



## AUTOCUIDADO: UMA ABORDAGEM COM FUTURO NOS CONTEXTOS DE SAÚDE

Teresa Martins<sup>1</sup>, Alice Brito<sup>2</sup>

1 PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Portugal

2 PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP, Portugal

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o termo autocuidado passou a fazer parte da linguagem comum dos cidadãos, tendo sido as redes sociais e o marketing os grandes responsáveis pela sua divulgação.

É frequente encontrarmos a expressão “autocuidado” associado a produtos, que vão desde programas de fitness, alimentos e nutrientes, livros e revistas, cosmética, bem como serviços que promovem a saúde e o bem-estar físico, emocional, social ou espiritual.

Ao tentar encontrar a origem da palavra “autocuidado” perdemo-nos no tempo, sendo difícil atribuir a sua origem a um autor específico. Há quem atribua a Sócrates, considerado o pai de Medicina, mas também muitos tendem a conceder a Florence Nightingale a sua origem, associada à ideia de cuidar de si próprio. Parece haver consenso que o conceito surgiu no âmbito da saúde (Mills, Wand, & Fraser, 2018). De facto, desde o início da humanidade que o paradigma dominante da saúde estava centrado no cuidado individual, da família e da comunidade próxima. Até meados do século XIX, as pessoas tinham pouco suporte institucional para resolverem os problemas de saúde. Na presença de doenças e maleitas recorriam a preparações produzidas à base de plantas, de eficácia geralmente incerta, cujo conhecimento passava de geração em geração, havendo quase sempre na comunidade local alguém com um maior domínio nesta área que se assumia como curandeiro. Nesse tempo, as pessoas eram responsáveis pela sua saúde e pela saúde das suas famílias, pois a autossuficiência era obrigatória e quase universal.

Durante o século XIX e início do século XX registaram-se grandes descobertas científicas, com avanços tecnológicos em diagnósticos, cirurgias, medicamentos e vacinas, bem como o desenvolvimento de novas profissões da saúde. Estes acontecimentos foram responsáveis pela mudança de paradigma, em matéria de saúde. As pessoas desenvolveram uma grande confiança nos médicos e nos tratamentos. Este paradigma levou a que a maioria das pessoas passasse a ter um papel passivo, cumprindo as indicações médicas em quem confiavam totalmente. Neste período temporal o autocuidado passa a ser pouco valorizado, sendo frequentemente encarado como uma prática desnecessária. Na década de 1960, no Ocidente, a automedicação e o autocuidado eram considerados práticas pouco recomendadas ou até prejudiciais à saúde. Essa abordagem paternalista da saúde, apoiada por sistemas projetados em tratar doenças (em vez de as prevenir), continua atualmente em uso em muitos países.

O ressurgimento do autocuidado ocorre associado ao movimento da saúde positiva. Este movimento, nasce após a Segunda Grande Guerra, desviando o foco de atenção da doença para a saúde, sendo acompanhado pelo aparecimento de um conjunto de novos conceitos (salutogénese, resiliência, hardiness, entre outros). Em vez do estudo dos processos patológicos passou a ser colocada a tónica na compreensão dos processos em que pessoas submetidas a grandes pressões e a situação desfavoráveis permanecerem fortes e saudáveis. Antonovsky introduziu o conceito de salutogénese para designar as forças que geram saúde e se opõem à patogénese, ou seja, às influências que causam a doença. Segundo Antonovsky, o foco de atenção devia ser desviado do estímulo e fatores que causam a doença, para promover uma perspetiva mais positiva. Antonovsky designou de “senso de coerência” o elemento promotor da salutogénese (Nunes, 2000). Segundo ele, senso de coerência significava uma orientação, um sentimento dinâmico de autoconfiança, gerado no meio interno e externo, que forma um ambiente saudável e de alta probabilidade de êxito na vida (Coutinho & Heimer, 2014).



Fixando-nos numa perspetiva histórica mais recente, constatamos que tal como em outras áreas da vida social, a atitude das pessoas com a sua saúde tem vindo a mudar. Há uma tendência crescente dos cidadãos tomarem parte dos processos de decisão sob medidas preventivas e de tratamentos. Esta participação requer apropriação de informação relevante e capacidade para decidir com confiança e autonomia em matéria de saúde.

