



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**AUTOCUIDADO NA OBESIDADE EM PESSOAS COM E SEM COMPULSÃO
ALIMENTAR**

RAQUEL VIEIRA COSTA DE CARVALHO

Florianópolis, SC

2022

RAQUEL VIEIRA COSTA DE CARVALHO

**AUTOCUIDADO NA OBESIDADE EM PESSOAS COM E SEM COMPULSÃO
ALIMENTAR**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Henrique S. da S. Nunes

Florianópolis, SC

2022

RAQUEL VIEIRA COSTA DE CARVALHO

**AUTOCAUIDADO NA OBESIDADE EM PESSOAS COM E SEM COMPULSÃO
ALIMENTAR**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Fernanda Machado Lopes, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Eduardo José Legal, Dr.

Universidade do Vale do Itajaí

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Prof. Adriano Beiras, Dr.

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.

Orientador

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Carvalho, Raquel Vieira Costa de
AUTOCUIDADO NA OBESIDADE EM PESSOAS COM E SEM COMPULSÃO
ALIMENTAR / Raquel Vieira Costa de Carvalho ; orientador,
Roberto Moraes Cruz, coorientador, Carlos Henrique
Sancineto da Silva Nunes, 2022.
170 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Autocuidado. 3. Obesidade. 4.
Transtorno de compulsão alimentar. 5. Validade. I. Moraes
Cruz, Roberto . II. Sancineto da Silva Nunes, Carlos
Henrique . III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha família, que me deu todo o apoio e acolhimento para passar por esses três anos difíceis que agregaram o mestrado, muito trabalho e a pandemia. Aos meus pais, que me acolheram com todo amor quando eu precisei: se eu consigo ter compaixão e empatia pelos outros, é porque recebi isso por toda uma vida. Ao meu companheiro e melhor amigo Sérgio Fernandes Costa de Carvalho, por ser uma âncora para mim mesmo quando o nosso casamento estava no final: eu tenho muita sorte de te ter na minha vida. Às minhas irmãs Melina e Patrícia, pelos bilhetinhos carinhosos e apoio de uma vida inteira; e às minhas irmãs de alma Bruna Luiza da Silva, Julia Achá Conde, Cristina Sueki, Luiza Bittencourt Correa Mendes, Maria Cristina Zambon e Clarissa Vieira por serem minhas boias de braço. Aos meus cunhados, Fernando Vanroo e Amador de Carvalho, e meus sobrinhos Theo Costa Karam, Leticia Costa Diel e Sofia Costa de Carvalho, por serem incríveis assim como são. À minha segunda família, meus sogros Sérgio e Marileti e meu cunhado Rafael, por estarem sempre disponíveis. À amada Valdineia Raulino, por cuidar de mim.

Gostaria também de agradecer aos incríveis pesquisadores do laboratório Fator Humano, que foi o solo mais fértil que eu poderia desejar para o meu projeto florescer. Muito obrigada ao meu orientador, Roberto Moraes Cruz, por me dar autonomia e ser o centro de um laboratório em que cooperação é um conceito praticado diariamente. À Paola Barros Delben, Karen Ródio Trevisan, Daniela Ariño, Cyntia Nunes e Clarissa Venturieri, parceiras de pesquisa, amigas do coração e os melhores presentes que eu ganhei nesse processo: literalmente não haveria dissertação sem a ajuda de vocês. Aos fantásticos amigos Pedro Carlotto, Sarah Gisele, Patrícia Delagasperina, Hellen Alberton, Wanderley Cintra Jr., Mariana Lopes, Olivia Kruger, Guilherme Votto e Bárbara Mendonça pelo apoio e companheirismo nos momentos de insanidade. Ao meu zeloso co-orientador Carlos Henrique S. da Silva Nunes e aos brilhantes profissionais Murilo Zibetti, Patrícia Hennig, Luciana Amorim, Amanda Brognoli Donini, Fernanda Machado Lopes e Kity Maria Oliveira pelas suas contribuições valiosas.

E ao universo, por tanto.

Resumo

O cuidado é um comportamento humano essencial à sobrevivência e ao bem-estar. Em uma perspectiva ampla, o autocuidado pode ser definido como comportamentos que buscam promover o bem-estar, prevenir doenças, limitar seus efeitos incapacitantes e restaurar a saúde. Esses comportamentos incluem não só ações que o indivíduo realiza para si mesmo, mas também aquelas que ele delega a outras pessoas em seu benefício e as que ele executa em prol dos seus familiares e da sua comunidade. O autocuidado é, portanto, um aspecto importante a ser considerado quando se trata de condições de saúde das pessoas, em especial nos casos de acometimento de doenças crônicas e transtornos psicológicos, tais como obesidade e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). No entanto, uma associação entre o autocuidado e a obesidade ou o TCA ainda não é estabelecida na literatura. **Objetivo:** avaliar o comportamento de autocuidado em pessoas com obesidade e/ou Transtorno de Compulsão Alimentar. **Método:** Essa pesquisa foi dividida em dois estudos. O primeiro é uma revisão integrativa da literatura que buscou identificar os aspectos teóricos e conceituais do autocuidado em outras revisões de literatura. O segundo é um estudo descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa e de corte transversal que buscou construir um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado, identificar evidências de validade e precisão desse instrumento em 108 participantes e utilizá-lo para identificar evidências da associação entre autocuidado e obesidade e entre autocuidado e TCA. Além do instrumento construído, chamado Instrumento de Autocuidado Integral (IAI), a Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado - Reduzida (ASAS-R, versão brasileira), a Binge Eating Scale (BES, versão brasileira) e o Eating Attitudes Test (EAT-26, versão brasileira) foram utilizados. Análises estatísticas foram realizadas para a busca de evidências de validade de conteúdo, de precisão, e evidências preliminares de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com variáveis externas, assim como evidências de correlação entre as variáveis. **Resultados:** A busca de evidências de validade de conteúdo do IAI apresentou resultados satisfatórios (Kappa Cohen total de 0.55, IVC total de 0.75, alfa de Cronbach de 0.921, ômega de McDonald de 0.923). O número de participantes não permitiu uma Análise Fatorial Exploratória compatível com o número de itens do instrumento, por isso análises separadas foram conduzidas para cada uma das dimensões do IAI. O IAI e o ASAS-R apresentaram uma correlação significativa positiva moderada. Tanto os escores do Índice de Massa Corpórea (IMC) quanto os escores da BES demonstraram uma associação negativa significativa com o ASAS-R e com subdimensões do IAI. Nenhuma associação

com o EAT-26 foi identificada. Algumas subdimensões do IAI puderam diferenciar entre os grupos com e sem obesidade. **Conclusão:** em uma análise preliminar, o IAI parece ser um instrumento capaz de medir o autocuidado adequadamente. Foi possível avaliar que há indícios de uma associação negativa significativa tanto para obesidade quanto para TCA com o autocuidado, onde uma vez que o autocuidado aumenta, a obesidade e o TCA diminuem.

Palavras-chave: autocuidado, obesidade, transtorno de compulsão alimentar, validade.

Abstract

Care is an essential human need, pertaining our survival and well-being. In a broad perspective, self-care can be defined as behaviors that seek to promote well-being, prevent disease, limit its debilitating effects and restore health. These behaviors include not only actions that the individual performs for oneself, but also those that they delegate to other people in their behalf and those that they perform on behalf of their family and community. Self-care is, therefore, an important aspect to be considered when it comes to people's health conditions, especially in cases of chronic diseases and psychological disorders, such as obesity and Binge Eating Disorder (BED). However, an association between self-care and obesity or BED is not yet well established in the literature. **Objective:** to evaluate self-care behaviors in people with obesity and/or Binge Eating Disorder. **Method:** This research was divided into two studies. The first is an integrative literature review that sought to identify theoretical aspects of self-care. The second is a descriptive-correlational, quantitative and cross-sectional study that aimed to build an instrument to evaluate self-care behavior, identify evidence of validity and accuracy for this instrument and use it to search for evidences of the association between self-care and obesity and between self-care and BED. The instruments used were the new Comprehensive Self-Care Instrument (IAI), the Self-Care Capacity Assessment Scale - Reduced (ASAS-R, Brazilian version), the Binge Eating Scale (BES, Brazilian version) and the Eating Attitudes Test (EAT-26, Brazilian version). Statistical analyzes were performed to search for evidence of content validity, accuracy, and preliminary evidence of validity based on the internal structure and relationships with external variables, as well as evidence of correlation between the variables. **Results:** The search for evidence of content validity of the IAI showed satisfactory results (total Kappa Cohen of 0.55, total CVI of 0.75, Cronbach's alpha of 0.921, McDonald's omega of 0.923). The number of participants did not allow a compatible exploratory factor analysis because of the number of items in the instrument, so separate analyzes were conducted for each of the dimensions of the IAI. The IAI and the ASAS-R showed a moderately significant positive correlation. Both BMI scores and BES scores showed a significant negative association with ASAS-R scores and with sub-dimensions of the IAI. No correlations between EAT-26 scores and self-care scores was found. Some IAI sub-dimensions could differentiate between groups with and without obesity. **Conclusion:** in a preliminary analysis, the IAI appears to be an instrument capable of adequately measuring self-care. It was possible to assess that there is a significant negative association between self-care and

both obesity and BED, indicating that as self-care levels increase, obesity and BED levels may decrease.

Keywords: self-care, obesity, binge eating disorder, validity.

Lista de Figuras

Figura 1 - Descrição do rastreio realizado na busca sistemática conforme modelo PRISMA.....	24
Figura 2 - Número de artigos distribuídos por ano de publicação	25
Figura 3 - Nuvem de palavras construída a partir das definições de autocuidado recuperadas nos artigos de revisão	28
Figura 4 - O continuum do autocuidado	38
Figura 5 - Passos da Etapa 1 – busca por evidências de validade de conteúdo	67
Figura 6 - Modelo teórico utilizado na construção do instrumento	68
Figura 7 - Exemplo de um item e da escala de resposta do instrumento	72
Figura 8 - Escala ancorada em respostas mais específicas, fornecida ao participante a partir do item 99	72
Figura 9 - Distribuição dos participantes segundo as categorias de IMC sugeridas pela OMS	84
Figura 10 - Procedimentos utilizados com o objetivo de emagrecimento relatados pelos participantes	84
Figura 11 - Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da subescala Autocuidado Consigo	85
Figura 12 - Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da escala Autocuidado por meio de outros	89
Figura 13 - Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da subescala Autocuidado nas relações	90

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Ações de autocuidado descritas nas revisões	32
Tabela 2 - Elementos que influenciam ações de autocuidado	50
Tabela 3 - Atributos da dimensão Autocuidado consigo	69
Tabela 4 - Atributos da dimensão Autocuidado por meio de outros	70
Tabela 5 - Atributos da dimensão Autocuidado nas relações	71
Tabela 6 - Características do perfil dos participantes do estudo	83
Tabela 7 - Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado consigo	86
Tabela 8 - Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado por meio de outros	89
Tabela 9 - Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado nas relações	91
Tabela 10 - Resultados do Alfa de Cronbach e do Omega de McDonald para o IAI e suas subdimensões	93
Tabela 11 - Índice de correlação de Pearson entre as dimensões do IAI (Instrumento de Autocuidado Integral) e os escores da ASAS-R, BES e EAT-26	94
Tabela 12 - Índice de correlação de Pearson entre as subdimensões da IAI e os escores da ASAS-R, BES e EAT-26 e com o IMC	95
Tabela 13 - Análise de variância para comparação de grupos (Anova) conforme categoria de IMC	96
Tabela 14 - Correlação geral entre outras variáveis do estudo	97

SUMÁRIO

Apresentação	15
Introdução	16
Estudo 1. Perspectivas teóricas no estudo do autocuidado	20
1.1 Introdução	20
1.2 Método	24
1.3 Resultados	26
1.4 Discussão	33
<i>1.4.1 Características conceituais do autocuidado</i>	33
<i>1.4.2 Elementos que influenciam ações de autocuidado</i>	51
<i>1.4.3 Resultados das ações de autocuidado para a saúde</i>	54
1.5 Conclusão.....	57
Estudo 2. Evidências preliminares de validade e precisão de um instrumento de avaliação do autocuidado em pessoas com obesidade e sua associação com o transtorno do comportamento alimentar	59
2.1 Introdução	59
2.2 Método	67
<i>2.2.1. Natureza e delineamento da pesquisa</i>	67
<i>2.2.2 Etapa 1: Construção e busca de validade de conteúdo de um instrumento de autocuidado</i>	68

2.2.3 Etapas 2 e 3: Evidências de validade da estrutura interna e precisão de um instrumento de avaliação do autocuidado em pessoas com obesidade e sua associação com transtorno do comportamento alimentar	76
2.3 Resultados	83
2.3.1 Caracterização da amostra	83
2.3.2 Resultados da busca de evidências preliminares de validade baseadas na estrutura interna.....	87
2.3.3 Resultados da busca de evidências preliminares de validade baseadas nas relações com variáveis externas	94
2.4 Discussão	98
2.4.1 Discussão dos resultados da busca por evidências preliminares de validade do Instrumento de Autocuidado Integral.....	99
2.4.2 Correlações entre autocuidado e comportamento alimentar.....	105
2.5 Conclusão.....	110
Conclusão Geral	113
Referências	117
Apêndice A – Tabela com as teorias utilizadas nos artigos analisados no Estudo	1135
Apêndice B – Tabela com todas as definições de autocuidado presentes nos artigos analisados no Estudo 1	139
Apêndice C - Lista de itens construídos na segunda etapa da primeira parte do Estudo 2	148
Apêndice D – Formulário de avaliação dos juízes (adaptado do formato Excel)....	151
Orientações aos juízes	151

Apêndice E – Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item	155
Apêndice F – Itens finais do instrumento, incluindo as mudanças que foram feitas após a etapa de busca de validade de conteúdo	158
Apêndice G – Questionário sociodemográfico e de saúde	162
Apêndice H - Autorização Institucional	165
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	166
Anexo A – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (BES).....	168
Anexo B – Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado – Revisada (ASAS-R)	170

Apresentação

A área de atuação da pesquisadora é a psicologia clínica, especificamente na avaliação e tratamento relacionados ao comportamento alimentar. Ao avaliar e acompanhar pessoas com obesidade procurando uma saída para anos de dificuldades em lidar com o seu peso e seu corpo, é possível perceber que, em vários momentos, pessoas com obesidade referem inadequações na avaliação de si mesmos e baixa estima pessoal. Frequentemente se percebem como pessoas sem força de vontade, ainda que a maioria delas demonstra serem esforçadas e bem-sucedidas na vida profissional e/ou relações pessoais. Muitos se percebem “preguiçosos”, mesmo quando procuram fazer tudo ao seu alcance para atender as pessoas à sua volta, sem hesitar.

