



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

LUÍS ANDRÉ FERREIRA MARQUES BATISTA

***"EMPOWERMENT" EM DOENTES CRÓNICOS E
FACTORES CONDICIONANTES***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DOUTORANDO HERNÂNI POMBAS CANIÇO
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA**

ABRIL DE 2014

Introdução

A mudança na abordagem clínica do método biomédico para o método centrado no doente apresentou novos e interessantes desafios à Medicina. Estes desafios levaram a que os médicos desenvolvessem a sua capacidade humana, o que resultou numa melhoria da comunicação médico-doente, num aumento do nível de informação da população sobre saúde e criou a possibilidade de agir sobre a promoção da saúde. Estas melhorias assentaram num aumento do investimento em técnicas de comunicação para a saúde e na cultura e alfabetização das populações. Contudo, aquela que é a matriz desta metodologia - o “empowerment” do doente - foi permanecendo obscura e pouco estudada.

A ideia de “empowerment” surge como um termo financeiro, na década de 60, para definir a capacidade de as pessoas adquirirem autonomia financeira, de controlarem a sua vida e o seu modo de viver. O conceito é importado para a Medicina e evolui.

Actualmente, o “empowerment” define-se como um processo externo que dá a uma pessoa a auto-estima, confiança e a capacidade de fazer decisões acertadas, e de ter controlo sobre a sua própria vida [1].

Deste modo, compreende-se que a comunicação de informação tem um valor reduzido se não contribuir para que o doente tome decisões que potenciem o seu estado de saúde dentro do seu contexto social.

O “empowerment” assenta na ideia de criar oportunidades e um ambiente favorável ao desenvolvimento de capacidades, confiança e conhecimentos para que o doente deixe de ter uma postura passiva e passe a agir como parceiro do médico [2], entregando a autonomia ao próprio indivíduo.

Estes conceitos surgem como resposta a uma necessidade criada pelo facto de a esperança média de vida das populações ter aumentado, com aumento consequente do número

de doentes crónicos e da procura da população por cuidados de saúde. Assim sendo, o desafio do médico não se fica pelo tratamento de situações agudas, que exigem cuidados num espaço temporal limitado, abrangendo também situações que exijam cuidados permanentes e/ou persistentes. Deste modo, o tratamento e vigilância destas situações deixa de estar limitado aos profissionais de saúde, passando a ser uma responsabilidade conjunta com o doente. Esta nova relação acaba por criar outras exigências para o médico, que se torna um educador, conselheiro e orientador, que apenas tem a oportunidade de intervir num curto período de tempo, e para o doente, que se torna auto-cuidador e que, apesar de ter um longo período de tempo para intervir, pode não ter as capacidades para definir uma estratégia.

Este auto-cuidado engloba as actividades quotidianas que o indivíduo realiza para gerir a sua condição de doente crónico, ou seja, o médico confia que o doente está comprometido em implementar alterações de estilos de vida, melhoria nas suas capacidades de enfrentar a ansiedade e o medo, alterar a sua actividade profissional e monitorizar activamente sintomas, reportando-os aos profissionais de saúde [2,3].

A implementação do "empowerment" é um processo multi-dimensional, que exige modificar a consciência das comunidades, dos profissionais de saúde e dos políticos responsáveis [4]. Relativamente ao médico, exigem-se novas competências que foram descritas por Wagner et al. 2001, nomeadamente: estabelecer uma relação médico-doente empática; criar um momento verdadeiramente combinado para a consulta; estabelecer objectivos comuns; explorar os prós e contras da mudança; utilizar ferramentas que permitam avaliar de forma simples os objectivos pretendidos. Acima de tudo, devem ser os profissionais de saúde a fomentar a ideia de proximidade, para que sempre que necessário, o doente recorra aos mesmos, sem medos.

Para que isto se torne possível é essencial alterar o pensamento por detrás dos sistemas de saúde, fazendo com que este se torne um sistema de co-produção, no qual doente e

profissionais de saúde se juntam para resolver problemas e incluir, sempre que possível, redes de suporte, tais como familiares ou grupos de ajuda [2].