Levin e Idler estimaram que 82,7% das situações que envolvem “desconfortos”, pequenas lesões traumáticas e alguns sintomas esporádicos são, geralmente, resolvidas sem recorrer a profissionais. Por norma, só quando um sintoma se torna persistente ou evolui na sua gravidade é que as pessoas recorrem a serviços de saúde (Levin & Idler, 1983). Pelo que é necessário capacidades e aptidões que permitam às pessoas agir com segurança. De facto, há um conjunto alargado de medidas de autocuidado básicas e de baixa complexidade, mas com grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas. Se a pessoa compreender o alcance destas atitudes e comportamentos poderá ter um contributo efetivo e controlo sobre os seus processos de saúde/doença, ficando apenas as situações mais diferenciadas e complexas a necessitar da ajuda e intervenção dos profissionais de saúde.

A teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (Department of Health, 2005), ilustra a existência de um campo que varia de 100% de medidas de autocuidado (por exemplo, escovar regularmente os dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento cirúrgico). As situações com intervenção dos profissionais são, quase sempre, mais complexas e diferenciadas. Entre esses dois extremos tende a haver uma variedade de situações que poderão requerer o apoio e o cuidado profissional (Figura 1). Segundo esta perspetiva 70% a 80% da população situam-se no primeiro nível de complexidade, apresentando uma condição simples de saúde/doença, 20% a 30% estão no nível intermédio apresentando uma condição complexa e, finalmente, 1% a 5% estão no nível três e são pessoas que apresentam condição de saúde altamente complexa (Figura 1).



Figura 1. Teoria do espectro do autocuidado e pirâmide da relação entre autocuidado e cuidado profissional (Fonte: Department of Health, 2005)

Paralelamente, do ponto de vista dos serviços de saúde, regista-se uma crescente tendência de implicar e responsabilizar o cidadão na promoção e na gestão da sua saúde. As políticas defendidas por muitos sistemas de saúde incentivam e implicam os cidadãos nos processos de promoção da saúde, através do desenvolvimento de competências intrapessoais e de disponibilização de informação para que adotem estilos de vida e comportamentos saudáveis (através de medidas simples como uma alimentação equilibrada, prática de exercício físico e evitar a exposição a riscos desnecessários). Nas pessoas que apresentam situações clínicas sugestivas de processos de doença é, também, incentivado um papel ativo e participativo na gestão da doença. A participação, a autonomia e a responsabilidade são aspetos defendidos pelos serviços de saúde que se associam a ganhos no potencial coletivo de saúde de uma comunidade. Porém, estas medidas de autocuidado podem também levar à culpa e sobrecarregar aqueles que não têm habilidades e motivação para se envolverem, pelo que as medidas de saúde precisam ser negociadas entre o cidadão e os profissionais de saúde.



O autocuidado é um conceito usado em vários contextos, pelo que é fundamental promover a sua compreensão e dar-lhe uma apropriação profissional construída com compromisso e sustentabilidade (Miller & Grise-Owens, 2020).

## AUTOCUIDADO CONCEITO

O autocuidado tem sido abordado em várias perspetivas, desde um movimento, um conceito, uma estrutura, um modelo, uma teoria, um processo ou um fenómeno (Wilkinson & Whitehead, 2009), daí a existência de muitas definições. A ilustrar esta afirmação citamos Riegel e colaboradores que referem terem sido identificadas 139 diferentes definições de autocuidado (Riegel et al., 2021). Um marco importante foi alcançado em 1981 com a adição deste termo nos *Medical Subject Heading* da *National Library of Medicine* (Riegel et al., 2021).

Orem, é sem dúvida uma referência importante para o desenvolvimento deste conceito, tendo definido o autocuidado como uma prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 1991). A sua teoria, dá particular destaque quando uma pessoa por si só não tem capacidade de promover as atividades necessárias de autocuidado e requer a ajuda de outra pessoa. É neste pressuposto que justifica o papel social da enfermagem. Na sua abordagem, as atividades de autocuidado conduzidas pelos enfermeiros são centradas nos desvios de saúde. No entanto, a visão do autocuidado focada na substituição da pessoa com compromisso nas atividades de autocuidado é desvalorizada por alguns autores, em que defendem e reforçam uma perspetiva de saúde e de comportamentos positivos (Høy, Wagner, & Hall, 2007; Leenerts, Teel, & Pendleton, 2002).