Em mais de dez anos de prática com pessoas com obesidade e em tratamento para compulsão alimentar, se pode observar como é comum que essas pessoas demonstrem intensas relações de cuidado com o outro nas suas vidas, sendo frequentemente a referência emocional, psicológica, financeira e/ou administrativa na vida das suas famílias e amigos. Dizer não para o outro, em benefício de um “sim” para si mesmo, é muitas vezes um conceito nem cogitado para essas pessoas. Esta pesquisa surgiu da constatação de que não é possível falar de cuidado de si sem falar de cuidado com o outro.

No âmbito científico, esta pesquisa busca contribuir para a área da saúde e do desenvolvimento psicológico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGP-UFSC), ao pretender construir e validar um instrumento de avaliação do autocuidado, que auxilie no fornecimento de informações relevantes à compreensão do cuidado de si, do cuidado por meio de outros e o cuidado com o outro. Espera-se, com isso, ampliar o conhecimento sobre autocuidado na obesidade e na compulsão alimentar.

Esta pesquisa se vincula aos esforços dos pesquisadores do Laboratório Fator Humano, do Departamento de Psicologia (UFSC), cujo objetivo principal é desenvolver e aperfeiçoar teorias e métodos de avaliação de processos e procedimentos em Psicologia, especialmente no campo da saúde. Esta pesquisa está sob a orientação do Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz e coorientação do Prof. Dr. Carlos Henrique S. da Silva Nunes, ambos pesquisadores do PPGP-UFSC.

Introdução

O cuidado é um comportamento essencial à sobrevivência e à saúde das pessoas. Ações de autocuidado – o cuidado que dirigimos a nós mesmos – definem as relações de afeto entre as pessoas e são tão vitais quanto aquelas que recebemos ou proferimos aos outros (Levin & Idler, 1983; Silva et al., 2009). O conceito de autocuidado na literatura científica, no entanto, é complexo e por vezes vago. Desde o seu surgimento em artigos acadêmicos na década de 70, ele foi definido de diversas maneiras por diferentes áreas do conhecimento. O conceito de autocuidado tem se tornado mais amplo e abrangente, com o intuito de compreender não somente ações direcionadas à manutenção da vida e recuperação de doenças, mas também aquelas atividades de cuidado realizadas deliberadamente para promover a saúde física, mental e emocional (Godfrey et al., 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009).

Ao compreender que a saúde do indivíduo está intrinsecamente ligada ao seu meio, o conceito de autocuidado passa a incluir suporte social e familiar, assim como o amparo de necessidades psicológicas e sociais nas interações entre o indivíduo, seus familiares, sua comunidade e o sistema de saúde em que estão inseridos. Nessa perspectiva ampla, o autocuidado é definido como comportamentos que buscam promover o bem-estar, prevenir doenças, limitar seus efeitos incapacitantes e restaurar a saúde. Eles incluem ações que o indivíduo realiza para si mesmo, aquelas que ele delega a outras pessoas em seu benefício, e aquelas que ele executa em prol dos seus familiares e da sua comunidade, dentro ou fora de uma situação de doença ou incapacidade física (Godfrey et al., 2011; Silva et al., 2009). Diferentes profissões e contextos definem o autocuidado de formas distintas. No entanto, a maioria das definições atuais incluem o cuidado com outros como um aspecto do autocuidado (Godfrey et al., 2011). Apesar de a relação entre o cuidado consigo e o cuidado com outros ser clara, existe uma carência de pesquisas que abordem essa relação fora do contexto do cuidador familiar.

Autocuidado, portanto, é um aspecto importante a ser considerado quando se trata de condições de saúde, em especial nos casos de acometimento de doenças crônicas e transtornos psicológicos que podem comprometer o bem-estar dos indivíduos (Ausili et al., 2014). Este é o caso da obesidade e do Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), doenças que têm crescido em prevalência nos últimos anos (World Health Organization [WHO], 2021). A obesidade é considerada uma epidemia mundial, uma vez que a sua prevalência quase triplicou entre 1975 e 2016. A OMS aponta que por volta de 13% da população

mundial adulta é obesa e uma parcela importante apresenta sobrepeso (39%). O Brasil segue a tendência de países industrializados, com cerca de 22% da população com obesidade, índice considerado preocupante, pois a condição de obesidade está associada a problemas graves de saúde, tal como a diabetes tipo 2, as doenças coronarianas, certos tipos de câncer e doenças da vesícula biliar, dentre outras. Além disso, a obesidade tem correlação com diversos agravos à saúde mental (WHO, 2014; WHO, 2018).

A obesidade é definida como o acúmulo de gordura corporal excessivo em um indivíduo a ponto de acarretar prejuízos à sua saúde. Um dos métodos mais utilizados para determiná-la usa o Índice de Massa Corpórea (IMC), onde um IMC igual ou maior que 30 é indicativo de obesidade para uma pessoa adulta. É uma doença que apresenta graves consequências físicas e emocionais, no entanto um consenso sobre qualquer tratamento clínico efetivo ainda não é uma realidade. A etiologia da obesidade, da mesma forma, é também bastante imprecisa. As causas são determinadas como multifatoriais, mas autores diferem na sua visão sobre a porcentagem que fatores genéticos, comportamentais e psicológicos influenciam no desenvolvimento da doença. No entanto, é um consenso que o cuidado com a alimentação e com a prática de atividades físicas são uma parte muito importante deste tratamento (Costa, 2008; WHO, 2014; WHO, 2018).

A obesidade representa um custo significativo para a saúde pública, tanto direta quanto indiretamente, além dos custos físicos e emocionais para o próprio indivíduo. Estima-se que os encargos com pacientes cuja saúde foi comprometida pela obesidade representam um gasto de 2 a 7% do orçamento total em saúde dos países em desenvolvimento – ainda não levando em consideração os gastos pessoais estimados com tentativas de emagrecimento, ou perdas pessoais resultantes dos efeitos psicológicos causados pela obesidade (WHO, 2004).

A obesidade não é classificada como um transtorno alimentar (TA), mas existem transtornos alimentares que são mais prevalentes entre as pessoas com obesidade. Esse é o caso do Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), que é invariavelmente o mais prevalente entre os TAs, atingindo uma média de 0,8 a 4,3% da população (American Psychiatric Association [APA], 2013; Kessler et al., 2013; Kolar et al., 2016). Entre a população obesa, a prevalência é ainda maior, chegando a 30% (WHO, 2004; Agüera et al., 2021).

O Transtorno de Compulsão Alimentar é caracterizado no DSM-V (APA, 2013) como um Transtorno Alimentar (TA) em que episódios de compulsão alimentar ocorrem

pelo menos uma vez na semana por três meses, sem qualquer comportamento compensatório subsequente. Tais episódios consistem de uma ingestão de comida significativamente maior que o normal dentro de um dado período de tempo, acompanhado de uma sensação de falta de controle sobre aquela alimentação. Esses episódios devem também ser acompanhados de pelo menos três dos cinco aspectos negativos: a alimentação demasiadamente rápida; a alimentação excessiva, ao ponto de se sentir desconfortável; a alimentação abundante, mesmo na ausência de fome; sentimento de vergonha quanto ao comportamento alimentar; e culpa, tristeza ou descontentamento consigo mesmo referente ao comportamento alimentar. Além disso, outro critério para concluir o diagnóstico é identificar que o quadro traz sofrimento marcante e prejuízos para o indivíduo.

O TCA é, contraditoriamente, o Transtorno Alimentar menos estudado, apesar de ser o mais prevalente (Ágh et al., 2016; Baiano et al., 2014; Field et al., 2012; Kessler et al., 2013; Kolar et al., 2016; Kornstein, Kunovac, Herman, & Culpepper, 2016; Agüera et al., 2021). Ele é também o menos tratado entre os TAs (Freitas, Gorestein & Appolinário, 2002; Kolar et al., 2016; Kornstein et al., 2016; Agüera et al., 2021). Uma hipótese para a ocorrência desse fenômeno é o fato de os médicos não terem acesso a informações adequadas e instrumentos pertinentes para oferecerem informações mais especializadas ao paciente. A maioria dos indivíduos com TCA que procura ajuda, por exemplo, são mais frequentemente tratados para os sintomas da sua obesidade do que para os da sua compulsão. Além disso, entender os componentes que afetam a relação que o paciente com TCA estabelece com a comida é necessário para um bom prognóstico do paciente (Freitas et al., 2002; Kolar et al., 2016; Kornstein et al., 2016; Agüera et al., 2021) e o autocuidado poder ser um elemento significativo neste contexto.

O autocuidado é um fator importante no contexto da saúde como um todo, mas poucos estudos tratam dessa relação junto à Obesidade ou à Compulsão Alimentar. Esse estudo parte da hipótese que há associação entre aspectos do autocuidado e o comportamento alimentar em pessoas com obesidade e TCA. Para verificar esta hipótese, surge a pergunta de pesquisa: Qual a relação do cuidado consigo e do cuidado com outros no comportamento alimentar de pessoas com obesidade e/ou transtorno de compulsão alimentar? Ao responder essa pergunta, pretende-se oferecer subsídios para a avaliação e tratamento dessas e outras doenças crônicas, assim como agregar conhecimento científico ao campo do comportamento alimentar.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o comportamento de autocuidado em pessoas com obesidade e/ou Transtorno de Compulsão Alimentar. Os objetivos específicos são:

1. Identificar perspectivas teóricas atuais no estudo do fenômeno autocuidado;
2. Construir um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado;
3. Identificar evidências de validade e precisão de um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado em pessoas com e sem obesidade;
4. Identificar evidências da associação entre autocuidado e obesidade, e entre autocuidado e TCA.

A fim de responder os objetivos, essa pesquisa foi dividida em dois estudos, que buscam ampliar o conhecimento relacionado ao autocuidado relevantes ao contexto da saúde e desenvolvimento psicológico. O primeiro estudo é uma revisão integrativa da literatura que tem por objetivo identificar as perspectivas teóricas na pesquisa do fenômeno autocuidado (objetivo específico 1). O segundo, empírico, tem por objetivos construir um instrumento de avaliação do autocuidado, obter evidências de validade da estrutura interna e precisão desse instrumento, assim como identificar evidências da associação entre autocuidado e comportamento alimentar em pessoas com obesidade e/ou TCA (objetivos específicos 2, 3 e 4).

Combinados, esses estudos pretendem trazer mais informações que contribuam para um maior entendimento para a área do cuidado em saúde, sendo potencialmente útil para tratamentos referentes ao comportamento alimentar e, também, para o tratamento de outras doenças crônicas. Considerando que a prevenção da saúde está incluída no autocuidado, a pesquisa pode inclusive contribuir para a manutenção da qualidade de vida da população como um todo, poupando recursos públicos em saúde.

Estudo 1. Perspectivas teóricas no estudo do autocuidado

1. Introdução

Cuidar de si e dos outros é um comportamento que faz parte do processo evolutivo de sobrevivência e adaptação da espécie humana ao ambiente (Levin & Idler, 1983; Silva et al., 2009). O comportamento de cuidar pode ser identificado por meio de diferentes expressões: demonstrar atenção, cautela ou prudência; responsabilizar-se ou preocupar-se com o próprio comportamento ou com as ações dos outros; prover assistência, dedicar-se ou tratar algo ou alguém com zelo, esmero ou carinho (Barbosa, 2000; Nascentes, 2019). No campo filosófico e, mais modernamente, na Psicologia, o surgimento da expressão *self*, como um conceito que trata da consciência reflexiva sobre si próprio, ou o conhecimento de si mesmo, reflete no conceito de autocuidado. Foucault considerava o cuidado consigo (*care for the self*) como uma das práticas que auxiliam o ser humano a construir a noção de identidade, constituindo-se por ela (Silva et al., 2009).

O conceito de autocuidado está historicamente ligado a valores como o individualismo autônomo, o antielitismo e a democracia popular. Ele ganha relevância política no século XIX, com o interesse pelas reformas na saúde e com as mudanças sociais da época, em especial a inserção da mulher – tradicionalmente a responsável pelo cuidado na família – no mercado de trabalho. É uma concepção que emerge de crenças pautadas no otimismo vigente, que presumia que com uma dieta adequada, ar fresco e exercícios as pessoas poderiam prevenir o aparecimento de doenças (Levin & Idler, 1983).

No começo do século XX o desenvolvimento da ciência em saúde traz de volta a dependência do paciente ao profissional, o que diminui a sua participação ativa nas decisões e fortalece o paradigma da compartimentalização biomédica da saúde (Wilkinson & Whitehead, 2009). O interesse pelo autocuidado ressurgiu em 1970, sob condições sociais similares às do século XIX, trazendo-o como um tema proeminente, desta vez no cenário da literatura científica mundial (Godfrey et al., 2011; Levin & Idler, 1983).

Desde então, o autocuidado tem sido visto tanto como o comportamento mais importante do indivíduo para manejar seus problemas de saúde, quanto a tentativa dos governos de culpabilizar os indivíduos por algo que é de responsabilidade coletiva (Godfrey et al., 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009). De uma forma ou de outra, a definição de autocuidado tem evoluído para compreender não somente indivíduos com a saúde comprometida, mas também pessoas saudáveis em sua relação consigo mesmas, nas suas relações com os profissionais da saúde e no seu contexto social, assim como noções

sistêmicas de saúde coletiva (El-Osta et al., 2019; Godfrey et al., 2011; Silva et al., 2009; Wilkinson & Whitehead, 2009).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), desenvolvida por Dorothea E. Orem entre 1959 e 1985, foi a primeira teoria específica do autocuidado que se tem notícia (Queirós & Vidinha, 2014). A teoria que Orem desenvolveu e ampliou com o passar dos anos é ainda hoje amplamente utilizada no contexto da saúde, tanto na prática quanto na literatura científica (Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014). Embora originalmente direcionada à enfermagem, ela oferece importantes concepções de cuidado consigo, assim como com a saúde de outros. Nessa perspectiva, autocuidado é uma função humana reguladora que tem como objetivo gerar ou manter a própria vida, saúde e bem-estar. Estes esforços são deliberados e espontâneos do indivíduo ao se responsabilizar por si mesmo na adaptação dos seus ciclos de vida (Comley, 1994; Dalben, 2018; Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014; Silva et al., 2009).