O facto de o “empowerment” permanecer como uma ideia vaga e de não existirem estudos que caracterizem a população portuguesa em relação à temática despertaram o meu interesse para a realização deste estudo.

Pretende-se explorar o conceito, percebendo até que ponto os doentes se sentem “empowered” e quais os factores que influenciam essa sensação. Este estudo pretende olhar para a temática de outra forma, partindo do princípio que o “empowerment” é mais do que comunicação, satisfação pessoal, informação e auto-cuidado. O objectivo é interligar todos estes conceitos e tentar perceber o termo como algo global e que não resulta apenas dos componentes acima descritos.

Materiais e Métodos

Este trabalho tem por objectivo avaliar todos os componentes do “empowerment” . para tal foi realizado um questionário que se divide em duas partes. A primeira com cinco questões, que avaliam o nível de “empowerment” e a segunda onde se avaliam diversos factores potencialmente envolvidos no mesmo.

A primeira parte do questionário serve como escala que permite avaliar o nível de “empowerment” de cada doente. Esta escala foi elaborada tendo em conta as principais características do doente “empowered” que, segundo a ENOPE (European Network on Patient Empowerment), são: a percepção do seu estado de saúde e dos efeitos da doença; a participação na tomada de decisões com os profissionais de saúde; o sentimento de ser capaz de fazer escolhas informadas sobre o tratamento e a capacidade de activamente procurar informação sobre a sua doença. Assim sendo, as questões realizadas foram as seguintes:

- *Sente que é um dos responsáveis pela sua saúde?*
- *Compreende o que significa ter a sua doença?*
- *Acredita que tem influência na terapêutica da sua doença?*
- *Acredita que é capaz de viver com a sua doença?*
- *Acha que lidaria melhor com a sua doença se estivesse mais informado?*

Todas estas questões tinham duas hipóteses de resposta - *Sim* ou *Não*. O *Sim* correspondia a um nível de “empowerment” e o *Não* a falta de “empowerment”. Deste modo, a escala diferencia níveis de “empowerment” que podem ir de 0 a 5 pontos.

A segunda parte do questionário procura, por um lado, caracterizar a população que respondeu ao questionário (perguntas como o sexo, a raça, a idade, o estado civil, a escolaridade, o nº de pessoas do agregado familiar e o nível de rendimentos) e, por outro lado, pretende determinar qual é que a percepção da pessoa em relação:

- ao seu estilo de vida, estabelecendo um score onde se atribuiu 1 ponto a cada característica saudável (não fuma, não consome álcool regularmente, não consome drogas, consome alimentos saudáveis); ao exercício físico foram atribuídos 0 pontos aos que *nunca ou quase* nunca praticam, 1 ponto aos que praticam *esporadicamente* e 3 pontos aos que praticam *regularmente*. Na totalidade este score podia atingir 7 pontos;

- ao ambiente em que vive, onde cada sujeito podia classificar o este ambiente quanto à poluição (entre 0 e 2 pontos) e quanto à sua importância para a saúde (entre 0 e 1 ponto);

- o apoio da sociedade, com perguntas genéricas sobre apoio fornecido, a existência de associações dedicadas à sua doença, a sua importância e o grau de participação das pessoas nas mesmas, podendo atingir-se um score máximo de 3 pontos;

- à gravidade da doença;

- à relação do doente com o médico e as instituições de saúde, através de 2 perguntas podendo atingir um score máximo de 10 pontos;

- ao acesso à informação, com perguntas sobre a facilidade de acesso a informação; a principal fonte de informação e a fonte desejável de informação.

Foram distribuídos 120 questionários à população de 3 unidades de saúde familiar (USF) da região centro, 40 a cada uma, nomeadamente: USF do Mondego através do auxílio do Dr. Hernâni Caniço, USF Briososa através do auxílio da Dra. Conceição Milheiro e a USF Rainha Santa Isabel com a cooperação do Dr. Lineu Palmeira e através de mim próprio.