O autocuidado representa o conjunto de ações que o indivíduo tem com a sua saúde e bem-estar, mas também aos seus filhos e familiares para ficarem em forma e manter uma boa saúde física e mental; atender às necessidades sociais e psicológicas; prevenir doenças ou acidentes; cuidar de doenças menores e condições de longo prazo; e manter a saúde e o bem-estar após uma doença aguda ou alta hospitalar (Department of Health, 2005).

A Federação Internacional Farmacêutica, sugeriu que o conceito de autocuidado contemplasse a gestão medicamentosa na especificação das atividades de autocuidado (Martins & Rocha, 2016), passando o autocuidado a ser entendido como as ações desenvolvidas pelos indivíduos com o objetivo de estabelecer e manter a sua própria saúde e prevenir e lidar com a doença, envolvendo atividades de higiene (geral e pessoal), nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), estilos de vida (atividades desportivas, de lazer, etc.), fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.), fatores socioeconómicos (rendimentos, crenças, etc.) e automedicação (World Health Organization, 1998).

Em 2009, a OMS atualizou o conceito de autocuidado, passando explicitamente a integrar a possibilidade de ajuda de profissionais na concretização dessas atividades e referindo-se à capacidade das pessoas, famílias e comunidade de promover a saúde, prevenir doenças, manter a sua saúde e lidar com as suas incapacidades/limitações, com ou sem o apoio dos serviços de saúde (World Health Organization, 2009).

Enquanto um *Medical Subject Heading term* o autocuidado é definido por “caring for self when ill or positive actions and adopting behaviors to prevent illness”.

Centrando o seu estudo nas pessoas com doença crónica, as quais também devem desenvolver ações de autocuidado, Riegel e colaboradoras definem o autocuidado como sendo as atividades realizadas com o intuito de melhorar ou restaurar a saúde e o bem-estar, bem como tratar ou prevenir doenças (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012). As autoras afirmam que o autocuidado não tem o mesmo significado para todos (algumas atividades que podem ser definidas como autocuidado criterioso para uma pessoa podem ser inadequadas para outra) nem é consistente ao longo do ciclo vital, podendo contemplar o envolvimento no cuidar de doenças menores, nas condições de longo prazo e reabilitação. Os conceitos-chave nesta teoria de médio alcance são a manutenção, a monitorização e a gestão do autocuidado (Riegel et al., 2012). Assim, o autocuidado traduz-se por decisões e ações que a maioria de nós toma (podendo neste processo contar com a ajuda de familiares e ou profissionais de saúde) sobre exercício físico, alimentação saudável, higiene, automedicação e como evitar riscos à saúde (Strömberg, Jaarsma, & Riegel, 2012). As autoras propõem um modelo baseado numa relação de tomada de



decisão e reflexão sobre o autocuidado, afirmando que poderemos ter um autocuidado suficiente ou insuficiente, racional e reflexivo ou automático e não racional. É na dinâmica destas combinações que poderemos ter a situação ideal de ter uma atitude reflexiva e um autocuidado suficiente (Figura 2).



Figura 2. Relação da tomada de decisão e reflexão sobre o autocuidado, segundo Riegel

Segundo Rockwell e Riegel (2001), os comportamentos gerais e terapêuticos de autocuidado são influenciados por variáveis predisponentes como o autoconceito, motivações e percepções de saúde. Também as características da pessoa (escolaridade, idade, nível socioeconómico e sexo), o seu estado psicológico, as características do regime terapêutico, os recursos, a capacidade de agir, o suporte social e as características do sistema podem funcionar como variáveis facilitadoras.

Em síntese, das diferentes abordagens do autocuidado, salienta-se algumas comunicações, na medida que é específico da situação e da cultura, envolve a capacidade de agir e fazer escolhas, é influenciado por conhecimentos, habilidades, valores, motivação, locus de controlo e eficácia, e foca-se em aspetos da assistência à saúde sob controlo individual (Wilkinson & Whitehead, 2009).

## TEORIAS DO AUTOCUIDADO

A Teoria de Enfermagem do Défice Autocuidado desenvolvida por Orem é uma teoria geral, que engloba três teorias: a Teoria do Autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a Teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem (Orem, 1991).