Associada à TDAE, Orem também refere a Teoria do Déficit do Autocuidado, que parte do pressuposto de que há um déficit quando a capacidade das ações de autocuidado são inferiores às demandas do autocuidado terapêutico. Nesse caso, há necessidade de a pessoa obter conhecimento, habilidades e experiência para ajudar a suplantar esta demanda (Comley, 1994; Dalben, 2018; Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014). A Teoria do Déficit do Autocuidado afirma que uma terceira pessoa, no caso o profissional da saúde ou cuidador informal, pode contribuir nesse cenário de cinco maneiras: ajudando a fazer ou fazendo pelo outro; guiando e orientando a ação; proporcionando cuidado físico e psicológico para que a ação seja completa; proporcionando um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; e ensinando o outro a fazer de fato (Pires et al., 2015).

Outra perspectiva útil na concepção atual do autocuidado é o *continuum* do cuidado, que se refere ao grau de dependência que tem o indivíduo para realizar as suas atividades de autocuidado. No começo do espectro existem as condições em que o indivíduo é capaz de realizar sozinho as ações para promover e manter sua saúde, assim como para prevenir doenças. No meio do *continuum* estão situações de saúde mais complexas, sejam agudas ou crônicas, que em geral requerem um tratamento colaborativo com profissionais de saúde. No fim do espectro estão circunstâncias em que o indivíduo requer constante ajuda, seja profissional ou informal, para manter ou recuperar a sua saúde, assim como para realizar ações básicas de autocuidado (Godfrey et al., 2011).

Um conceito amplo e atual de autocuidado precisa, portanto, englobar mais do que o cuidado que um indivíduo tem consigo mesmo na busca pela sua saúde. Ele envolve uma gama de atividades planejadas ao longo da vida para promover a saúde física, mental e emocional, para manter a saúde e para prevenir doenças. O autocuidado de uma pessoa inclui ações que ela executa para si mesma, para a sua família, para a sua comunidade e, também, inclui o cuidado de si que ela delega a outras pessoas. Essas ações abrangem o suporte social e a satisfação de necessidades sociais e psicológicas, assim como a colaboração com profissionais da saúde e com o sistema de saúde como um todo, dentro ou fora de uma situação de doença ou incapacidade física (Godfrey et al., 2011).

Godfrey et al. (2011) destaca três dimensões do autocuidado no âmbito desse conceito ampliado: o autocuidado consigo, o autocuidado por meio de outros e o autocuidado com os outros. O autocuidado consigo é aquele que o indivíduo faz sozinho para a promoção e manutenção da sua saúde e bem-estar, como alimentar-se, meditar, tomar seus remédios prescritos ou praticar uma atividade de lazer. O autocuidado por meio de outros é aquele que requer a ajuda de outra pessoa para ser realizado, seja um profissional da saúde ou cuidador informal. Exemplos de autocuidado por meio de outros são: ser alimentado, fazer exames médicos ou receber instruções de um profissional sobre a sua atividade física (Godfrey et al., 2011).

O autocuidado com os outros é incorporado ao autocuidado ao se admitir que o comportamento das pessoas são melhor compreendidos quando situados em um contexto (Silva et al., 2009). Compreender as necessidades e a capacidade das pessoas em supri-las em determinado contexto socioeconômico, cultural e relacional exige, certamente, uma abordagem complexa e um pensamento sistêmico. Nesse sentido, a perspectiva de estudo do autocuidado acentua o entendimento dos desequilíbrios dinâmicos que ocorrem nos processos de saúde-doença das pessoas (Ryan & Sawin, 2009). O autocuidado com os outros é caracterizado pelas ações em que a pessoa se responsabiliza pelo cuidado com outras pessoas, sejam filhos, outros familiares ou membros da sua comunidade. As ações de autocuidado com os outros envolvem mais do que somente o que é feito, mas também a maneira como essas ações são realizadas. Ações como o cuidado direto do outro (alimentação, higiene, deslocamento), suporte emocional a outras pessoas, resolução de problemas alheios, imposição de limites pessoais e planejamento de atividades coletivas caracterizam-se como autocuidado com os outros (Godfrey et al., 2011).

O autocuidado com os outros é um relacionamento dinâmico que vincula a percepção de si mesmo e a necessidade de pertencimento e completude. A identidade do ser humano é construída por interrelações baseadas na coexistência, no zelo, na dedicação e na inquietude para com o outro. A convivência em sociedade possibilita que a promoção do bem-estar e a preservação sociocultural e política de valores importantes à espécie humana sejam baseadas no cuidado. Cuidar de si e dos outros reflete, nesse sentido, uma necessidade básica (Silva et al., 2009). O autocuidado com os outros se diferencia do autocuidado consigo não só pela natureza do seu direcionamento, mas também pela sua função social. No âmbito do cuidado profissional, o autocuidado com outros é enaltecido pelo valor pessoal que ele traz, tanto que este cuidado, na literatura, é conhecido como comportamento de segurança altruísta (Dalben, 2008). Nessa construção é importante, no entanto, não perder de vista a prioridade de cuidar de si, para que se possa estar inteiro para cuidar do outro (Dalben, 2008; Silva et al., 2009).

A relação entre o autocuidado consigo e autocuidado com os outros merece atenção quando há falha ou excesso de carga de autocuidado. No dia a dia o autocuidado nem sempre é valorizado ou percebido como essencial (Silva et al., 2009). A mensagem padrão das companhias aéreas quanto à colocação das máscaras de ar em caso de depressurização é um comportamento de segurança que exemplifica a importância do autocuidado no cuidado com terceiros. Nesse caso, o risco da priorização do cuidado com outros seria grave não só para o indivíduo, mas pelo fato de haver perigo de comprometimentos em cadeia, caso o responsável não esteja em condições físicas e mentais mínimas.

No estudo do autocuidado, tanto historicamente quanto academicamente, a relação entre autocuidado e cuidado com outros se destaca (Comley, 1994; Dalben, 2018; Godfrey et al., 2011; Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014; Ryan & Sawin, 2009; Silva et al., 2009). No contexto da saúde, essa relação é documentada quando falamos do autocuidado de profissionais da saúde em geral ou de cuidadores familiares - pessoas que prestam serviço de cuidado integral ou parcial a pessoas doentes, por terem uma relação pessoal com o doente. Há uma significativa redução na qualidade de vida e de indicadores de autocuidado quando existe uma responsabilização excessiva pelo cuidado com os outros. Falta de tempo, interferência na habilidade de participar de atividades que valoriza, frustração, e esgotamento emocional e físico advindos da relação com o paciente em sofrimento são alguns dos pontos em que o cuidado com outros afeta o cuidado consigo (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008; Costa, 2012; Fujinami et al., 2014; Barbosa, Souza & Moreira 2014).

Ao observar essas e outras perspectivas teóricas referentes ao autocuidado percebe-se que é ele um fenômeno elusivo, complexo e multidimensional (Wilkinson & Whitehead, 2009). Pesquisas referentes ao autocuidado são relevantes para a saúde, mas, por vezes contraditórias, desorganizadas e pouco sistematizadas (Godfrey et al., 2011; Ryan & Sawin, 2009; Wilkinson & Whitehead, 2009). Este estudo tem como objetivo, portanto, identificar perspectivas teóricas do fenômeno autocuidado, por meio de uma investigação aprofundada e atualizada do conceito, a fim de proporcionar subsídios para o desenvolvimento de pesquisa empírica sobre o autocuidado no contexto da obesidade e da compulsão alimentar.

2. Método

Este estudo é uma revisão integrativa de revisões sistemáticas, integrativas e narrativas acerca do autocuidado. O método da revisão das revisões é utilizado quando o tema abordado apresenta um volume expressivo de estudos empíricos, teóricos e de revisões sistemáticas publicadas (Aromataris et al., 2015). Optou-se pelo uso desse método dado que uma busca preliminar com os descritores usados neste estudo na base de dados Scopus, na mesma data da recuperação dos artigos de revisão apresentados neste texto, revelou 14.257 artigos ou revisões, e limitando a busca apenas às revisões obteve-se um número inicial de 739 revisões.

Foram realizadas buscas de artigos indexados nas bases de dados PubMed, PsycINFO, Web of Science, Scopus e no Portal BVS. A base de dados PubMed foi selecionada por conter informações da área da saúde e das ciências biomédicas, em um espectro de mais de 18 milhões de referências. A PsycINFO foi escolhida por incluir materiais específicos e ser a mais volumosa base de dados em Psicologia. A Web of Science é uma base de dados multidisciplinar, recuperando referências e citações de mais de 10.000 periódicos de alto impacto nas ciências sociais e humanas. A Scopus, similarmente, abarca a literatura referente às ciências sociais e de saúde provenientes de mais de 16.000 periódicos. E, finalmente, o Portal BVS foi utilizado por recuperar dados bibliográficos do índice bibliográfico LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e da MedLine, que são consideradas relevantes por abrangerem periódicos da América Latina, incluindo o Brasil (De-la-Torre-Ugarte et al., 2011; Gomes & Oliveira Caminha, 2014). As palavras-chave utilizadas foram: (“Self Care”[MESH] OR self-care) AND (theor* OR concept* OR model* OR definition*). Com a intenção de alcançar revisões que representem o estado da arte atual relacionado ao objeto de estudo, foram incluídos

artigos publicados de 1 de janeiro de 2014 a 6 de setembro de 2021. Os campos das bases foram limitados ao título, resumo e assunto, para que somente a literatura concentrada no tema fosse alcançada.

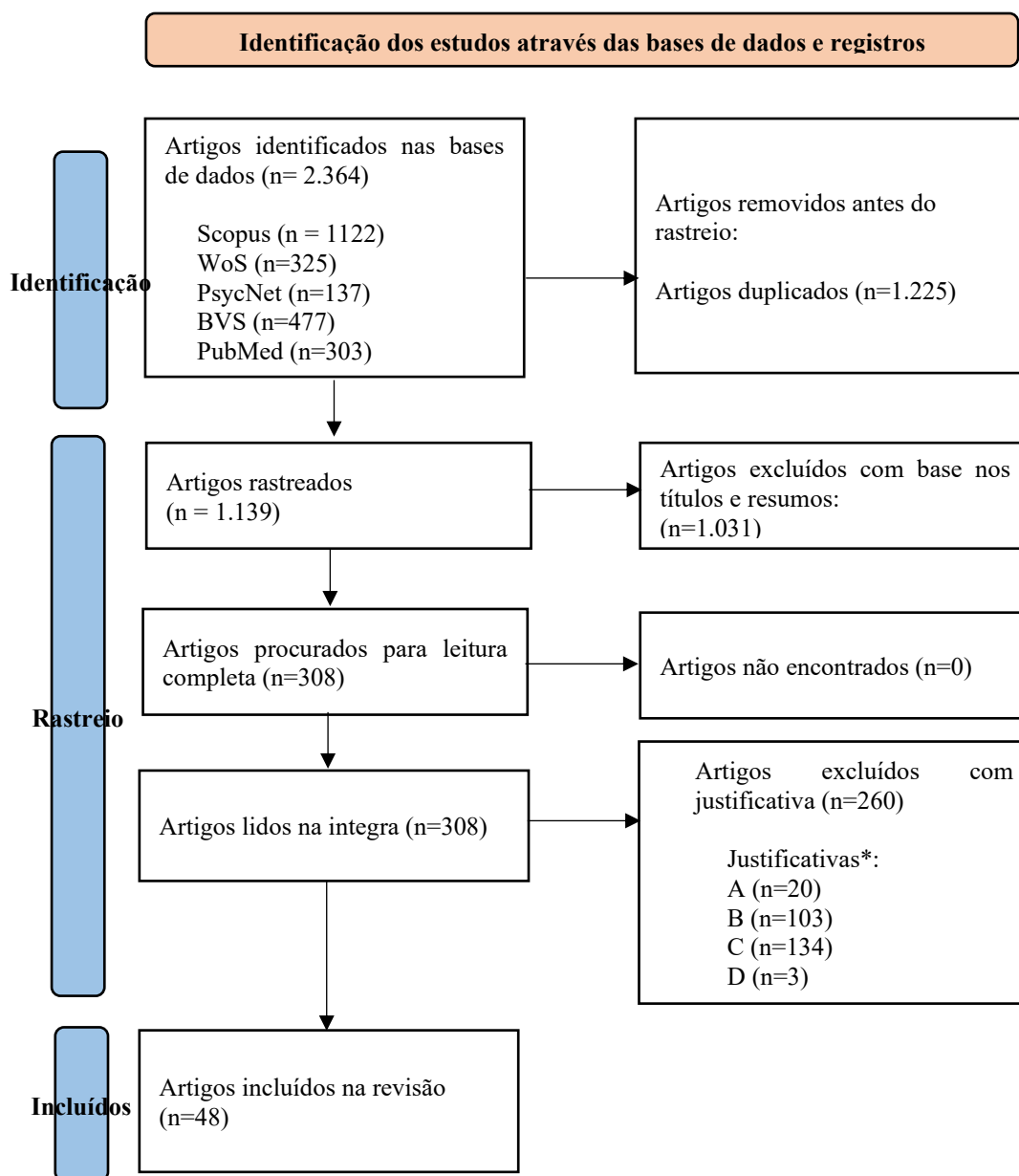
O protocolo Prisma para revisões sistemáticas e meta-análise (Moher et al., 2015) foi utilizado como guia durante o processo de revisão, sempre que aplicável, considerando que esta não é uma revisão sistemática. O protocolo foi seguido na etapa de busca, rejeição de artigos e extração de dados para garantir que todos os critérios de inclusão e exclusão fossem utilizados de forma adequada e que o viés fosse o mínimo possível. No entanto, alguns passos do checklist PRISMA não são cabíveis neste estudo: o 4, por esta revisão não precisar ter sido alterada até o momento; o 7, por não caber a utilização das diretivas PICO; o 13, por não se tratar de uma revisão que busca desfechos; e os passos 14, 16 e 17, pelo fato deste estudo buscar, também, revisões teóricas em que nem sempre é possível avaliar o viés ou o volume de evidências (Moher et al., 2015; Pergunta, 2007).