Os questionários foram efectuados de 3 a 28 de Março de 2014.

Análise Estatística

Os questionários foram analisados através do programa estatístico SPSS versão 22.0.

Neste estudo utilizei estatísticas descritivas, com predomínio para as de tendência central (média e mediana) e o desvio padrão. Para além destas, recorri a alguns testes de hipóteses como método de inferência estatística, o que me permitiu extrapolar para a população os resultados amostrais.

Assim, os dados amostrais foram analisados, e constatei, através do teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que a distribuição da pontuação da variável central em estudo, o “empowerment”, não reunia os pressupostos para a administração de testes paramétricos. Por isso, utilizei os testes não paramétricos alternativos mais adequados, sem perder eficiência na decisão.

Quando comparei a variável central em dois grupos recorri ao teste de Mann-Whitney, mas quando estavam em estudo mais de dois grupos escolhi o teste de Kruskal-Wallis. Estes testes serviram de alternativa ao teste t student e de ANOVA, respectivamente. Sempre que as duas variáveis, a dependente e a independente, apresentavam uma medição intervalar utilizei o coeficiente rho de Spearman e a sua significância.

O nível de significância utilizado nos testes foi de 0,05.

Resultados

Dos 120 questionários distribuídos foram respondidos 95, o que corresponde a uma adesão de 79,16 %. Dos 95 questionários respondidos, 94 foram considerados utilizáveis e 1 foi anulado pelo facto de apenas estar respondido à primeira parte do questionário. Em todos os questionários utilizáveis os doentes responderam à totalidade das questões colocadas.

Dados Sociodemográficos

O Quadro 1 evidencia que a maioria dos indivíduos que participaram neste estudo tem mais de 65 anos de idade ($n = 45$) e 55,32% são do sexo feminino. Quanto ao Estado Civil, destaca-se que a maioria é casada ou vive em união de facto (72,35%). Relativamente à escolaridade verifica-se que a maioria tem o 1º ciclo (40,43%) e que o grupo etário dos maiores de 65 anos, que foi o que mais participou no estudo, possui o maior número de indivíduos sem escolaridade.

A escala de “empowerment” é composta por cinco perguntas, cujas respostas dicotómicas são pontuadas em 0 e 1, dando, por isso, uma pontuação que podia variar entre 0 e 5. Na Tabela 1 pode observar-se que a média e a mediana obtidas nesta amostra é de 4 pontos, evidenciando que, avaliada com esta escala, estamos na presença de indivíduos com um elevado padrão de “empowerment”.

A Tabela 2 mostra que mais de 75% dos indivíduos obteve uma pontuação de 4 ou 5 pontos.

Quadro 1: Distribuição da amostra por algumas variáveis sociodemográficas								
		Grupos Etários				Total		
		<18	18-30	30-65	>65	N	%	
Sexo	Masculino		0	3	20	19	42	44,68
	Feminino		1	4	21	26	52	55,32
	Total		1	7	41	45	94	100,00
Estado Civil	Solteiro		1	3	0	2	6	6,38
	Casado ou em União de facto		0	3	36	29	68	72,35
	Separado ou Divorciado		0	1	4	4	9	9,57
	Viúvo		0	0	1	10	11	11,7
	Total		1	7	41	45	94	100,00
Escolaridade	Sem escolaridade		0	0	3	11	14	14,89
	1º Ciclo		0	0	14	24	38	40,43
	2º e 3º Ciclo		1	2	12	5	20	21,28
	Ensino secundário		0	4	6	3	13	13,83
	Ensino superior		0	1	6	2	9	9,57
	Total		1	7	41	45	94	100,00

Tabela 1: Estatísticas relativas ao “Empowerment”	
N	94
Média	4,00
Mediana	4,00
Desvio Padrão	0,96
Mínimo	1,00
Máximo	5,00

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a pontuação obtida no “Empowerment”		
Pontuação	N	%
1,00	2	2,1
2,00	5	5,3
3,00	16	17,0
4,00	39	41,5
5,00	32	34,0
Total	94	100,0

O “empowerment” e as diversas variáveis estudadas

Qual o nível de “empowerment” entre cada grupo das variáveis estudadas? Com uma escala de nível de medição intervalar para a variável dependente e dois grupos na variável independente impôs-se um teste de diferenças de médias.

