorganização dos cuidados de saúde prestados à comunidade.¹ Este processo persiste e procura responder a novos desafios, que surgem com o desenvolvimento científico, socio-cultural e socio-económico. Os conceitos de capacitação e *empowerment* emergem neste contexto.

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP), reunida em Alma-Ata, destacou a relevância de um modelo de saúde centrado no conceito de promoção da saúde.² O ponto IV da declaração de Alma-Ata refere que a organização e implementação dos cuidados de saúde é um direito e um dever de todos os elementos da comunidade. Este destaque atribui um papel activo a prestadores e utilizadores dos cuidados de saúde. Em 1986, o conceito de capacitação surge implícito na carta de Ottawa.³ Neste documento, o processo de capacitação é analisado como um conjunto de acções que visam a aquisição de competências que permitam às pessoas a realização do seu potencial de saúde. Este fenómeno relaciona-se com questões de acessibilidade a informação e oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. O *Health Promotion Glossary*, de 1998, integra o conceito de *empowerment* aplicado à saúde como o processo através do qual as pessoas adquirem maior controlo das decisões e acções que afectam a sua saúde.⁴ É feita a distinção entre *empowerment* do indivíduo e *empowerment* da comunidade. O primeiro refere-se às capacidades da pessoa em fazer decisões e ter controlo sobre a sua vida pessoal. O segundo conceito é mais abrangente, determinado por acções colectivas que visam o controlo de factores que influenciam a saúde e a qualidade de vida de toda a sociedade. A definição de capacitação (termo inglês *enabling*) também é enumerada nesta publicação: capacitar significa colaborar em parceria com indivíduos ou grupos possibilitando o *empowerment*.⁴

Estes conceitos são importantes no contexto de CSP e aplicáveis num modelo de cuidados centrados na pessoa. Em 2011, a actualização da definição Europeia de MGF integrou os conceitos de *empowerment* e capacitação como uma das características da especialidade.⁵ A promoção do *empowerment* (capacitação) foi incluída na competência nuclear de cuidados centrados na pessoa, destacando que a especialidade de MGF tem uma posição estratégica na concretização

desta característica. Neste sentido contribuem, a continuidade de cuidados, a abordagem multidisciplinar e a relação médico-utente. O médico tem um papel fundamental, facultando informação (baseada na evidência!), assim como auxiliando a pessoa e os cuidadores no desenvolvimento de competências na promoção de saúde e na prestação de cuidados.

Cuidados centrados na pessoa: evolução do paradigma clínico

A evolução da Medicina, no contexto do binómio médico/paciente, centrou-se em modelos de prática clínica, com implicações académicas. O modelo biomédico persiste como abordagem dominante na cultura ocidental, fundamentando a formação dos futuros médicos. Contudo, as limitações deste modelo geram discussão e impulsionam o desenvolvimento de novos modelos de prática clínica. Em 1977, Engel⁶ destacou as características redutoras desta abordagem, que assume a doença como o resultado de fenómenos biológicos e fisiopatológicos, e não integra o contexto social, psicológico e comportamental da pessoa. Engel enaltece a relevância dos componentes de experiência da doença e de relação médico-utente, sugerindo o modelo biopsicossocial, que amplifica a abordagem biomédica à compreensão de factores psicossociais e culturais. Michael Balint estudou os aspectos psicoterapêuticos da prática clínica de médicos de família.^{7,8} A sua pesquisa nesta área incidiu na criação de grupos de partilha e discussão de experiências e dificuldades do quotidiano da prática médica. O objectivo destes grupos era auxiliar os médicos a compreender as particularidades da relação médico-utente. Esta experiência impulsionou a criação de um grande número de grupos Balint a nível mundial. Durante um período superior a 5 décadas, a evolução destes grupos adaptou-se às peculiaridades da prática clínica, mutáveis ao longo das gerações, que se traduzem em mudanças na forma como certos problemas clínicos são encarados. A abordagem holística assume um papel preponderante na compreensão de condições clínicas, que seriam inexplicáveis se apenas examinássemos o indivíduo, sem considerar fenómenos psicossociais desencadeantes.⁸ A experiência com a doença, ignorada na abordagem pelo modelo biomédico, assume relevância crescente na actualidade. As intervenções preventivas, terapêuticas ou de reabilitação exigem motivação e cooperação.⁹ A pessoa é o agente activo neste processo. O método clínico centrado na pessoa procura responder à complexidade que envolve os cuidados à pessoa. Não rejeita o modelo biomédico, mas amplifica a abordagem e centra-se na compreensão da pessoa como um todo, na sua experiência com a

doença e procura a concretização de um plano adequado ao indivíduo.⁹ A sua aplicação em ambiente de consulta, com limite no tempo disponível e sob influência de resultados (por exemplo, indicadores que não contemplam a relação médico-utente), é um desafio para o especialista em MGF.