O processo de busca, verificação de artigos duplicados, de rejeição ou inclusão dos artigos e de extração de dados relevantes foi realizado por pelo menos duas pessoas separadamente para garantir a precisão dos resultados, e contou também com a ajuda do programa Endnote web. No caso de qualquer discordância sobre a retirada ou inclusão de um artigo, um terceiro pesquisador auxiliou na decisão final. Os critérios de inclusão foram: revisões de literatura que abordassem conceitos ou teorias de autocuidado no público adulto, publicadas em inglês, português ou espanhol. A língua inglesa proporciona uma abrangência maior de achados, considerando que atualmente é o idioma com o maior número de publicações do mundo. O português foi escolhido pois oferece artigos relacionados à realidade brasileira. E, por fim, o espanhol proporciona um maior alcance na América Latina.

Após a verificação e exclusão de artigos duplicados, a leitura dos títulos e resumos foi feita utilizando um filtro sistemático para a eliminação dos artigos que não foram analisados. Os critérios de exclusão adotados para rejeição dos artigos foram: (a) livros, teses, dissertações, comunicações em conferências e artigos que não se tratam de revisões; (b) revisões em que aspectos teóricos ou conceituais do autocuidado não são abordados; (c) revisões em que a teoria ou o conceito de autocuidado não seja discutido nos resultados; (d) revisões que abordam somente o autocuidado de pessoas menores de 18 anos. O processo de rastreamento foi realizado conforme ilustra a Figura 1. Ao todo 48 artigos foram incluídos na revisão.

Figura 2.

Descrição do rastreamento realizado na busca sistemática conforme modelo PRISMA



Nota. *A= livros, teses, dissertações e comunicações em conferências e artigos que não contemplam revisões; B= Estudos onde aspectos teóricos ou conceituais do autocuidado não são abordados; C= revisões em que a teoria ou o conceito de autocuidado não são discutidos nos resultados; D= revisões focadas no público menor de 18 anos.

3. Resultados

Dos 48 artigos de revisão incluídos, 18 são revisões narrativas, dois são modelos de análise de conceito (*concept analysis*), seis são revisões integrativas, seis são *scoping reviews* e 16 são revisões sistemáticas. Os dezoito artigos de revisão narrativa foram assim categorizados porque não apresentaram uma sistematização explícita da busca ou processo

de inclusão dos artigos discutidos, com a maioria não mencionando sequer o método empregado (n=16).

Todos os outros 30 artigos ofereceram métodos claros de sistematização de busca e organização das informações. Ao todo, esses artigos de revisão incluíram 2.346 artigos científicos. Entre as 16 revisões sistemáticas localizadas, um dos estudos utilizou o método de metassíntese qualitativa (*qualitative meta-synthesis approach*) e um utilizou o método de meta-resumo qualitativo (*qualitative meta-summary*). Ambos fazem parte de um mesmo estudo, e nenhum outro artigo apresentou meta-análise, o que pode ser explicado pelo filtro utilizado na busca inicial limitando a pesquisa a dados teóricos.

Dentre os 48 artigos, 10 apresentam um sistema de análise da qualidade metodológica dos artigos que incluíram. Os sistemas de análise da qualidade foram o Critical Appraisal Skills Programme (n=3), o COSMIN checklist para questionários de status de saúde (n=3), o sistema QualSyst (n=1), as ferramentas de avaliação de qualidade do Joanna Briggs Institute (n=1), o sistema de análise de evidências de Melnyk e Fineout-Overholt (n=1) e o sistema de análise de qualidade da Cochrane Netherlands (n=1). Não é esperado que revisões narrativas ou *scoping reviews* apresentem análise da qualidade metodológica (Peterson et al., 2017; Pae, 2015), mas as revisões integrativas e sistemáticas deveriam apresentar essa análise.

Os artigos têm origem em 15 países diferentes. Os países foram identificados segundo o país do autor principal. A América do Norte é a região do mundo com o maior número de artigos incluídos, uma vez que os Estados Unidos lideraram com uma larga margem o número de artigos elaborados dentro dos critérios desta revisão (n=17), e o Canadá também apresentou cinco artigos. A Europa é a segunda região em número de artigos (n=17), sendo representada pela Itália (n=4), Alemanha (n=2), Dinamarca (n=2), Holanda (n=2), Suécia (n=2), França (n=1), Escócia (n=1), Espanha (n=1), Eslovênia (n=1) e Áustria (n=1). A Oceania foi representada pela Austrália (n=5), a Ásia pela China (n=1), e a América Latina pelo Brasil (n=3). Percebe-se um número bastante reduzido de estudos advindos da Ásia, da América Latina (especialmente da América Central) e da África (que não foi representada por artigos nesta revisão). O baixo número de artigos advindos da América Latina surpreende, especialmente levando-se em conta a busca no portal BVS e o fato de artigos em espanhol e português terem sido considerados para inclusão.

A Figura 2 mostra a distribuição do número de artigos publicados por ano, entre 01/01/2014 a 06/09/2021. O número de revisões que abordam perspectivas conceituais e

teóricas do autocuidado parece ter aumentado gradativamente ao longo dos últimos sete anos. Uma possível razão para este aumento é o comentário frequente em artigos científicos, incluindo 14 das 49 revisões apresentadas neste capítulo, sobre a falta de precisão do conceito de autocuidado e sobre a necessidade de definir teorias mais claras dada a abrangência do tema (Ausili et al., 2014; Lu et al., 2016; Nunes et al., 2015; O'Hara et al., 2019; Packer et al., 2018; Villa et al., 2019; Asano et al., 2021; Jaarsma et al., 2021; Lambermon et al., 2020; Laposha & Smallfield, 2020; 1135, Slemon et al., 2021; Van Dongen et al., 2020; Waligora et al., 2019). Outra possibilidade para o grande aumento no número de revisões em 2020 é o advento da pandemia do novo coronavírus, que ressaltou a importância do autocuidado no mundo todo.

Figura 2

Número de artigos distribuídos por ano de publicação



De todas as revisões incluídas, 30 tem como foco o autocuidado de condições específicas de saúde, incluindo doenças crônicas em geral (n=10), insuficiência cardíaca (n=5), diabetes (n=3), câncer (n=3), pacientes ostomizados (n=2), pessoas em situação de luto (n=2), Doença de Alzheimer ou demências relacionadas (n=1), endometriose (n=1), transtornos alimentares (n=1), dores crônicas (n=1), asma e rinite (n=1) e pós-parto materno (n=1)¹. A maior parte desses artigos debate múltiplos aspectos do autocuidado ao mesmo

¹ Os números não batem por um dos artigos falar sobre doenças crônicas em geral e sobre asma e rinite especificamente no mesmo estudo.¹

tempo, como conceito, teorias, consequências e características específicas de cada condição de saúde. No entanto quatro artigos discutem especificamente intervenções ou estratégias de autocuidado, e três outros debatem sobre barreiras e facilitadores do autocuidado. Além desses, dois dos artigos sobre doenças crônicas abordam o autocuidado por meio de tecnologias móveis.

Dos restantes 18 artigos, três têm como foco instrumentos de autocuidado (algo que será discutido com mais detalhes posteriormente) e 15 abordam teorias, conceitualizações ou o estado da arte relacionado ao autocuidado em geral. Desses 15, sete discorrem sobre o papel do profissional ou o conceito de autocuidado em áreas específicas da saúde, como enfermagem (n=3), terapia ocupacional (n=2), psicologia positiva (n=1) e farmácia (n=1).

Populações específicas também foram contempladas nas revisões. Cuidadores profissionais e informais foram o foco de sete revisões, abrangendo diversas áreas da saúde como enfermagem (n=3), medicina (n=1), cuidadores informais de pacientes com Alzheimer ou outras demências (n=2) e cuidadores informais de pacientes ostomizados (n=1). Cinco artigos informam sobre o autocuidado de pessoas idosas tanto de forma geral (n=1), quanto em condições específicas de saúde e vida (idosos com dores crônicas, doenças crônicas, ostomizados e viúvos). O único artigo a discorrer sobre uma população étnica especificamente falou sobre o acesso à saúde de pessoas de descendência hispânica nos Estados Unidos.

Diversas teorias foram mencionadas e discutidas nas 48 revisões. A mais mencionada foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem (n=12), embasando seis desses artigos (Castanharo & Wolff, 2014; LeBlanc & Jacelon, 2018; Waligora et al., 2019; Blok, 2017; Lambermon et al., 2020; Santos et al., 2019). Já a Middle-Range Theory of Self-Care, de Riegel, Jaarsma & Stromberg (2012) embasou nove artigos (Ausili et al., 2014; Villa et al., 2019; Buck et al., 2021; Budhwani et al., 2019; Jaarsma et al., 2021; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021). Outras teorias bastante mencionadas foram o Transtheoretical Model of Health Behaviour Change (n=5), a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (n=4), Health Belief Model (n=3), a Individual and Family Self-management Theory (n=2) e a Naturalistic decision-making theory (n=2). Outras 18 teorias foram mencionadas uma vez ao longo dos artigos, com destaque para a Developmental Theory of Embodiment (Piran, 2015), a Self-determination theory (Eassey et al., 2020), a Whole Health System of Care (WHSC) (Malecki et al., 2020), e a Mid-range Theory of Integrative Nurse Coaching (TINC) (McElligott & Turnier, 2020), cujos respectivos artigos dissertam sobre as referidas teorias,

relacionando-as com o autocuidado. Uma tabela com todas teorias mencionadas e os respectivos artigos que as mencionaram está disponível no Apêndice 1.

Dois artigos propõem novas teorias do autocuidado – a nova Teoria do gerenciamento de autocuidado de sintomas para a população adulta com câncer (Theory of symptom self-care management for adult people with cancer) (Baydoun et al., 2018) e o Modelo teórico de barreiras e facilitadores para o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca crônica (Theoretical model of barriers and facilitators for self-care in patients with chronic HF) (Herber et al., 2019). Outros dois artigos acrescentam dados à uma teoria já estabelecida – Boehmer et. al. (2016) desenvolveu o acrônimo BREWS (Biography, Resources, Environment, Work, and Social) como lembrete do que afeta capacidade do paciente na Theory of Patient Capacity; e Riegel, Jaarsma, Lee e Strömberg (2019) incorporaram sintomas à Middle-Range Theory of Self-Care.

As definições de autocuidado apresentadas nas revisões foram extraídas dos textos e organizadas segundo seus autores originais. Todos os artigos originais citados nas revisões foram verificados, e em diversos estudos foi necessário buscar ainda as fontes citadas em segundos e terceiros artigos para encontrar o autor original da definição. Foram encontradas oito definições originais resultantes das revisões de literatura em si (Ausili et al., 2014; Castanharo & Wolff, 2014; Herber et al., 2019; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Stewart et al., 2014; Høy & Hall, 2020; Slemon et al., 2021).

Vários artigos mencionaram conceitos de autocuidado advindos de uma mesma fonte. Entre eles, o conceito de autocuidado de Orem (1985;1991;1995), criadora da Teoria do Déficit de Autocuidado, foi utilizado direta ou indiretamente em 10 artigos. Em geral, segundo Orem o autocuidado consiste de ações ou práticas realizadas pelo próprio indivíduo em seu benefício ou do seu ambiente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento em ambientes estáveis ou em mudança, com objetivo de manter a saúde e o bem-estar. Segundo ela as ações e atividades de autocuidado podem ser aprendidas ou involuntárias, e permitem que o indivíduo seja capaz de satisfazer as suas necessidades biopsicossociais e espirituais mediante as exigências da vida, sejam elas fisiológicas ou comportamentais.

Outro conceito bastante utilizado é o de Riegel, Jaarsma & Stromberg (2012), criadores da Middle-Range Theory of Self-Care, utilizado em seis artigos. Segundo as pesquisadoras autocuidado é um processo de manutenção da saúde por meio de práticas de promoção da saúde e adesão a tratamentos em caso de doença (manutenção do autocuidado),

monitoramento de comportamentos e da condição de saúde (monitoramento do autocuidado e gerenciamento de sinais e sintomas de saúde (gestão do autocuidado). A manutenção do autocuidado (*self-care maintenance*), é formada por ações como fazer exercícios físicos e tomar as medicações prescritas, por exemplo; o monitoramento do autocuidado (*self-care monitoring*) é constituído por ações de monitoramento de sintomas como a percepção de mudanças físicas e os testes de rotina; e gerenciamento do autocuidado (*self-care management*) é estabelecido por mudanças baseadas na detecção e interpretação de sintomas, como mudança na dieta ou medicação de acordo com a necessidade percebida (Budhwani et al., 2019; Riegel et al., 2019). É um conceito que, apesar de recente, já está sendo amplamente utilizado na literatura científica exatamente por deixar clara a conexão entre esses conceitos tão aplicáveis na prática (Riegel et al., 2019).

Outras fontes que também foram utilizadas mais de uma vez incluem a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014; 2019; 2020) (n=4), Riegel e associados (2009) (n=3) e Richard & Shea (2011) (n=3). Tanto Riegel et al. (2009) quanto Richard & Shea (2011) têm conceitos mais voltados para situações de doença e mencionam o automonitoramento, o autogerenciamento e a manutenção da própria saúde. Já a OMS tem um conceito mais amplo de autocuidado, focando no bem-estar biopsicossocial, adicionando famílias e comunidades como agentes de autocuidado, e incluindo o apoio de profissionais da saúde no conceito. Todos os conceitos recuperados, devidamente agrupados segundo as suas fontes originais, podem ser encontrados no Apêndice B. A Figura 3 é uma nuvem de palavras construída a partir das palavras mais utilizadas nas definições recuperadas (excluindo artigos e preposições). O programa utilizado para gerá-la foi o Worldcloud (www.worldcloud.com), que utiliza a frequência das palavras para definir seu tamanho na imagem (quanto mais vezes a palavra aparece, maior seu tamanho).

Figura 3

Nuvem de palavras construída a partir das definições de autocuidado recuperadas nos artigos de revisão

vez que definições orientam instrumentos e intervenções – duas das mais poderosas ferramentas do conhecimento científico – o que pode impedir comparações de dados salutaras. No entanto, dois artigos apontam razões e justificativas para esta falta de clareza conceitual. Segundo Riegel et. al. (2021) as teorias historicamente utilizadas no desenvolvimento dos conceitos de autocuidado e autogerenciamento podem explicar essa confusão. Segundo eles, estudos sobre insuficiência cardíaca tendem a utilizar o termo autocuidado, enquanto estudos sobre doença arterial coronariana, doenças pulmonares, e artrite normalmente utilizam o termo autogerenciamento, por historicamente utilizarem a Teoria do Déficit do autocuidado de Orem versus a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura. Já Matarese et al. (2018) argumenta que um consenso de definições não deve ser esperado, justamente pela diversidade de usos do conceito e dinamismo da sua utilização nos processos de saúde. Para esses autores, a generalização desses termos não seria benéfica para a ciência ou para a prática em saúde.