Contudo, um dos pressupostos de aplicação de testes paramétricos é que a variável a testar tenha uma distribuição normal. Como se pode observar, o nível de significância do teste de Kolmogorov-Smirnov é de 0,000 (Quadro 2), logo, temos de rejeitar a hipótese de estudo, ou seja, a distribuição não é normal e, por isso, optei por utilizar um teste não paramétrico e, como alternativa, o mais adequado é o de Mann-Whitney.

Quadro 2: Teste de Normalidade			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	dF	Significância
Empowerment	0,255	94	0,000

Podemos observar, através de uma classificação por postos que os homens apresentam um “empowerment” superior (Quadro 3), mas sem que a diferença seja estatisticamente significativa (significância > 0,05) (Quadro 4). Podemos afirmar que homens e mulheres fazem parte de uma população homogénea, no que diz respeito ao “empowerment”.

Quadro 3: Média das ordenações de “empowerment” por sexo			
	Sexo	N	Média das ordenações
Empowerment	Masculino	42	50,60
	Feminino	52	45,00
	Total	94	100,00

Quadro 4: Teste U de Mann-Whitney para a média de ordenações de “empowerment” por sexo	
	Empowerment
U de Mann-Whitney	962,000
Z	-1,051
Significância	0,293

Quanto às diferenças por grupo etário, retirando o único indivíduo menor de 18 anos podemos dizer que parece haver um maior “empowerment” no grupo dos 30 aos 65 anos (Quadro 5), mas o valor da significância não corrobora a hipótese de que haja diferença estatisticamente significativa entre os grupos, como se pode observar no Quadro 6.

Quadro 5: Média das ordenações de “empowerment” por grupo etário			
	Grupo Etário	N	Média das ordenações
Empowerment	<18	1	78,50
	18-30	7	49,21
	30-65	41	51,84
	>65	45	42,59
	Total	94	100,00

Quadro 6: Teste H de Kruskal-Wallis para a média das ordenações de “empowerment” por grupo etário	
	Empowerment
Qui-quadrado	4,316
dF	3
Significância	0,229

O Quadro 7 mostra a diferença do “empowerment” por estado civil: os solteiros parecem apresentar níveis mais elevados, mas o nível de significância superior a 0,05 que se pode observar no Quadro 8 evidencia que os grupos são homogéneos.

Quadro 7: Média das ordenações de “empowerment” por estado civil			
	Estado Civil	N	Média das ordenações
Empowerment	Solteiro	6	66,67
	Casado ou em União de Facto	68	47,90
	Separado ou Divorciado	9	47,56
	Viúvo	11	34,50
	Total	94	100,00

Quadro 8: Teste H de Kruskal-Wallis para a média das ordenações de “empowerment” por estado civil	
	Empowerment
Qui-quadrado	6,192
dF	3
Significância	0,103

Os indivíduos com menor “empowerment” são os que não têm escolaridade e os que têm apenas o 1º ciclo. Por outro lado, os que pontuaram mais elevado possuem o ensino secundário e ensino superior (Quadro 9).

De facto, o Quadro 10 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis - teste não paramétrico utilizado como alternativa ao teste ANOVA - que revela haver diferença estatisticamente significativa (significância < 0,05) entre o empowerment e a escolaridade, com tendência para aumentar com a escolaridade.

Quadro 9: Média das ordenações de “empowerment” por escolaridade			
	Escolaridade	N	Média das ordenações
Empowerment	Sem escolaridade	14	41,14
	1º Ciclo	38	42,17
	2º e 3º Ciclo	20	45,73
	Ensino secundário	13	67,58
	Ensino superior	9	54,83
	Total	94	100,00

Quadro 10: Teste H de Kruskal-Wallis para a média das ordenações de “empowerment” por escolaridade	
	Empowerment
Qui-quadrado	11,296
dF	4
Significância	0,023

Os escalões de rendimento bruto anual não estão relacionados com o “empowerment”, como se pode analisar pelos Quadros 11 e 12.