A Teoria do Autocuidado fundamenta-se em cinco conceitos centrais relacionados: a ação do autocuidado; a capacidade de autocuidado; a necessidade de autocuidado; o défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem. Os quatro primeiros conceitos estão orientados para as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, enquanto que a intervenção de enfermagem, está orientada para o enfermeiro. A autora (Orem, 1991) apresenta ainda um outro conceito, denominado requisito de autocuidado, e um periférico, que são os fatores condicionantes básicos.

Assim, segundo Orem (1991) a ação do autocuidado representa as atividades desempenhadas pelos indivíduos, de forma deliberada, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Sendo, por isso, um fenómeno ativo, voluntário e intencional que envolve a tomada de decisão. O desenvolvimento das práticas do autocuidado é um processo pelo qual as atividades são aprendidas, sendo determinadas pelas crenças, hábitos, costumes e práticas culturais do grupo, ao qual pertence o indivíduo que as executa. A capacidade de autocuidado refere-se à capacidade de desempenho adquirida e utilizada pelo indivíduo para efetuar as atividades de autocuidado. A necessidade de autocuidado constitui a soma de ações necessárias, em momentos específicos, ou durante um período de tempo, de modo a satisfazer os requisitos de autocuidado. Esta inicia-se ao determinar o comprometimento dos requisitos necessários para o cuidado. O défice de autocuidado existe quando a capacidade de ação do indivíduo não é suficiente para dar resposta às suas necessidades (Orem, 1991). Os défices de autocuidado identificam-se como totais ou parciais; o primeiro implica



a ausência de capacidade para satisfazer as necessidades e o segundo, refere-se à incapacidade de satisfazer alguma, ou algumas necessidades (Orem, 1991).

O último conceito central é o de intervenção de enfermagem, que refere a atenção de um enfermeiro como a ajuda para dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa (Orem, 1991). As intervenções podem ser, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem: totalmente compensatórias (compensar a incapacidade, apoiar e proteger); parcialmente compensatórias (substituir o cliente em algumas atividades); ou de apoio e educação (ajudar na tomada de decisão, fomentar a aprendizagem, fornecer informação), tendo por objetivo satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvios da saúde (Orem, 2001).

Um conceito adicional apresentado por Orem é o requisito de autocuidado, definido como ação voltada para a provisão do cuidado, isto é, as condições básicas requeridas para se atingirem os objetivos pretendidos. Os requisitos de autocuidado apresentam três categorias: 1) universais; 2) de desenvolvimento; 3) de desvios da saúde. Os requisitos universais representam as ações humanas que se produzem a partir das condições internas e externas do indivíduo, que mantêm a estrutura e funcionamento humano, sendo comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital e atendem a aspetos de idade, sexo, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros. Os requisitos de desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano, assim como às condições e eventos que ocorrem durante diversas etapas do ciclo vital; eventos que podem afetar o desenvolvimento, tais como: infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de mudança no percurso da vida (Orem, 1991). E, por último, os requisitos de desvio da saúde estão associados às alterações na constituição corporal, à genética, aos desvios estruturais e funcionais, com seus efeitos e às medidas de diagnóstico e terapêutica médica (Orem, 1991).

Os fatores condicionantes básicos, internos e externos ao indivíduo, são aqueles que afetam a sua capacidade, o tipo e a quantidade de cuidado requerido. Basicamente são as características pessoais, como: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, padrão de vida e a disponibilidade de recursos (Orem, 1991).

Apesar do contributo desta teoria para as ciências de enfermagem, o sentido dado por Orem ao autocuidado desvia-se substancialmente da apropriação do cidadão comum, pelo que importa analisar a sua origem e evolução dentro e fora da profissão.

Leenerts e colegas referem que a percepção da saúde pode moldar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento, de forma ainda mais significativa do que em fases anteriores, daí que a saúde na velhice pode ser melhorada por estratégias de autocuidado (Leenerts et al., 2002). Assim, as autoras, tendo por referência que, em geral, as capacidades de autocuidado tendem a diminuir a partir dos 75 anos, recomendam que a educação para o autocuidado deva ser uma prática em todas as idades, com a incorporação de percepções e crenças sobre si mesmo e sobre a sua saúde, bem como abordando a capacidade funcional e os problemas médicos reais (Leenerts et al., 2002). O foco é ajudar as pessoas a identificar o que pode ser mudado e aceitar ou admitir o que não pode ser alterado.