4. Discussão

A categorização dos dados permitiu compilar as informações em quatro subtítulos sobre autocuidado: 1- Características conceituais do autocuidado; 2- Elementos que influenciam ações de autocuidado e 3- Resultados das ações de autocuidado para a saúde

1.4.1 Características conceituais do autocuidado

A revisão acerca do conceito de autocuidado permitiu localizar informações tradicionais quanto inovadoras, trazendo à tona as seguintes subcategorias: a) autocuidado como um processo que envolve a saúde integral (física, mental, psicológica, emocional, social e espiritual); b) dimensões e atributos do autocuidado (capacidade própria, relações com os profissionais da saúde e relações sociais); c) autocuidado como um conceito complexo, dinâmico e amplo.

Subcategoria A: autocuidado como um processo que envolve a saúde integral (física, psicológica, mental, emocional, social e espiritual). A maioria dos artigos de revisão incluídos nessa pesquisa (44 dos 48) refere aspectos físicos do autocuidado na conceitualização ou discussão do tema, o que é comum, dado que, historicamente, a saúde física sempre foi o foco principal dos estudos sobre o tema. Antes das descobertas científicas do final do século XIX (como a esterilização e antibióticos), para a maior parte da população o cuidado em saúde era basicamente composto pelo autocuidado e a autoajuda. Se tratando

de prevenção e cura de doenças, especialmente, a população geral raramente tinha acesso a um profissional (Wilkinson & Whitehead, 2009). Na década de 1970, quando as publicações em saúde começaram a abordar o autocuidado da maneira que o conhecemos hoje, o foco era primariamente na recuperação ou prevenção de doenças. No entanto, o bem-estar psicológico, mental e social passou a fazer parte deste conceito, particularmente depois de 2009 com a primeira conceitualização publicada pela OMS (Wilkinson & Whitehead, 2009; Godfey et. al., 2011).

Aspectos da saúde psicológica (incluindo menções à saúde mental e emocional) e da saúde social dos indivíduos também foram mencionados pela maioria dos artigos (n= 43 e n= 38, respectivamente). No entanto, apesar de mencionados, nem sempre os aspectos psicológicos e sociais foram aprofundados ou desenvolvidos. Particularmente nos artigos que versam sobre doenças crônicas específicas, as perspectivas emocional e/ou social raramente eram discutidas com profundidade. A revisão de Riegel e colegas (2021), por exemplo, aponta que as intervenções voltadas para o autocuidado de doenças crônicas continuam a enfatizar a manutenção da saúde física, deixando de lado habilidades mais complexas como os comportamentos de manejo de sintomas. Em certas áreas da saúde, como na terapia ocupacional (TO), essa é uma característica ainda mais acentuada. Em TO o autocuidado é visto principalmente como atividades do dia-a-dia (comer, escovar os dentes, tomar banho, etc.) (Castanharo & Wolff, 2014; Laposha & Smallfield, 2020), não contemplando a complexidade do conceito.

Uma evidência da falta de desenvolvimento dos aspectos psicológicos e sociais é a proporção entre as menções no conceito e nas ações de autocuidado. 91% dos artigos menciona o aspecto físico no seu conceito ou desenvolvimento e, proporcionalmente, dos 33 artigos que mencionam ações de autocuidado, 96% (n=32) falam de ações referentes à saúde física, como alimentação equilibrada e exercícios físicos. Já o aspecto psicológico é mencionado em 89% dos artigos, mas ações de autocuidado que englobam a saúde mental só foram mencionadas em 72% dos 33 artigos (n=24) – um número bem menos proporcional. Quando se trata de aspectos sociais, a disparidade é ainda mais severa: 79% dos artigos incorporam o social no seu conceito ou teoria, porém somente 48% (n=16) dos estudos que falam sobre ações de autocuidado mencionam ações referentes à saúde social do indivíduo.

É comum que ações de autocuidado voltadas para a saúde física sejam também mais específicas e menos abstratas. Por exemplo, alguns descrevem ‘estilo de vida saudável’, mas um número maior de artigos fala especificamente sobre alimentação saudável, exercício

físico, restrição de álcool e cigarro, e assim por diante. Já as ações voltadas para a saúde psicológica e social são mais amplas e vagas, como “manter a mente sã e sensata” (Bartos, 2020, p.466) ou simplesmente “apoio familiar” (Blok, 2017, p.141). A tabela 1 lista as principais ações de autocuidado mencionadas nos artigos.

Tabela 1

Ações de autocuidado descritas nas revisões

Saúde física	N	Saúde psicológica	N	Saúde social	N
Alimentação saudável	26	Percepção de problemas e tomada de decisões	13	Buscar apoio (familiares e amigos ou grupos de apoio)	7
Exercício físico	23	Atividades de lazer e relaxamento	11	Equilíbrio entre tempo pra si e vida social	7
Automonitoramento de sintomas	16	Autoconsciência (de sensações e emoções)	10	Desenvolver os relacionamentos	6
Aderência a tratamentos específicos a doenças	15	Diálogo interno positivo (automotivação, autocompaixão)	9	Cultivar a compaixão (consigo e o outro)	4
Aderência a medicação prescrita	14	Procurar conhecimento (em saúde e em geral)	9	Manejo das atividades sociais (imposição de limites)	4
Sono saudável	12	Descanso (ex: pausas frequentes)	8	Cuidados com outros	3
Estilo de vida saudável (de forma geral)	10	Redução do estresse	8	Cuidados com a comunidade (ex: voluntariado)	2
Lidar com a dor (incluindo automedicação)	8	Meditação/ mindfulness	8	Liberdade das exigências sociais com aparência e gênero	2
Prevenção através de imunização, idas ao médico e exames	7	Lidar com as emoções negativas (coping)	8	Defesa dos próprios interesses (<i>selfadvocacy</i>)	1
Procurar ajuda profissional quando necessário	7	Encontrar significados positivos perante dificuldades	6		
Comunicação eficaz com profissionais da saúde	6	Aceitação/ adaptação da condição de saúde	6		
Restrição de fluidos e álcool	6	Terapia cognitivo comportamental	5		
Atividades para o bem-estar (ex: yoga, massagem relaxante, etc)	5	Autocuidado psicológico (de forma geral)	5		
Parar de fumar	5	Planejamento de objetivos	4		
Higiene e cuidados de vida diária	5	Persistencia/ resiliência	4		
Evitação de riscos	5	Mudança de crenças e prática de habilidades	3		

Perda de peso	3	Manter-se ativo frente às dificuldades	3
Vida sexual saudável	2	Cultivar a alegria, bom-humor e esperança	3
		Atividades criativas	2

Ainda sobre intervenções em autocuidado de doenças crônicas, Riegel et. al. (2021) aponta que somente 27% dos estudos previu qualquer intervenção voltada para a saúde psicológica, e não mais que 7% aconselharam ou organizaram apoio social. Esses dados são alarmantes porque adultos com doenças crônicas frequentemente sofrem de angústia, ansiedade e depressão por ter que lidar com atividades complexas e desafiadoras (Lu et al., 2016; Riegel et al., 2021), e o estresse diminui a expectativa de vida de pessoas com doenças crônicas (Riegel et al., 2021).

Um quarto aspecto do autocuidado, mencionado por uma minoria de revisões (15 das 48, ou 31%), é a saúde espiritual do indivíduo. A maioria desses estudos menciona a espiritualidade de forma geral, relacionando-a com a religiosidade. No entanto, alguns artigos trazem uma explanação mais ampla do conceito e das ações que constituem o autocuidado da saúde espiritual. Artigos que falam do autocuidado de profissionais da saúde que lidam com a morte diariamente trazem a saúde espiritual como algo essencial para o manejo do estresse, a proteção do *burnout* e o alinhamento com o seu significado e propósito de vida. Profissionais da saúde – frequentemente sobrecarregados emocionalmente, fisicamente e por questões burocráticas do seu trabalho – podem encontrar nas práticas espirituais a capacidade de restaurar a calma, a esperança e a compaixão, os conectando com prazer do trabalho e com seus pacientes (McElligott & Turnier, 2020; McAdam & Erikson, 2020; Siegel & Nagengast, 2019).

Artigos que trouxeram ações mais específicas de autocuidado espiritual mencionam práticas religiosas e práticas que proporcionam uma sensação de conexão com algo maior do que a si mesmo, tais como: meditação, exercícios físicos, esportes coletivos, atividades junto à natureza, a prática de perdoar, a prática da gratidão, projetos criativos e envolvimento social significativo (McAdam & Erikson, 2020; McElligott & Turnier, 2020; Riegel et al., 2019). É importante mencionar também que um artigo de revisão encontrou nas práticas espirituais uma barreira ao autocuidado, quando ações de autocuidado cientificamente comprovadas eram deixadas de lado em favor de práticas religiosas (como a procura por curandeiros ao invés de médicos e o uso indiscriminado de ervas medicinais) (Titus & Kataoka-Yahiro, 2019).

Subcategoria B: dimensões e atributos do autocuidado (incluindo capacidade própria, relações com os profissionais da saúde e relações sociais). As dimensões de um construto são um conjunto de propriedades empíricas que tem uma magnitude, isto é, que possuem atributos que podem ser medidos de alguma forma (Pasquali, 2010). As dimensões dizem respeito à estrutura interna do seu significado, ou seja, são características diferentes de um mesmo construto. Já os atributos são as variáveis do construto em si, aquilo que pode de fato ser medido (Gorenstein & Wang, 2016). Poucos artigos trouxeram literalmente as dimensões e atributos do autocuidado, apesar de muitos deles apresentarem o construto como multifatorial e descreverem características distintas que o compõem. As duas teorias do autocuidado mais citadas, a TDAE de Orem e a Teoria Intermediária do Autocuidado (*Middle-Range Theory of Self-Care*), descrevem características próprias das suas teorias para o autocuidado, mencionadas por alguns artigos da revisão.

Segundo a teoria de Orem, existem três atributos do autocuidado: as necessidades universais, as necessidades de desenvolvimento, e as necessidades de desvio de saúde. Necessidades universais são comuns a todos os seres humanos e estão relacionadas ao funcionamento e manutenção da integridade dos processos básicos de vida, como a obtenção de ar, água e alimentação, a eliminação de dejetos, a atividade e o descanso, a solidão e a interação social, a prevenção de perigos, e a promoção da plenitude da saúde em geral. Como exemplos de autocuidado relacionados às necessidades universais, pode-se citar: a alimentação balanceada, a prática de exercícios físicos moderados e a boa manutenção do sono.

As necessidades de desenvolvimento consistem em todas as ações que surgem quando há necessidades de adaptação, promovendo crescimento físico, emocional, mental e/ou sociocultural. Ações que exemplificam comportamentos de autocuidado relativos às necessidades de desenvolvimento são: o estudo, a profissionalização, a meditação e a aprendizagem de diversas atividades (Comley, 1994; Dalben, 2018; Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014; Silva et al., 2009).

As necessidades de desvio da saúde comportam cuidados com o processo natural de envelhecimento e/ou doença. A ação do autocuidado, neste contexto, se refere à capacidade de se engajar na manutenção ou busca por estas atitudes. Exemplos de necessidades de desvio de saúde são o cuidado com ferimentos e a aderência à medicação (Comley, 1994; Dalben, 2018; Pires et al., 2015; Queirós & Vidinha, 2014; Silva et al., 2009).

A Teoria intermediária do Autocuidado (Middle-Range Theory of Self-Care) de Riegel é assim chamada pois propõe um conceito para o autocuidado de pessoas com doenças crônicas, que estão no nível intermediário do continuum do cuidado. Apresenta o autocuidado como um conceito amplo que abarca todos os outros conceitos relacionados ao cuidado que uma pessoa tem com a sua própria saúde. Em uma pessoa saudável, a teoria sugere que o autocuidado busca manter o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Em uma pessoa com uma doença (crônica ou aguda), em contrapartida, além da manutenção do bem-estar a pessoa vai cumprir atividades para manter a doença estável (manutenção do autocuidado), monitorar sinais ou sintomas referentes à doença e seu tratamento (monitoramento do autocuidado), e intervir por meio de ações decididas de forma autônoma ou em conjunto à equipe de saúde para tratar a doença (gerenciamento do autocuidado), além de manejar seus sintomas (Baydoun et al., 2018; Buck et al., 2021; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2012). Por exemplo, uma pessoa com diabetes pratica a manutenção do autocuidado ao reduzir o açúcar e carboidrato da sua dieta, o monitoramento do autocuidado ao checar seu nível de glicose no sangue, e o gerenciamento do autocuidado ao aplicar insulina extra quando necessário.

Alguns artigos propuseram diferentes dimensões e atributos do autocuidado geral, que foram mencionados uma única vez e baseados nas teorias específicas propostas por aqueles artigos (LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Blok, 2017; Høy & Hall, 2020; McAdam & Erikson, 2020). Outros, ainda, trouxeram atributos do autocuidado de uma condição de saúde específica, como a diabetes ou a insuficiência cardíaca (Lu et al., 2016; Spaling et al., 2015; Stewart et al., 2014; Malecki et al., 2020; Van Dongen et al., 2020).

A maioria dos artigos da presente revisão, no entanto, trouxe características nas suas discussões que foram categorizadas e estão sendo propostas como dimensões e atributos do autocuidado. As dimensões propostas são: capacidade para cuidar da própria saúde, cuidados junto aos profissionais da saúde e cuidados nas relações sociais.

Autocuidado consigo: capacidade para cuidar da própria saúde. A capacidade de cuidar da própria saúde, previsivelmente, foi um tema presente em todos os artigos incluídos nesta revisão. Assim como o aspecto físico do autocuidado foi historicamente o foco dos estudos sobre o tema, as ações de promoção e manutenção da própria saúde sempre estiveram no centro das publicações e conceitos. Uma das primeiras conceituações de promoção de saúde, descrita por Levin em 1976, traz o autocuidado como um processo em

que uma pessoa leiga cuida da própria saúde – definindo também o autocuidado como uma atenção primária de saúde (Godfey et al., 2011).