Capacidade para capacitar

Os cuidados centrados na pessoa englobam o conceito de capacitação. Em particular na MGF, uma grande parcela da actividade clínica centra-se no aconselhamento para a mudança de estilos de vida e comportamentos. O aconselhamento directivo e uniformizado para todas as pessoas é ineficaz. Para a pessoa que escuta, mais do que uma escolha, também é uma oportunidade que depende de inúmeros factores do quotidiano. O aconselhamento deve ser personalizado. A adesão terapêutica também carece das mesmas influências. *Tudela et al.*¹⁰ discutem o conceito de sistemas complexos adaptativos (SCA) aplicado ao contexto de CSP. Destacam que os elementos envolvidos numa consulta constituem um SCA. Os resultados e influências deste contacto médico-utente dependem de cada elemento, incluindo o contexto, regras do sistema e equipa de saúde. O estudo qualitativo realizado por *Aita et al.*¹¹ analisou a relação médico-utente numa amostra de 44 médicos de família. Os resultados destacaram factores que afectam a comunicação e os cuidados centrados na pessoa: inerentes ao médico e ao paciente, contexto da prática clínica e da comunidade, crenças e expectativas.

Com esta breve análise percebemos que a complexidade desta interacção médico-utente ultrapassa a simplicidade de um binómio “ordem/acção”. As competências de comunicação são fundamentais no processo de capacitação do utente. No estudo de *Silva et al.*¹², que incluiu mulheres portuguesas com excesso de peso/obesidade, compararam-se dois tipos de intervenção. Um grupo foi submetido a intervenção de promoção de motivação intrínseca e auto-determinação para o exercício e controlo do peso. O grupo controlo participou em sessões de educação temáticas. O primeiro grupo manteve níveis de actividade física mais elevados e peso mais reduzido nos dois anos de

seguimento. A autonomia e motivação intrínseca são factores essenciais no sucesso de um plano terapêutico. O médico é o elemento facilitador deste processo de auto-compreensão e auto-determinação.

A capacidade de capacitar aprende-se. Não de um dia para o outro. A capacitação e o *empowerment* relacionam-se com o princípio de respeito pela autonomia.¹³ A pessoa tem o direito de fazer as suas próprias escolhas, fundamentadas em informação correctamente transmitida pelo profissional de saúde. O último deve assegurar-se que a informação foi percebida. A informação fornecida é mais facilmente assimilada pelo utente, se o médico possuir e aplicar boas competências comunicacionais, contribuindo para a adesão ao plano.¹⁴ Reconhece-se a relevância das competências comunicacionais no método clínico centrado na pessoa.^{15,16} A boa comunicação médico-utente é fundamental no processo de decisão do utente, baseada em informação relevante,¹⁵ e assegura a compreensão de determinados procedimentos propostos pelo médico.¹⁶ *Stewart et al.*¹⁷ analisaram consultas de 39 médicos de família e relataram que a comunicação centrada na pessoa relacionou-se com a percepção do paciente de que estavam em sintonia. Esta percepção positiva associou-se a melhor recuperação do desconforto ou preocupação, maior estabilidade emocional dois meses depois e menor número de exames complementares de diagnóstico e de referenciações.

A aquisição de competências clínicas na área da comunicação exige formação contínua e desde cedo nas Faculdades. Progressivamente, a evolução do paradigma clínico está a revolucionar o paradigma formativo. A reflexão a fazer na formação e na prática profissional deve incidir na avaliação do contexto actual em relação às competências a adquirir e já adquiridas, e ao valor a atribuir à formação nesta área nuclear da actividade médica.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela importante colaboração, através da revisão crítica do artigo.

Referências Bibliográficas

1. McWhinney IR, Freeman T. Origens da Medicina de Família e Comunidade. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre : Artmed; 2010. p.14-24.
2. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
5. Wonca Europe. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8; 196 (4286):129-36.
7. Johnson AH. The Balint movement in America. *Fam Med*. 2001 Mar; 33 (3):174-7.
8. Brandão J. Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23:733-44.
9. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. A evolução do método clínico. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre : Artmed; 2010. p.35-48.
10. Tudela M, Lobo FA, Ramos V. Desafios da complexidade em medicina geral e familiar. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23:715-25.
11. Aita V, McIlvain H, Backer E, McVea K, Crabtree B. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? *Patient Educ Couns*. 2005 Sep; 58(3):296-304.
12. Silva MN, Markland D, Carraça EV, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, et al. Exercise Autonomous Motivation Predicts 3-yr Weight Loss in Women. *Med Sci Sports Exerc*. 2011; 43(4):728-37.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press, 2001.
14. Nunes JM. A qualidade da comunicação na consulta e o seu impacto. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care; 2007. p.175-188.
15. Kuehn BM. Patient-centered care model demands better physician-patient communication. *JAMA*. 2012 Feb 1; 307(5):441-2.
16. Kuehn BM. Movement to promote good stewardship of medical resources gains momentum. *JAMA*. 2012 Mar 7; 307(9):895, 902-3.
17. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep; 49(9):796-804.

Conflito de Interesses

O autor declara não ter conflito de interesses.

Endereço para Correspondência:

Philippe José Couto Botas

Rua das Arroteias, N° 1

3105 Pombal

Telemóvel: 914 806 662

E-mail: philippe_botas@hotmail.com