Quadro 11: Média das ordenações de “empowerment” por escalões de rendimento			
	Rendimento bruto anual	N	Média das ordenações
Empowerment	até 10.000 €	24	48,23
	10.001 a 20.000 €	44	43,70
	20.001 a 37.500 €	17	48,24
	37.501 a 70.000 €	9	62,72
	Total	94	100,00

Quadro 12: Teste H de Kruskal-Wallis para a média das ordenações de “empowerment” por escalões de rendimento	
	Empowerment
Qui-quadrado	4,166
dF	3
Significância	0,244

Após estudar a relação do “empowerment” com as diversas características da população em estudo realizei o estudo da relação entre o “empowerment” e os factores que usualmente são determinantes de saúde.

Assim sendo, estudei as seguintes variáveis: estilo de vida, meio ambiente, sociedade como suporte, relação do doente com o médico e as instituições de saúde.

No Quadro 13 constata-se que a percepção média nestas 4 variáveis está próxima da cotação máxima atribuída. De salientar, igualmente, os valores muito altos da mediana (valor acima da qual se situa metade dos respondentes). Este dado significa que há pouca variabilidade entre os sujeitos.

Quadro 13: Estatísticas das variáveis estilos de vida, ambiente, sociedade e relação com o médico e instituições de saúde					
	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
Estilos de Vida	3,47	4,00	0,599	1,00	4,00
Ambiente	2,03	2,00	0,768	0,00	3,00
Sociedade	2,08	2,00	0,798	0,00	3,00
Rel. c/ o médico e instituições de saúde	8,30	8,00	1,344	4,00	10,00

Os resultados são apresentados no Quadro 14 e, na verdade, as únicas evidências de relação destes factores com o “empowerment” recaem sobre a variável sociedade. A significância da correlação (significância = 0,009) entre estas duas variáveis evidencia que,

em média, quando o apoio da sociedade aumenta também aumenta o “empowerment”. Contudo, calculando o coeficiente de determinação ($r^2= 0,266^2$) podemos afirmar que a variável apoio da *sociedade*, apenas justifica 7,07% das mudanças do “empowerment”, o que traduz uma correlação muito moderada, embora estatisticamente significativa.

Quadro 14: Significância de rho de Spearman na relação do empowerment com: estilos de vida; ambiente; sociedade; relação com o médico e instituições de saúde					
		Estilos de Vida	Ambiente	Sociedade	Rel. c/ médico e as inst. de saúde
Empowerment	Coef. de correlação	0,170	-0,086	0,266	-0,005
	Sig.	0,101	0,411	0,009	0,963
	N	94	94	94	94

A Tabela 3 mostra que mais de metade dos sujeitos desta amostra não têm conhecimento da existência de associações específicas de doentes. Na Tabela 4 fica demonstrado que nenhum dos doentes que conhece as associações de apoio à doença participa nas mesmas.

Tabela 3: Conhecimento da existência de associações de apoio aos doentes		
	N	%
Sim	46	48,9
Não	48	51,1
Total	94	100,00

Tabela 4: Participação em associações de apoio aos doentes		
	N	%
Sim	0	0,0
Não	46	100,00
Total	46	100,00

Outra questão colocada foi perceber se a percepção da gravidade da doença estava relacionada com o “empowerment”. Com a resposta à pergunta: “*Considera que a sua doença é...*” formaram-se três grupos, como se pode ser pelo Quadro 15. A maioria (50,69%) considera a sua doença pouco grave.

No Quadro 16, apresento o teste de Kruskal-Wallis e pela sua significância, constata-se que não há diferença estatisticamente significativa no “empowerment” entre estes três grupo.