Conceitos relacionados a essa capacidade vêm também sendo desenvolvidos e tiveram espaço nas revisões. O conceito de Agência (selfcare agency) foi mencionado de forma significativa (n= 27), direta ou indiretamente. Agência é definida como a capacidade ou habilidade de um indivíduo para reconhecer as suas necessidades e acessar recursos pessoais e ambientais para o autocuidado (Matarese et al., 2018; Lambermon et al., 2020). Outros termos, como Capacidade do paciente (Patient capacity) (Boehmer et al., 2016) e Ativação do paciente (Patient activation) (Bousquet et al., 2019; Budhwani et al., 2019; Jaarsma et al., 2020) trouxeram definições quase idênticas a de agência e foram agrupados nesse mesmo conceito. Uma diferença interessante entre Agência e Ativação do paciente é que essa última inclui no seu conceito a crença que um indivíduo tem na sua própria capacidade (autoeficácia).

Para além das capacidades mais conhecidas de autocuidado, que envolvem as atividades de vida diária, muitos artigos trouxeram a importância do envolvimento ativo do indivíduo no seu cuidado em saúde como um ponto chave da Agência. Alguns termos utilizados para sinalizar essa importância foram: processo decisório (Riegel et al., 2019), responsabilidade pessoal (Herber et al., 2017; Jaarsma et al., 2020; Slemon et al., 2021), engajamento (Villa et al., 2019; Laposha & Smallfield, 2020), conscientização (Castanharo & Wolff, 2014; Spaling et al., 2015; McAdam & Erikson, 2020), comprometimento (Herber et al., 2017; Siegel & Nagengast, 2019), e apropriação (da sua doença) (Nunes et al., 2015), sempre atrelados à ideia de que as ações de autocuidado precisam ser propositais, e que uma participação ativa produz melhores resultados (Bousquet et al., 2019; Budhwani et al., 2019).

Outro conceito bastante enfatizado na discussão sobre a capacidade de cuidar da própria saúde foi a autonomia, ou empoderamento (mencionados em 15 artigos de revisão). Esses conceitos estão interligados por serem dois lados de uma mesma moeda: a autonomia, definida como a capacidade de uma pessoa de identificar as suas necessidades, tomar as próprias decisões em saúde e agir para cuidar de si mesma (Castanharo & Wolff, 2014; Matarese et al., 2018), parece ser o resultado do empoderamento, que pode ser definido como um processo que auxilia o paciente a pensar criticamente e tomar para si o poder sobre si mesmo e suas decisões (Lee et al., 2016).

O nível de autonomia, evidentemente, é algo diferente para cada indivíduo em cada momento diferente da sua vida, uma vez que depende da capacidade do sujeito no momento,

das suas condições de saúde e dos riscos a serem enfrentados – que são variados mesmo dentro de uma mesma doença (Nunes et al., 2015). Ainda assim, os artigos que relacionam autonomia e autocuidado trazem evidências de que graus elevados de autonomia proporcionam um autocuidado mais eficiente e efetivo (Kapun et al., 2016) e aumentam a sensação de satisfação com a vida e de domínio sobre si mesmo (Samartini & Cândido, 2021). Conhecimento e informação, sejam adquiridos de forma autônoma ou em conjunto com a equipe de saúde, também empoderam os pacientes a buscar seu bem estar físico e psicológico (Van Dongen et al., 2020) e reafirmam a crença de que ele pode atingir um nível maior de autossuficiência (Santos et al., 2019). Esses dados estão em consonância com evidências de que tanto empoderamento quanto conhecimento em saúde são preditivos para uma boa condição de saúde, e que sua interação pode ser ainda mais (Náfrádi, Nakamoto, Csabai, Papp-Zipernovszky & Schulz, 2018).

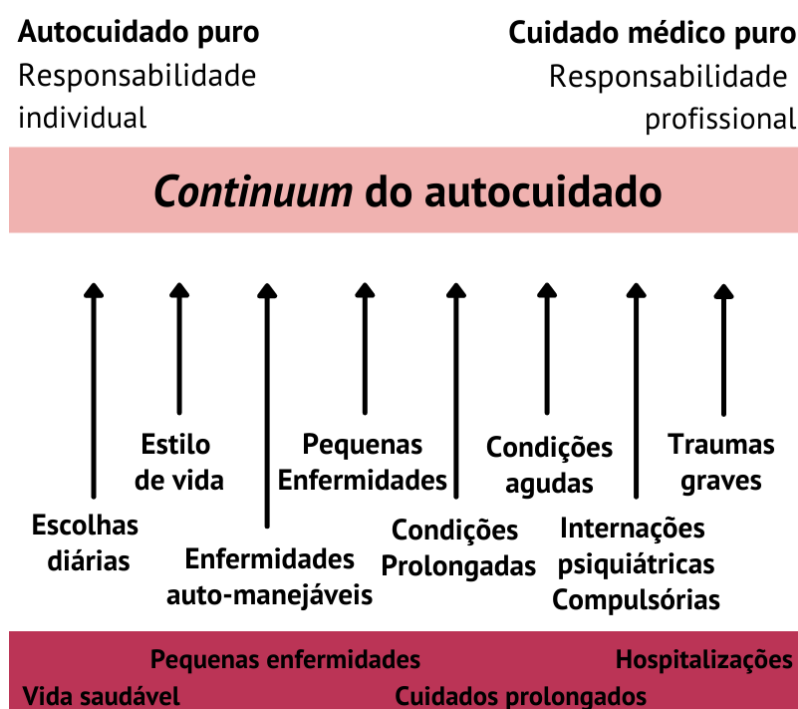
O processo de empoderamento – ou de desenvolvimento da autonomia – pode ser compreendido de forma intrapessoal, observando a capacidade percebida que o indivíduo tem em participar das decisões de saúde, ou interpessoal, sendo afetado pela interação entre o sujeito e os profissionais da saúde ou outras pessoas da rede social do indivíduo (Lee et al., 2016; Náfrádi et al., 2018). A distinção entre esses dois pontos de vista pode ser percebida também nos artigos de revisão analisados. Artigos que utilizavam o termo autonomia o apontaram como uma característica do sujeito que pode ser desenvolvida (Castanharo & Wolff, 2014; Kapun et al., 2016; Nunes et al., 2015; Stewart et al., 2014; Samartini & Cândido, 2021; Santos et al., 2019), já aqueles que empregavam o termo empoderamento o designavam como algo facilitado pelos profissionais da saúde, e por vezes como resultado do processo de autocuidado (Bell et al., 2016, Bousquet et al., 2019; Budhwani et al., 2019; Malecki et al., 2020; Masheder et al., 2020; Van Dongen et al., 2020; Waligora et al., 2019). Alguns artigos, ainda, utilizaram os dois termos em conjunto (Matarese et al., 2018; Eassey et al., 2020).

De uma forma ou de outra, autonomia e empoderamento são conceitos complexos e multifacetados que se relacionam ao autocuidado tanto quando falamos da capacidade do sujeito de cuidar da própria saúde quanto da sua relação com os profissionais da saúde. Nesse contexto, como mencionado anteriormente, perceber o autocuidado dentro de um continuum pode ser útil para a compreensão do conceito. Seis artigos analisados mencionaram o continuum do autocuidado especificamente (Baydoun et al., 2018; Herber et al., 2017; LeBlanc & Jacelon, 2018; Bell et al., 2016, Budhwani et al., 2019; Slemon et al., 2021) e

diversos outros abordaram o papel de outras pessoas (profissionais da saúde ou pessoas da rede social do sujeito, que serão abordados a seguir). A figura 4 ilustra o continuum do autocuidado, com ações inteiramente realizadas pelo indivíduo em um extremo, e ações inteiramente realizadas por profissionais da saúde em situações hospitalares em outro. A maior parte das situações, no entanto, requer uma parceria entre paciente e profissional da saúde, normalmente decaindo sobre o sujeito a responsabilidade de procurar essa parceria.

Figura 4

O continuum do autocuidado. Traduzido de Blok (2017)



Autocuidado por meio de outros: cuidados junto aos profissionais da saúde. Os cuidados junto aos profissionais da saúde fazem parte do autocuidado uma vez que este relacionamento não só influencia o autocuidado, mas também pela responsabilidade de procurar os profissionais de saúde, se manter atento às recomendações e de fato agir em prol da sua saúde, na maioria dos casos, ser do indivíduo. A autonomia e o empoderamento, mencionados acima, são importantes fatores nessa relação. É frequente que pacientes não se sintam empoderados pelos seus médicos, seja por não se sentirem bem-vindos a colaborar no processo decisório, não recebendo informações suficientes para se sentirem seguros nas suas ações ou não tendo suas particularidades culturais reconhecidas (Eassey et al., 2020).

Godfrey e seus colegas (2011) classificaram o autocuidado por meio de outros como uma parte importante do autocuidado, e isso pode ser observado em 29 dos 48 artigos de revisão analisados. A autonomia do indivíduo para comunicar aos profissionais de saúde questões relativas ao seu processo de saúde-doença, em especial, foi mencionada com frequência, assim como a importância do papel dos cuidadores (profissionais ou informais) nesse processo (Castanharo & Wolff, 2014; Bell et al., 2016, Samartini & Cândido, 2021; Masheder et al., 2020). Os artigos trouxeram o autocuidado como parte importante das políticas públicas para o gerenciamento de diversas doenças crônicas e essencial para a manutenção do bem-estar geral. O empoderamento do paciente, o desenvolvimento da sua autonomia e ações educativas foram apresentados como maneiras importantes de construir pontes entre o cuidado profissional e o autocuidado.

A maior parte dos artigos apontou a responsabilidade do profissional da saúde na construção dessa ponte (16 dos 29). Uma possível razão para esse alto número é que, em geral, os artigos científicos são dirigidos aos profissionais e não aos seus pacientes. Tendo dito isso, a cultura paternalista no cuidado em saúde foi colocada como um obstáculo para o desenvolvimento dessa autonomia tão central para que o indivíduo exerça o autocuidado. Profissionais da saúde tendem a ter uma atitude paternalista ao não levarem em consideração as necessidades psicológicas dos pacientes e a sua experiência singular frente a própria saúde, assim como as dificuldades frente às mudanças de hábitos que algumas doenças requerem (Nunes et al., 2015; Eassey et al., 2020; Samartini & Cândido, 2021). Uma das maneiras de estimular a participação ativa do paciente no seu processo de saúde é reconhecer que o paciente é o expert na maneira que sua própria doença o afeta (Budhwani et al., 2019), compartilhando conhecimento, ferramentas para agência, e o processo decisório em si (Budhwani et al., 2019; Bousquet et al., 2019). Este empoderamento parece ter um efeito reforçador, permitindo que o indivíduo redescubra seus potenciais e se responsabilize pelo seu processo (Samartini & Cândido, 2021).

Alguns artigos trouxeram também o papel do indivíduo nessa ponte, apontando a sua responsabilidade em seguir as orientações de saúde, em se comunicar com o profissional da saúde quando necessário e em construir um relacionamento colaborativo com os seus cuidadores formais e informais (Castanharo & Wolff, 2014; Lu et al., 2016; Stewart et al., 2014; Buck et al., 2021; Waligora et al., 2019). Godfrey et al. (2011) descreve ações de autocuidado por outros como decisões que levam uma pessoa a agir (ou a não agir) por meio da compreensão de como a ajuda externa pode lhe ajudar a cuidar melhor de si. Exemplos

de autocuidado por outros dados por esses autores correspondem aos conceitos expressos nos artigos: busca por conhecimento em saúde, a procura por recursos informais ou profissionais, a compreensão de como agir caso a sua saúde deteriore-se e a busca por adaptações no tratamento proferidos que correspondam à sua necessidade são alguns exemplos dados desse comportamento.

Outros artigos, ainda, foram explícitos em falar sobre a responsabilidade nessa construção ser de ambos, de forma sistêmica (Nunes et al., 2015; Blok, 2017; Van Dongen et al., 2020). Há muito debate quando se fala de autocuidado como uma política pública em saúde. O autocuidado, mesmo sendo essencial para a vida, pode ser utilizado como uma responsabilização simplista do indivíduo no processo de saúde-doença (Greaney & Flaherty, 2020; Wilkinson & Whitehead, 2009). Existem diversas variáveis externas que influenciam no autocuidado (que serão melhor desenvolvidas no item 1.3.2), e naturalmente os indivíduos não têm condições físicas, psicológicas ou sociais iguais quando se trata da sua capacidade de autocuidado. O Brasil, que é a 7ª nação mais desigual do mundo segundo a UNESCO (2019), por exemplo, certamente tem indivíduos com necessidades, experiências e dificuldades em saúde amplamente diferentes. A responsabilidade não é ou do sujeito, ou do profissional, mas de ambos. Quando existem barreiras, como uma comunicação ineficiente, este é o resultado da falha do sistema, e não do indivíduo (Asano et al., 2021).

De qualquer forma, a formulação de objetivos, a troca de feedbacks, a recepção de informações úteis e outras experiências positivas relacionadas aos profissionais de saúde em um momento de doença traz uma sensação de controle e alívio (Asano et al., 2021; O'Hara et al., 2019). Essas experiências também afetam a autoeficácia, a aderência ao tratamento, a maneira que o indivíduo experiencia a sua doença e o bem estar geral (Herber et al., 2019; Herber et al., 2017; Stewart et al., 2014; Villa et al., 2019; Bousquet et al., 2019; Buck et al., 2021; Budhwani et al., 2019; Eassey et al., 2020; Lambermon et al., 2020; Malecki et al., 2020; Samartini & Cândido, 2021; Santos et al., 2019; Siegel & Nagengast, 2019; Van Dongen et al., 2020). Um artigo específico (Eassey et al., 2020) trouxe a necessidade de o cuidado em saúde ser a mais abrangente de tais necessidades psicológicas e sociais.

Além disso, enfatizar a importância do autocuidado para cuidadores também valida a necessidade de eles próprios cuidarem de si, uma vez que profissionais da saúde e cuidadores informais frequentemente não procuram satisfazer as próprias necessidades (Waligora et al., 2019). Curiosamente, os dois artigos que citam cuidadores profissionais (cirurgiões e enfermeiras) não mencionam esses públicos na sua capacidade de pacientes –

algo que certamente são em alguns momentos (Cooper et al., 2020; Siegel & Nagengast, 2019).