Dado que a consciência e a transcendência têm sido associadas às capacidades e ações de autocuidado, Leenerts e colaboradores defendem que a utilização destes achados pode direcionar o autocuidado numa aproximação mais holística e a ser aplicadas estratégias educacionais que ajudem os idosos a aceitar os desafios inerentes ao envelhecimento e a utilizar práticas de autocuidado que promovam uma melhor adaptação às transições decorrentes desta fase de vida. Esta atitude é favorável a um modelo centrado na pessoa (Narasimhan, Allotey, & Hardon, 2019).

Assim, as autoras propõem um modelo de Autocuidado para Promoção da Saúde no Idoso constituído por cinco dimensões: ambiente interno e externo, capacidade de autocuidado, educação, atividade de autocuidado e resultados.

O ambiente interno e externo inclui sete elementos: autoconceito, objetivos, motivação, imagens de saúde, condição física, condição emocional e contexto cultural.

A segunda dimensão do modelo, a capacidade de autocuidado, consiste em cinco condições que promovem a prontidão



para o autocuidado. A capacidade de autocuidado inclui: consciência, independência, resolução de problemas, relacionamento e reconciliação.

A terceira dimensão do modelo é a educação. Parcerias entre profissionais de saúde e as pessoas para abordar a educação sobre comportamentos de autocuidado podem moderar parte dos comportamentos de saúde no envelhecimento.

As autoras reforçam a ideia que o envelhecimento é uma fase normal de desenvolvimento e um meio de promover a saúde e bem-estar. Os profissionais de saúde podem fornecer apoio e orientação para ajudar as pessoas a obter mais controlo, através de parceria e um plano de educação.

Oito estratégias estão incluídas na dimensão da educação: explorar o autoconceito, identificar imagens de saúde, apoiar a independência e a interdependência, identificar os comportamentos atuais de autocuidado, identificar opções de autocuidado, ensinar habilidades de autocuidado, explorar o significado no envelhecimento e modelar respeito e carinho. A atividade de autocuidado, a quarta dimensão do modelo, inclui atividades que estão sob o controlo consciente da pessoa e são comportamentos aprendidos para promover a saúde. A atividade de autocuidado desenvolve-se a partir de um ambiente interno que valoriza o próprio e as relações que promovem a saúde e abordam o ambiente interno e externo da pessoa. As atividades de autocuidado são habilidades utilizadas no cuidado de si próprio, incluindo: comunicação, estilo de vida saudável, construção de significado e socialização. Os resultados são a última dimensão do modelo. Quatro conceitos são identificados como resultados do autocuidado para a promoção da saúde: conectividade, transcendência, uso de recursos e bem-estar. A medição dos resultados é uma parte importante do desenvolvimento e entrega do plano de educação para o autocuidado e os critérios de medição devem ser identificados quando o plano de educação é elaborado. Ao manter um modelo de autocuidado em parceria, o provedor de serviços de saúde e o cliente decidem como responder às principais questões de resultados (Figura 3).



Figura 3. Dimensões do Modelo de promoção do autocuidado no envelhecimento de Leenerts et al. 2002

Backman e Hentinen deram um contributo teórico ao descrever quatro perfis de autocuidado (Backman & Hentinen, 1999). O perfil responsável é tradutor de um agente ativo sobre a sua saúde, desfrutando de atividades sociais, tendo relacionamentos positivos com a família e amigos, confiando no futuro, bem como aceitando apoio de outras pessoas quando necessário. O perfil formalmente guiado geralmente indica uma história de vida caracterizada pela dependência de outras pessoas. As pessoas apresentam uma postura acrítica; portanto, tudo o que os profissionais de saúde lhes dizem para fazer é cumprido escrupulosamente, diminuindo riscos, mas traduzindo défices ao nível da tomada de decisões e do pensamento crítico. O perfil independente tende a gerir o seu processo saúde-doença, tomando decisões baseadas principalmente nas suas perceções e crenças sobre saúde e, inclusive, contrariando as recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde. Eles tentam encontrar respostas para os seus problemas por si, baseando as suas respostas em experiências e crenças pessoais desenvolvidas ao longo da vida. Apresentam, também, atitudes de negação em relação ao envelhecimento, não verbalizando quaisquer sinais ou sintomas de doença. Por fim, o perfil de abandono é caracterizado por representações pessoais de impotência e de falta de responsabilidade. São pessoas que não se preocupam consigo, apresentando incapacidade para gerir as suas atividades de vida diária. Também, apresentam atitude negativa em relação ao envelhecimento, caracterizada pela incapacidade, resultando em sentimentos de impotência e abandono, desejo de desistir e interiorização de sentimentos de perda do controlo da vida pessoal, resultado da perceção dos comprometimentos físicos e cognitivos.