Quadro 15: Média das ordenações de “empowerment” por gravidade da doença			
	Gravidade da doença	N	Média das ordenações
Empowerment	Muito grave	10	34,55
	Grave	54	47,32
	Pouco Grave	29	50,69
	Total	94	100,00

Quadro 16: Teste H de Kruskal-Wallis para a média das ordenações de “empowerment” por gravidade da doença	
	Empowerment
Qui-quadrado	3,029
dF	2
Significância	0,220

A percepção do doente sobre o acesso à informação sobre a sua doença também foi estudado. Através do Quadro 17 percebe-se que a maioria dos respondentes considera que tem acesso facilitado à informação. Através do teste de Mann-Whitney (Quadro 18) constata-se que esta variável também não discrimina o “empowerment” como se pode constatar pelo nível de significância (>0,05).

Quadro 17: Média das ordenações de “empowerment” por facilidade de acesso à informação sobre a doença

	Facilidade no acesso à informação	N	Média das ordenações
Empowerment	Sim	76	49,22
	Não	18	40,22
	Total	94	100,00

Quadro 18: Teste U de Mann-Whitney para a média de ordenações de “empowerment” por facilidade de acesso à informação sobre a doença

	Empowerment
U de Mann-Whitney	553,00
Z	-1,339
Significância	0,181

Ainda relativo ao acesso à informação e, em particular, em relação à fonte que fornece a informação, Tabela 5, verifiquei que quase 80% dos respondentes afirmam ter como principal fonte de informação o médico e que a totalidade dos respondentes respondeu que essa é a fonte de informação que gostariam de ter.

Tabela 5: Fonte de informação

	Principal fonte de informação		Aquele que gostaria que fosse a fonte de informação	
	N	%	N	%
Médico	75	79,8	94	100,0
Familiars/Amigos	4	4,3	0	0,0
Revistas/Jornais	2	2,1	0	0,0
Televisão/Rádio	7	7,4	0	0,0
Internet	6	6,4	0	0,0
Total	94	100,0	94	100,0

Discussão

Este estudo procurou perceber até que ponto a população de doentes crónicos se encontra “empowered”. Para isso elaborei uma escala que permitia escalonar diferentes níveis de “empowerment”. O facto de verificar que mais de metade dos respondentes tem um nível um score superior a quatro (score máximo possível é de cinco) pode ser interpretado de duas formas: ou, os esforços efectuados, nos últimos anos, no sentido de envolver o doente na sua saúde levaram a que os doentes crónicos tenham elevados níveis de “empowerment”, ou a escala utilizada para atribuir um nível de “empowerment” apresenta questões que são demasiado simples e que por isso não permitem definir adequadamente diferentes profundidades de “empowerment”.

Seria importante realizar novos estudos nesta área, de forma a que fosse possível elaborar escalas de diferentes graus de complexidade, isto é, procurar perceber se os parâmetros fundamentais do “empowerment” (responsabilidade, percepção da doença, influência na terapêutica, vivência controlada da doença e procura de informação) estão presentes sem os perguntar de forma directa. Por outro lado, procurar que cada pergunta questione acções concretas de forma a que o doente tenha menor possibilidade de subjectivar as diferentes questões.

A meu ver, só depois de outros estudos realizados é que será prudente afirmar com clareza que a maioria da população de doentes crónicos se encontra “empowered”. No entanto, este estudo serve como ponto de partida e aponta favoravelmente para uma população “empowered”.

Relativamente ao segundo objectivo deste estudo (relacionar o “empowerment” com diversos factores) tem de se ter em atenção o facto de a escala inicial ser pouco diferenciadora, o que tornou difícil a correlação do “empowerment”, quer com um tipo

particular de população quer com os diversos factores testados (estilos de vida, ambiente, apoio da sociedade, relação com o médico e com as instituições de saúde, gravidade da doença e acesso à informação). É também importante ter em conta que as questões colocadas para a avaliação destes factores procuraram perceber aquilo que o doente considera ser a sua situação e não aquilo que é considerado ser a realidade de cada indivíduo (por exemplo, perguntou-se se o doente considera considerava ter uma alimentação saudável mas não se perguntou o que é ou quais as quantidades de comida que o doente ingeria).