Autocuidado com os outros: cuidados nas relações sociais. Em 2006 Grey, Knafl, e McCorkle cunharam o termo “self- and family-management” (algo como “gerenciamento de si e da família”) para falar sobre a relação intrínseca entre o cuidado da saúde do indivíduo e o cuidado familiar (Villa et al., 2019). Mais tarde, Ryan e Sawin (2009) descreveram a Teoria do autogerenciamento individual e familiar (Individual and Family Self-Management Theory) para desenvolver o conceito dialético de que no autogerenciamento – assim como nos outros aspectos da vida – a mudança em um indivíduo do sistema afeta o sistema como um todo (tanto para facilitar quanto para dificultar ações de cuidado). As autoras fazem uma distinção entre autocuidado e autogerenciamento, definindo o primeiro como voltado para ações do dia-a-dia que acontecem sem supervisão profissional, e conceitualizando o segundo como ações aprendidas que envolvem novos conhecimentos, crenças, habilidades e envolvimento social para o manejo de doenças crônicas ou prática de comportamentos saudáveis. Mesmo fazendo essa distinção, Ryan e Sawin (2009) solidificaram a ideia de que cuidar de si é um fenômeno complexo que afeta todo o sistema familiar, na saúde ou na doença, e que não pode ser tratado como algo dissociado do todo.

A análise dos artigos de revisão revelou que 38 dos 48 artigos aponta as relações sociais ou como parte do autocuidado (n=22), ou como um fator influenciador de importância (n=16). Enquanto influência, há evidências de que a socialização melhora não só a capacidade do autocuidado (Lambermon et al., 2020; Villa et al., 2019), mas a qualidade de vida e bem-estar (Santos et al., 2019; Samartini & Cândido, 2021), promovendo uma maior aderência a comportamentos saudáveis (como boa alimentação e exercícios físicos), uma melhor qualidade do sono (Mashedder et al., 2020) e menores riscos de mortalidade (Villa et al., 2019). É também correlacionada com melhores resultados em saúde como um todo: como nos processos inflamatórios, no desenvolvimento das doenças crônicas, em resultados pós-cirúrgicos, na reincidência de câncer, nos processos de depressão e até na melhora da hemoglobina (Mashedder et al., 2020; Malecki et al., 2020; Villa et al., 2019).

Como apresentado na Subcategoria A – autocuidado como um processo que envolve a saúde integral – a saúde social é mencionada como um aspecto do autocuidado em 79% das conceitualizações. No entanto, um número bem mais reduzido de artigos explica de que forma se dá essa relação. Na tabela 1, apresentada anteriormente, é possível perceber que as ações de autocuidado social são em menor número e mais vagas nas suas descrições. Uma

das possíveis razões para essa imprecisão é o fato de necessidades sociais serem mais subjetivas do que as necessidades físicas ou mesmo psicológicas – por exemplo, moderar o consumo de álcool é uma ação que beneficia o ser humano de forma universal, mas ‘sair com amigos’ ou ‘participar de eventos familiares’, é algo que será positivo ou não dependendo do contexto de cada pessoa.

Os conceitos de apoio social e engajamento social (os mais frequentemente usados nas revisões analisadas) são de fato extremamente complexos. Apoio social é um conceito multidimensional, composto por dois aspectos distintos: apoio percebido (quanto o indivíduo se sente amparado) e apoio objetivo (quanto o indivíduo é de fato amparado segundo dados mensuráveis). Ambos são importantes e se entrelaçam quando falamos de efeitos em saúde. É definido como uma transação interpessoal que pode envolver interesse emocional, ajuda objetiva (materiais ou serviços), fornecimento de informação e/ou fornecimento de avaliação por parte de outra pessoa, sendo efetiva quando atende à necessidade demandada frente aos estressores e estratégias presentes na situação (Wilcox & Vernberg, 2013). Já engajamento social é a base das relações sociais em uma comunidade, oferecendo uma sensação de pertencimento, identidade social e satisfação (Luo et al., 2020).

Sendo assim, o papel do autocuidado nas relações sociais (autocuidado com os outros) aparecem tanto como um aspecto receptor, onde as ações de autocuidado têm a ver com buscar o tipo de apoio social necessário à saúde e ao bem-estar, quanto como um aspecto conessor, em que as ações de autocuidado são relacionadas a cuidar de outras pessoas, trazendo uma sensação de satisfação, competência e pertencimento para o indivíduo. Ambos aspectos foram observados nos artigos de revisão e as relações sociais apareceram tanto na qualidade de ações de autocuidado quanto de necessidades básicas do indivíduo. As relações sociais mencionadas também têm múltiplas fontes: de familiares e cônjuges a amigos e pares que vivenciam as mesmas questões de saúde.

Diversos artigos analisados reconhecem a relação sistêmica entre necessidades pessoais e o autocuidado com os outros, admitindo que todo autocuidado acontece dentro de um contexto e frisando a importância da ampliação da noção de autocuidado para incluir o cuidado com outras pessoas como uma forma de cuidado consigo (LeBlanc & Jacelon, 2018; Eassey et al., 2020; Høy & Hall, 2020; Van Dongen et al., 2020). Enquanto uma necessidade de autocuidado, o autocuidado com os outros foi relacionado às necessidades básicas de socialização, pertencimento e também de imposição de limites do indivíduo. Além de prover força emocional e segurança em caso de uma piora de sintomas, pessoas com condições

crônicas também relataram que a manutenção das suas relações sociais protege a sua noção de identidade, seus papéis sociais e lhes traz uma sensação de importância e utilidade (LeBlanc & Jacelon, 2018; Villa et al., 2019; Cooper et al., 2020; Eassey et al., 2020; Masheder et al., 2020; Van Dongen et al., 2020).

A imposição de limites se torna importante como necessidade de autocuidado com os outros uma vez que a satisfação gerada pelo pertencimento e a sensação de competência ao cuidar do outro pode trazer problemas quando não for regulada por uma consciência de si. Os artigos sugerem uma fusão de conceitos aparentemente opostos (autocuidado e cuidado com o outro) para que as pessoas percebam que uma falha ao suprir as próprias necessidades pode levar à fadiga de compaixão e/ou ao burnout, as impedindo de cuidar de outras pessoas (Matarese et al., 2018; Morganson et al., 2014; Villa et al., 2019; Waligora et al., 2019; McAdam & Erikson, 2020; McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Slemmon et al., 2021). Este ponto de vista fica mais claro quando se fala do autocuidado de cuidadores (formais ou informais), mas é igualmente importante na vida de qualquer indivíduo.

Outros artigos, de forma diferente, mas com o mesmo intuito, sugerem que as pessoas aprendam a distinguir partes do seu self para conseguirem suprir a necessidade social de pertencimento. Eassey et al. (2020), por exemplo, apontaram como em muitos casos as pessoas preferiam sentir-se ‘normais’ a cuidarem da sua saúde ou pedirem ajuda – fenômeno relatado de forma similar por Van Dongen et al. (2020). Waligora et al. (2019) sugerem como um facilitador do autocuidado que a pessoa (no caso, o cuidador informal) possa se ver de forma separada nos seus papéis sociais (aqui o papel de cuidador e de familiar/amigo de quem ela cuida). Uma separação similar é sugerida por Piran (2015), mas nesse caso entre a autoimagem e as expectativas irreais que o ideal de magreza propõe para as pessoas.

As ações de autocuidado que visam a saúde social do indivíduo implicam tanto em buscar a ajuda adequada quando as demandas de autocuidado sobrepõem as capacidades, quanto em cuidar das relações sociais para que as suas necessidades básicas sejam supridas. Block (2017) exemplifica o primeiro quando sugere o conceito de colaboração proativa como um atributo dos comportamentos de autogerenciamento (usado como sinônimo de autocuidado no artigo em questão). A colaboração proativa são ações específicas feitas pelo sujeito em prol do gerenciamento de sua doença e executadas junto a um parente ou outra pessoa ou grupo que tenha experiência na situação, como ir ao médico, comunicação com um profissional da saúde, seguir o tratamento estabelecido e receber apoio familiar.

Inclusas nas ações de autocuidado social estão as atitudes que buscam um equilíbrio entre ações de cuidado consigo e de cuidado com o outro. Boehmer et al. (2016) traz a relação entre a capacidade do paciente (*patient capacity*), sua rede social e ações de autocuidado, enfatizando a importância dos resultados cognitivos, emocionais e empíricos de completar as ações de autocuidado apesar das prioridades conflitantes presentes na vida de qualquer indivíduo. Essas prioridades podem ser relacionadas a outras condições concomitantes de saúde, a expectativas nos papéis sociais presentes na vida da pessoa, ou podem ser conectadas a normas culturais da vida do indivíduo. Outros artigos, especialmente aqueles que traziam a associação do autocuidado a papéis sociais de cuidado, também tocaram nessa questão (Morganson et al., 2014; Piran, 2015; Villa et al., 2019; Waligora et al., 2019; Bartos, 2020; Budhwani et al., 2019; Cooper et al., 2020; Eassey et al., 2020; Høy & Hall, 2020; Lambermon et al., 2020; McAdam & Erikson, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Titus & Kataoka-Yahiro, 2019; Van Dongen et al., 2020). Além disso, a compaixão e a empatia na relação com o ambiente social (tanto consigo mesmo, com o outro, ou dos outros para consigo) foram abordados como facilitadores das relações de autocuidado (Boehmer et al., 2016; Morganson et al., 2014; Piran, 2015; Cooper et al., 2020; Laposha & Smallfield, 2020; Malecki et al., 2020; Mashedier et al., 2020; McAdam & Erikson, 2020; McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Slemon et al., 2021).

Além de falarem sobre o autocuidado com os outros no nível interrelacional, os artigos trouxeram a importância dessa relação também no nível do macro sistema – nas relações culturais, políticas, econômicas, organizacionais e sociais como um todo (Boehmer et al., 2016; LeBlanc & Jacelon, 2018; Morganson et al., 2014; Blok, 2017; Budhwani et al., 2019; Cooper et al., 2020; Jaarsma et al., 2021; Høy & Hall, 2020). Parece que, quando abordado pelas instituições de forma colaborativa e interessada, o autocuidado tem o potencial de empoderar pacientes, funcionários e consumidores, trazendo melhores resultados de saúde, mais qualidade de vida e autonomia ao mesmo tempo que alivia a sobrecarga dos sistemas de saúde (Ausili et al., 2014; Boehmer et al., 2016; Herber et al., 2019; Matarese et al., 2017; Matarese et al., 2018; Packer et al., 2018; Piran, 2015; Toukhsati et al., 2019; Bell et al., 2016, Blok, 2017; Budhwani et al., 2019; Cooper et al., 2020; McAdam & Erikson, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Slemon et al., 2021; Titus & Kataoka-Yahiro, 2019).

Subcategoria C: autocuidado como um conceito complexo, dinâmico e amplo. O autocuidado é apresentado como um conceito complexo e/ou dinâmico por 21 dos 48 artigos (Baydoun et al., 2018; Boehmer et al., 2016; Caro-Bautista et al., 2014; Herber et al., 2019; LeBlanc & Jacelon, 2018; Lu et al., 2016; Nunes et al., 2015; Packer et al., 2018; Stewart et al., 2014; Toukhsati et al., 2019; Blok, 2017; Asano et al., 2021; Bousquet et al., 2019; Eassey et al., 2020; Høy & Hall, 2020; Jaarsma et al., 2021; Lambermon et al., 2020; Riegel et al., 2019; Santos et al., 2019; Siegel & Nagengast, 2019; Van Dongen et al., 2020). Complexidade é, em si, um termo complexo. De forma simplificada, ele pode ser definido como um número de elementos que se interconectam de maneira não-linear (Guarisoni et al., 2014). De forma mais intrincada, pode-se dizer que a complexidade é composta por elementos múltiplos (quantidade), diversos, que exibem informações coesas e se comportam de forma entrópica. Na realidade, não é somente na composição da complexidade que esses elementos estão presentes, mas em todos os seus parâmetros sistêmicos: composição, conectividade, estrutura, integralidade, funcionalidade e organização (de Albuquerque Vieira, 2006).

A complexidade do autocuidado é justificada primeiramente por ser um conceito multifacetado (complexo na sua composição, integralidade e função), que requer uma ampla gama de estratégias e experiências que dependem invariavelmente das condições de saúde física, mental e psicológica, situação social e cultural, oportunidades de aprendizado, história de vida, capacidades, preferências e características do sujeito, entre outros (Caro-Bautista et al., 2014; LeBlanc & Jacelon, 2018; Nunes et al., 2015; Packer et al., 2018; Asano et al., 2021; Høy & Hall, 2020; Jaarsma et al., 2021; Lambermon et al., 2020; Santos et al., 2019; Van Dongen et al., 2020). A relação entre a o conhecimento sobre a sua condição e as ações de autocuidado que os indivíduos de fato implementam na sua vida também foi apontada como complexa (complexidade de estrutura). Por esse motivo o nível de complexidade no projeto e implementação dos estudos científicos precisa levar em conta essa característica (Lu et al., 2016; Spaling et al., 2015; Jaarsma et al., 2021). Apesar de muitas vezes o processo científico ter limitações práticas que requerem a simplificação das suas operações, levar em conta somente uma faceta do autocuidado (como somente questões biológicas, por exemplo) não dá conta dessa complexidade, perdendo-se a dimensão completa do fenômeno (Jaarsma et al., 2021).

Outra característica complexa do autocuidado é a sua conexão com as relações humanas (complexidade de conectividade e integralidade). Como foi apontado

anteriormente, o cuidado por meio do outro e o cuidado com o outro são partes importantes do conceito de autocuidado. Desta forma, tanto aspectos intrapessoais quanto interpessoais e sistêmicos são integrais a este conceito. Essas relações são diversas, interconectadas e dependem de incontáveis variáveis, se encaixando plenamente na complexidade proposta ao conceito de autocuidado. Por exemplo, o nível de capacidade de autocuidado de uma pessoa com uma DCNT se relaciona à severidade da sua doença no momento, que está relacionada a aspectos biológicos, sociais e comportamentais, que também se relacionam à disponibilidade de tratamento que o sistema de saúde daquele indivíduo lhe proporcionou durante a vida. Além disso, indivíduos que praticam o autocuidado, mesmo aqueles com doenças graves ou incapacitantes, precisam lidar por si mesmos com diversas dificuldades que o autocuidado apresenta. Manejar tratamentos complicados, navegar as especificidades do sistema de saúde disponível, renegociar responsabilidades e papéis familiares ou até administrar questões de trabalho relacionadas à condição de saúde são só alguns exemplos destas dificuldades (Packer et al., 2018; Høy & Hall, 2020; Van Dongen et al., 2020; Budhwani et al., 2019).