## AUTOCUIDADO ENQUANTO RESPONSABILIDADE SOCIAL

O autocuidado representa um alicerce essencial para melhores práticas, permitindo um crescimento da profissão (Miller & Grise-Owens, 2020). Miller e Grise-Owens referem que as medidas de autocuidado devem ser implementadas desde o nível macro até ao nível pessoal. Assim, defendem que as instituições devam ter um compromisso de promoverem medidas de bem-estar aos seus funcionários (compromisso a nível organizacional). Também, os profissionais devem desenvolver práticas que sejam promotoras do autocuidado, devendo haver um compromisso no desenvolvimento de recursos que ajudem as pessoas a ter um papel importante nestas ações, que se aplicam ao nível físico, psicológico e social, ou dito de outra forma permitam uma visão holística da pessoa. Esta visão profissional do autocuidado deve ser aplicada em todas as ações profissionais. Outro aspeto importante, defendido pelos autores, reporta-se a uma prática integrante deste constructo na socialização inicial e prática contínua da profissão, ou seja, durante a formação dos profissionais os currículos abordam aspetos essenciais da profissão e o autocuidado deve ser um destes elementos agregadores (Miller & Grise-Owens, 2020). Nesta perspetiva, o autocuidado é uma obrigação moral nos códigos deontológicos, quer na orientação das práticas clínicas, quer como uma referência para uma conduta individual do próprio profissional (Linton & Koonmen, 2020). O código da Associação de Enfermagem Americana, tal como de muitas outras organizações, tem explícito que os enfermeiros têm a obrigação de adotar medidas de autocuidado nas suas funções quando prestam cuidados aos doentes (Linton & Koonmen, 2020).

A teoria do cuidar de Watson reforça esta ideia ao defender que o enfermeiro antes de ser atencioso, amoroso e compassivo por outra pessoa, deve praticar a bondade, a compaixão e a equanimidade para consigo mesmo e manter a prática diária de medidas de autocuidado dirigidas a si próprio (Linton & Koonmen, 2020). Segundo Watson o autocuidado é uma parte essencial do trabalho da enfermagem, devendo o profissional prestar atenção na sua consciência, intencionalidade e atenção plena em cada momento (Linton & Koonmen, 2020).

Para além da OMS que tem desenvolvido um importante trabalho na divulgação das estratégias e políticas relacionadas com o autocuidado, também outras instituições nos merecem destaque. O *International Center for Self Care Research* é um centro de investigação internacional na área do autocuidado, com a missão de divulgar e priorizar o autocuidado como a primeira linha de abordagem nos cuidados de saúde. A missão do centro é liderar o esforço de pesquisa na área do autocuidado, melhorando a clareza conceitual e promovendo o trabalho interdisciplinar por uma visão compartilhada. O *International Self Care Foundation* é uma organização que promove estilos de vida saudáveis, através do apoio educacional e informações sobre autocuidado e estilos de vida saudáveis.

## AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES E COMPROMISSO NO AUTOCUIDADO

Avaliar o compromisso e/ou as capacidades da pessoa para promover com eficácia as ações de autocuidado são atividades diagnósticas que os enfermeiros devem pôr em ação sempre que, se deparam com um novo cliente ou na necessidade de monitorizar a evolução. Para tal existem um conjunto de medidas a que os profissionais de saúde podem recorrer. A escolha dessas medidas deve ter em conta a especificidade e o objetivo da avaliação. Medidas mais gerais concedem uma visão mais alargada, medidas mais específicas permitem avaliar com mais pormenor uma condição. Medidas contextuais têm por referência um determinado contexto, como, por exemplo, pessoas institucionalizadas ou a viverem no domicílio.