Apesar destas dificuldades revelou-se que os indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado e aqueles em que o sentimento de apoio da sociedade é maior têm um nível superior de “empowerment”. Isto reforça a ideia que para que os doentes adquiram este processo é necessário uma abordagem multidisciplinar que passa pelo investimento por um lado na cultura do País e por outro lado nas associações de apoio aos doentes. O facto de a grande maioria desconhecer e mesmo conhecendo não participar nestas associações serve apenas para comprovar que é essencial criar uma ponte entre ambos. Do meu ponto de vista este é um campo onde o médico pode agir dando a conhecer e informando sobre o trabalho destas associações.

Ao contrário do que eu esperava, nenhum dos outros factores revelou estar correlacionado com o “empowerment”. Eu atribuo este resultado ao facto de muitas vezes as pessoas, inocentemente, e como forma de se desculpar a si próprias considerarem que apresentam situações muito melhores do que aquelas que se verificam na realidade. Assim sendo, depois de resolvido o problema das escalas de “empowerment”, para o qual apresentei algumas propostas, seria importante voltar a comparar o “empowerment” com estes factores. Contudo, a recolha destes factores deve procurar ser o mais aproximada com a realidade para evitar a percepção subjectiva dos doentes.

Finalmente considero que é de extra importância ter em conta o facto de todos os respondentes considerarem que a fonte de informação que gostariam de ter é o médico. Isto demonstra, de forma clara, que nenhum dos métodos substitui a informação do médico e que todos os outros meios devem ser encarados como complementares.

Conclusão

Este trabalho elaborou uma escala inicial para avaliação do nível de “empowerment”. Esta escala deve ser explorada, trabalhada e melhorada, para que seja possível o médico dispor de uma ferramenta que permita, de forma concreta, avaliar o “empowerment” de um doente. Isso deve servir para que, dentro daquilo que está ao seu alcance o médico possa promover este processo no doente. Deste modo a determinação dos factores influentes no processo que devem continuar a ser estudados.

Agradecimentos

Não poderia deixar de expressar a minha gratidão para com o meu orientador, o Professor Doutorando Hernâni Caniço pela disponibilidade e ajuda constante. Agradeço igualmente à Dra. Conceição Milheiro e ao Dr. Lineu Palmeira pelo empenho e colaboração na distribuição dos questionários.

Obrigado a todos os utentes que dispenderam o seu tempo para colaborar no questionário e que dessa forma tornaram possível a elaboração desta tese.

Bibliografia

- 1 - Segen's Medical Dictionary. © 2012 Farlex, Inc.
- 2 - European Network On Patient Empowerment. Patient Empowerment - Living with Chronic Disease [document on the Internet]. [updated 2013 December 10; cited 2014 April 2]. Available from: <http://enope.eu/resources.aspx>
- 3 - MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in people with long term health problems: a community based survey. BMC Family Practise 2011.
- 4 - European Network On Patient Empowerment. Patient Empowerment - The Policy Challenge [document on the Internet]. [updated 2013 December 10; cited 2014 April 2]. Available from: <http://enope.eu/resources.aspx>
- 5 - Couter A, Jenkinson C, Graham C, Skew A, Hewitson P. People with limiting long-term conditions report poorer experiences and more problems with hospital care. BMC Health Services Research 2014.
- 6 - Greaves JC, Campbell JL. Supporting self-care in general practice. British Journal of General Practice. 2007. October; 57(543): 814-821.
- 7 - European Network On Patient Empowerment. Patient Empowerment - Responding to the NCD Challenge [document on the Internet]. [updated 2013 December 10; cited 2014 April 2]. Available from: <http://enope.eu/resources.aspx>
- 8 - European Network On Patient Empowerment. Patient Empowerment - The Policy Challenge [document on the Internet]. [updated 2013 December 10; cited 2014 April 2]. Available from: <http://enope.eu/resources.aspx>
- 9 - Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs. 2001. Nov-Dec; 20(6): 64-78.