É importante o enfermeiro ter a noção que a aplicação de um teste não resulta num diagnóstico. O teste é e será sempre um auxiliar de um juízo que só ao profissional compete. Para além desta ideia, uma outra é que testes com fracas características métricas resultam em dados pouco válidos. Em outras palavras, compete ao enfermeiro documentar-se acerca das propriedades métricas dos instrumentos e assegurar-se que em populações semelhantes aquela medida produziu resultados sensíveis.

Nas pessoas mais velhas, ou em pessoas que sofreram um evento gerador de dependência avaliar os compromissos na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária permite apurar quais as atividades de autocuidado que podem estar comprometidas. O Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (Parente et al., 2021) é um instrumento que permite identificar os autocuidados em que a pessoa requer assistência e ainda reconhecer as limitações nas atividades que concretizam essas ações. O instrumento teve por referência a teoria de Orem e a CIPE®.



Um outro instrumento frequentemente aplicado para avaliar as capacidades de autocuidado é a versão portuguesa do *Appraisal Self-Care Agency Scale* (Da Silva & Domingues, 2017). Este instrumento tem por base a teoria de Autocuidado de Orem. A escala foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores americanos e holandeses, na década de 80, e tem sido traduzida em várias línguas e existindo uma versão revista (Damásio & Koller, 2013).

A versão portuguesa do *Self-Care of Home Dwelling Elderly* tem também uma versão na língua portuguesa (Sequeira, 2011). Esta medida foi desenvolvida por Backman e Hentinen (1999). A medida permite descrever os quatro perfis de autocuidado: responsável, formalmente orientado, independente e abandonado.

São conhecidas algumas versões de instrumentos específicos, com base na Teoria de Médio Alcance do Autocuidado na Doença Crónica que passaremos a enumerar (Riegel et al., 2012). O *Self-Care Self-Efficacy Scale* é uma escala que avalia a confiança, um dos aspetos com grande impacto nas ações de autocuidado (Yu et al., 2021). O *Self-Care of Heart Failure Index* é uma medida de avaliação de autocuidado para pessoas que sofreram um enfarte do miocárdio (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016). O *Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory* é outra medida específica de autocuidado para pessoas com patologia cardíaca (Vaughan Dickson et al., 2017). O *Self-Care of Hypertension Inventory* é um instrumento específico para avaliar a manutenção, monitorização e gestão apropriada para pessoas com hipertensão crónica (Dickson, Lee, Yehle, Abel, & Riegel, 2017). O *Self-Care of Diabetes Inventory* foi desenvolvido para pessoas com diabetes, tendo também por base a teoria de Riegel (Ausili et al., 2017). O *Self-Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Inventory* e o *Self-Care Self-Efficacy Scale* (Matarese et al., 2020) são instrumentos específicos para a doença pulmonar crónica obstrutiva. O *Self-Care of Chronic Illness Inventory* é uma medida geral para pessoas com doenças crónicas, permanentes ou recorrentes, que afetam significativamente o bem-estar e requerem uma gestão diária e consistente de cuidados de saúde (Riegel et al., 2018). Apenas dos dois últimos instrumentos não são conhecidas versões em Português, as restantes estão disponíveis no site <http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/>.

## SÍNTESE

O termo autocuidado faz parte da linguagem comum dos cidadãos. Não havendo consenso relativamente à sua origem, parece haver consenso que o conceito surgiu no âmbito da saúde. Enquanto conceito tem tido significações diferentes entre profissionais. Contudo, é reconhecido como um conjunto básico de medidas básicas e de baixa complexidade, mas com grande impacto na saúde e no bem-estar das pessoas.

O interesse pelo autocuidado tem variado ao longo dos tempos estando o seu ressurgimento associado ao movimento da saúde positiva, procuram-se hoje que os cidadãos tomem parte dos processos de decisão sob medidas preventivas e de tratamentos, dando assim um atributo de movimento social. Esta participação requer apropriação de informação relevante e capacidade para decidir com confiança e autonomia em matéria de saúde, aspetos essenciais para uma tomada de decisão livre e fundamentada.

Das diferentes abordagens do autocuidado, destacam-se os aspetos comuns, facto de este ser específico da situação e da cultura, envolver a capacidade de agir e fazer escolhas, ser influenciado por conhecimentos, habilidades, valores, motivação, locus de controlo e eficácia, e centrar-se no domínio da assistência à saúde de controlo individual.

As diferentes teorias sobre o autocuidado ajudam na abordagem dos clientes nessa perspetiva e no seu entendimento enquanto responsabilidade social.

Por fim, a avaliação da capacidade da pessoa para desenvolver com eficácia as ações de autocuidado são atividades de diagnóstico que os enfermeiros devem implementar para identificar as necessidades em cuidados nesse domínio, monitorizar e avaliar a evolução da condição. Para o efeito existem um conjunto de medidas a que os profissionais de saúde podem recorrer. Na escolha dessas medidas o enfermeiro deve ter em conta a especificidade e o objetivo da avaliação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausili, D., Barbaranelli, C., Rossi, E., Rebora, P., Fabrizi, D., Coghi, C., ... Riegel, B. (2017). Development and psychometric testing of a theory-based tool to measure self-care in diabetes patients: The Self-Care of Diabetes Inventory. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0218-y>
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572
- Coutinho, V. M., & Heimer, M. V. (2014). Senso de coerência e adolescência: Uma revisão integrativa de literatura. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(3), 819–827. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.20712012>
- Da Silva, J. V., & Domingues, E. A. R. (2017). Adaptação Cultural E Validação Da Escala Para Avaliar As Capacidades De Autocuidado. *Arquivos de Ciências Da Saúde*, 24(4), 30. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686>
- Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2071–2082. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165312>
- Department of Health. (2005). Self Care - A Real Choice. 12. Acedido a 20 julho 2021, através de [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/uk-gwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101702.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/uk-gwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf)
- Dickson, V. V., Lee, C., Yehle, K. S., Abel, W. M., & Riegel, B. (2017). Psychometric Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(5), 431–438. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000364>
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456–466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>
- Leenerts, M. H., Teel, C. S., & Pendleton, M. K. (2002). Building a model of self-care for health promotion in aging. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 355–361. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00355.x>
- Levin, L., & Idler, E. (1983). Self-Care in health. *Annual Review of Public Health* (4), 181–201
- Linton, M., & Koonmen, J. (2020). Self-care as an ethical obligation for nurses. *Nursing Ethics*, 27(8), 1694–1702. <https://doi.org/10.1177/0969733020940371>
- Martins, T., & Rocha, M. do C. (2016). Autocuidado: foco central para a prática de enfermagem. In T. Martins, M. de F. Araújo, M. J. Peixoto, & P. Puga Machado (Eds.), *A pessoa dependente e os familiares cuidadores* (pp. 13–28). Porto: Enfermagem.Porto
- Matarese, M., Clari, M., De Marinis, M. G., Barbaranelli, C., Ivzik, D., Piredda, M., & Riegel, B. (2020). The Self-Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Inventory: Development and Psychometric Evaluation. *Evaluation and the Health Professions*, 43(1), 50–62. <https://doi.org/10.1177/0163278719856660>
- Miller, J., & Grise-Owens, E. (2020). Self-Care: An Imperative. *Social Work (United States)*, 65(1), 5–9. <https://doi.org/10.1093/sw/swz049>
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1–12
- Narasimhan, M., Allotey, P., & Hardon, A. (2019). Self care interventions to advance health and wellbeing: A conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ (Online)*, 365, 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.l688>
- Nunes, L. S. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Atas do IV Congresso Português de Sociologia, 238, 1–14. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia (Edição em CD)
- Orem, D. (1991). *Nursing: concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby Inc.
- Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., & Silva, A. (2021). Care Dependency Evaluation Form : Psychometric properties of the revised version with 27 items. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (February 2021), 1–10. <https://doi.org/10.1111/scs.12966>
- Riegel, B., Barbaranelli, C., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., Miller, J. L., ... Jaarsma, T. (2018). Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2465–2476. <https://doi.org/10.1111/jan.13775>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care revised and updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
- Riegel, B., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Freedland, K. E., Lee, C. S., Middleton, S., ... Jaarsma, T. (2021). Self-care research: Where are we now? Where are we going? *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 30(1), 18–25. <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.112503>