Outra questão que traz complexidade para o conceito é o fato de pessoas diferentes terem necessidades de autocuidado diferentes ao longo do seu processo de vida (complexidade de organização). Seja por sua condição melhorar, piorar, por desenvolverem comorbidades ou por estarem em diferentes fases da sua vida, mesmo pessoas com a mesma condição de saúde apresentam necessidades diferentes de autocuidado. Além disso, é bastante frequente que condições de saúde – especialmente as crônicas – sejam cíclicas (Herber et al., 2019; LeBlanc & Jacelon, 2018; Lu et al., 2016; Packer et al., 2018; Nunes et al., 2015; Budhwani et al., 2019; Høy & Hall, 2020; Lambermon et al., 2020; Santos et al., 2019; Van Dongen et al., 2020). Pacientes com câncer avançado, por exemplo, podem perceber suas necessidades de autocuidado de forma muito diferente que em outras etapas da sua vida, visto que frequentemente precisam lidar com uma possibilidade de morte iminente (Van Dongen et al., 2020).

Um conceito dinâmico é aquele que se modifica constantemente, que evolui e que prevê movimento e transformação (Trevisan, 2015). Portanto, as mesmas características que dão ao autocuidado a complexidade de organização, também o fazem um conceito dinâmico. Ele é percebido como um processo contínuo e progressivo, que demanda a atenção do indivíduo durante toda a sua vida de maneiras diferentes (Boehmer et al., 2016; Herber et al., 2019; Packer et al., 2018; Toukhsati et al., 2019; Budhwani et al., 2019; Lambermon

et al., 2020; Riegel et al., 2019; Van Dongen et al., 2020). Mesmo em um curto espaço de tempo esta qualidade pode ser observada, na alimentação por exemplo, onde ela pode ser drasticamente diferente em dias de semana e finais de semana, tanto em quantidade, frequência ou qualidade (Boehmer et al., 2016).

Outra característica dinâmica do autocuidado é como seus componentes se influenciam mutuamente ou sistemicamente, por vezes de forma cíclica (Boehmer et al., 2016; Herber et al., 2019; Blok, 2017; Siegel & Nagengast, 2019; Van Dongen et al., 2020). Um exemplo intrapessoal é a maneira que as experiências de autocuidado influenciam o conceito que uma pessoa tem da sua doença e também a sua autoeficácia ao lidar com ela, que em troca influenciam a sua experiência de autocuidado (128). Um exemplo interpessoal desta característica dinâmica é como o autocuidado de cuidadores influencia a compaixão que estendem aos seus pacientes/familiares, que em troca aumenta a sua satisfação consigo mesmo e seu trabalho (Siegel & Nagengast, 2019). O fato de o autocuidado estar em um continuum é outro exemplo dessa característica (Baydoun et al., 2018; LeBlanc & Jacelon, 2018; Herber et al., 2017; Bell et al., 2016, Budhwani et al., 2019; Slemon et al., 2021).

A terceira característica conceitual do autocuidado é a sua amplitude. Essa característica trouxe alguns conflitos nos artigos analisados. 18 dos 48 estudos analisados define o autocuidado como um termo guarda-chuva que abarca outros termos relacionados na sua definição (Ausili et al., 2014; Boehmer et al., 2016; Caro-Bautista et al., 2014; Herber et al., 2017; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Kapun et al., 2016; O'Hara et al., 2019; Packer et al., 2018; Villa et al., 2019; Asano et al., 2021; Buck et al., 2021; Budhwani et al., 2019; Jaarsma et al., 2021; Jaarsma et al., 2020; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021; Van Dongen et al., 2020). Alguns desses estudos observam que o autocuidado é mais amplo por incluir medidas preventivas de saúde praticadas também por pessoas que não apresentam nenhum tipo de doença (em contraste com o autogerenciamento, que é composto por ações mais específicas a condições adversas de saúde) (Kapun et al., 2016; Budhwani et al., 2019; Van Dongen et al., 2020). No entanto, a maioria deles (13 de 18) utilizou A Middle-Range Theory of Self-Care de Riegel e colegas (2012) para explicar esta amplitude (Ausili et al., 2014; Caro-Bautista et al., 2014; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Villa et al., 2019; Asano et al., 2021; Buck et al., 2021; Budhwani et al., 2019; Jaarsma et al., 2021; Jaarsma et al., 2020; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021; Waligora et al., 2019).

A maioria dos artigos restantes (27 dos 30 artigos que não especificam o autocuidado como um termo guarda-chuva) não compara o autocuidado com outros termos. Três artigos, porém, apontam especificamente outros como termos mais amplos, delineando o autocuidado como parte destes termos (Baydoun et al., 2018; O'Hara et al., 2019; Eassey et al., 2020). De uma forma ou de outra, a própria complexidade, dinamismo e integralidade do conceito o torna amplo, uma vez que abarca diversas facetas e dimensões do comportamento humano.

1.4.2 Elementos que influenciam ações de autocuidado

Diversos elementos, internos ou externos ao indivíduo, podem servir como facilitadores ou barreiras ao autocuidado. 27 dos 48 artigos analisados mencionaram aspectos que influenciam os cuidados que uma pessoa tem com a própria saúde, abrangendo fatores tanto no nível individual quanto interpessoal e sistêmico. Alguns desses fatores – como a autoeficácia, o conhecimento em saúde e alguns aspectos relacionados à saúde mental, por exemplo – são atualmente o foco de diversas pesquisas por serem aspectos passíveis de mudança. Outros, como os sistemas de saúde disponíveis ou as experiências de vida acumuladas pelos sujeitos, podem ajudar a compreender melhor o fenômeno do autocuidado ainda que não estejam sob o controle do indivíduo.

A maior parte desses elementos podem funcionar tanto como facilitadores, caso sejam favoráveis, quanto como barreiras ao autocuidado, caso sejam desfavoráveis. A tabela 2 traz uma lista desses elementos. Embora haja uma presença menor de fatores interrelacionais e sistêmicos mencionados nos artigos de revisão, percebe-se que os principais fatores dessas categorias são mencionados com frequência. A disponibilidade de apoio social e de recursos sociais, particularmente, foi enfatizada tanto como uma parte importante do autocuidado em si quanto como um facilitador para o autocuidado quando já presente na vida do indivíduo. Já antecedentes culturais e sociais – como etnia, crenças religiosas, estigmas e a polarização dos papéis de gênero, por exemplo – fazem parte do contexto em que o autocuidado é realizado, ampliando ou limitando as possibilidades dos sujeitos. Muitos desses elementos têm claramente o potencial de influenciar uns aos outros, como por exemplo o acesso a cuidados em saúde e o conhecimento em saúde, dois aspectos amplamente citados.

Tabela 2

Elementos que influenciam ações de autocuidado

Individuais	N	Interpessoais	N	Sistêmicos	N
Autoeficácia	20	Disponibilidade de apoio e recursos sociais	15	Antecedentes culturais e sociais	16
Conhecimento	16	Colaboração	5	Acesso a cuidados em saúde (sistema de saúde)	10
Contexto psicológico geral	14	Contexto familiar	2	Antecedentes econômicos	6
Capacidades e habilidades (funcionais e cognitivas)	13			Determinantes sociais e políticas de responsabilidade social	4
Motivação	11				
Experiência	11				
Aderência/ Comprometimento	9				
Condição de saúde	8				
Hábitos prévios	7				
Autoconsciência	7				
Autoimagem	6				
Equilíbrio entre carga e capacidade de cuidado	6				
Comorbidades	5				
Crenças	5				
Percepção positiva	5				
Sensação de controle	4				
Valores	4				
Complexidade das doenças ou tratamentos	3				
Preparação/ organização	3				
Efeitos adversos do autocuidado	2				
Autonomia	2				

A autoeficácia foi o fator influenciador mais citado, presente na maior parte dos artigos (20 dos 28). Também chamada de confiança para o autocuidado (*self-care confidence*) nesse contexto, a autoeficácia é definida como a confiança na própria capacidade de lidar com as situações, fazer mudanças e/ou aprender as habilidades necessárias para atingir os resultados desejados (Herber et al., 2019; Stewart et al., 2014; Matarese et al., 2018; Budhwani et al., 2019; Eassey et al., 2020). Ela se diferencia do conceito de agência (*self-care agency*) por se referir à crença que o indivíduo tem na sua capacidade de executar ações específicas, e não na capacidade de autocuidado em si (Matarese et al., 2018). Sendo assim, mesmo que uma pessoa tenha a capacidade para realizar uma atividade – como fazer uma atividade física, por exemplo – a falta de crença na sua capacidade pode impedi-la de

sequer tentar ou de se comprometer com o seu objetivo. A autoeficácia de uma pessoa, não por acaso, é influenciada pelas suas emoções, atitudes e crenças, assim como suas características pessoais como contexto cultural e étnico (Herber et al., 2019).

A autoeficácia é um dos aspectos mais correlacionados com comportamentos saudáveis em adultos, gerando uma sensação de controle, disposição para enfrentar e persistir frente a tarefas novas e difíceis (Budhwani et al., 2019; Mashedder et al., 2020). Indivíduos com uma alta autoeficácia tendem a ser mais conscienciosos, mais abertos a novas experiências e menos influenciados por estressores externos (Mashedder et al., 2020). Assim como muitos outros aspectos influenciadores do autocuidado, a autoeficácia do indivíduo é também influenciada pelas suas experiências de autocuidado, gerando um sistema que se retroalimenta positiva ou negativamente (Herber et al., 2019).

Outros aspectos psicológicos foram citados além da autoeficácia. Aqueles que foram citados especificamente mais de uma vez foram categorizados separadamente (a saber: motivação, aderência/comprometimento, autoconsciência, autoimagem, crenças, percepção positiva, sensação de controle, valores e autonomia). Aqueles que expressavam emoções e fenômenos psicológicos de forma geral ou que haviam sido mencionados uma única vez foram agrupados na categoria ‘aspectos psicológicos gerais’. Estados emocionais como depressão, desesperança, medo, idealismo, perfeccionismo, não-pertencimento, falhas de percepção, auto sacrifício, e dificuldade em colocar limites foram alguns aspectos citados como barreiras para o autocuidado (Lambermon et al., 2020; Eassey et al., 2020; Bartos, 2020; Asano et al., 2021; Waligora et al., 2019). Aceitação, intenções positivas, determinação, responsividade, responsabilidade, engajamento, capacidade de adaptação, capacidade de distanciamento e sensação de merecimento foram elementos e características psicológicas apontadas como facilitadoras do autocuidado (Blok, 2017; Waligora et al., 2019; LeBlanc & Jacelon, 2018).

Um aspecto específico pertinente a essa pesquisa é a maneira que a autoimagem do indivíduo influencia na sua capacidade de autocuidado, explorada por seis artigos de revisão. A autoimagem é um dos elementos que podem influenciar tanto positivamente quanto negativamente o autocuidado, dependendo do relacionamento intra e interpessoal estabelecido. Uma autoimagem favorável é considerada essencial para a saúde do indivíduo, uma vez que repercute na maneira como o indivíduo reflete sobre si mesmo e comunica-se com os outros (Castanharo & Wolff, 2014; Piran, 2015; McElligott & Turnier, 2020). Spaling e colegas (2015) mencionam a autoimagem como um dos mediadores entre

conhecimento e autocuidado. Já Santos, Fava e Dázio (2019) apontam como uma autoimagem favorável pode influenciar a reintegração social do idoso ostomizado, potencialmente trazendo autonomia e criando, novamente, um sistema de retroalimentação que favorece o autocuidado.

Slemon, Jenkins e Bailey (2021) apontam como uma visão limitada do autocuidado pode ser reducionista, utilizando a autoimagem como exemplo. No contexto da conceitualização do autocuidado para estudantes de enfermagem, eles apontam alguns artigos que tratam a autoimagem como sinônimo de visão do corpo físico, fazendo uma relação direta com o peso. Reduzem, portanto, o autocuidado não só ao corpo físico, mas também a uma ideia equivocada de que a autoimagem saudável só pode acontecer em um corpo dentro do padrão estético vigente (focado na magreza, e não necessariamente na saúde integral) (Slemon et al., 2021; Piran, 2015; Oliveira & Machado, 2021). É importante apontar, ainda, que a autoimagem não é constituída somente de como a pessoa se vê, mas também de como ela acha que é ou se sente. Ela é construída na interação do sujeito com o mundo, e é permeada pelas construções sociais, relações afetivas e espaços socioculturais, constituindo em parte o valor que a pessoa atribui a si mesma (Oliveira & Machado, 2021). A autoimagem é, portanto, mais um aspecto que se relaciona de forma dinâmica não só com as ações de autocuidado, mas também com outros elementos influenciadores dele.

1.4.3 Resultados das ações de autocuidado para a saúde

Diversos artigos de revisão analisados (n= 24) incluíram resultados das ações de autocuidado nas suas discussões. Os resultados aqui discutidos são provenientes tanto de revisões sistemáticas que avaliaram estudos sobre programas de autocuidado e autogerenciamento quanto de revisões narrativas, portanto menos criteriosas nos seus métodos. Estes resultados também incluem atividades descritas nos artigos como autocuidado (tais como yoga e meditação) e diferentes tratamentos para condições específicas de saúde (como redução de sódio e exercícios respiratórios para pessoas com condições cardiovasculares, redução de açúcar para diabéticos, o uso de equipamentos de TENS – *Transcutaneous electrical nerve stimulation* – para mulheres com endometriose, entre outros). Os resultados descritos foram na sua grande maioria positivos, com poucos estudos descrevendo também consequências ruins (O'Hara et al., 2019) ou pouco expressivas (Toukhsati et al., 2019).

Em geral, os estudos descreveram que o autocuidado resulta em mais bem-estar (Ausili et al., 2014; Matarese et al., 2018; Blok, 2017; Mashedder et al., 2020; McElligott & Turnier, 2020; Riegel et al., 2019; Slemon et al., 2021), melhor qualidade de vida (Ausili et al., 2014; Baydoun et al., 2018; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; O'Hara et al., 2019; Stewart et al., 2014; Toukhsati et al., 2019; Bell et al., 2016, Blok, 2017; Malecki et al., 2020; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021; Van Dongen et al., 2020), e um melhor estado geral de saúde (Ausili et al., 2014; Baydoun et al., 2018; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Stewart et al., 2014; Bell et al., 2016, Blok, 2017; Asano et al., 2021; Laposha & Smallfield, 2020; Malecki et al., 2020; Riegel et al., 2019; Slemon et al., 2021; Van Dongen et al., 2020), incluindo menos risco de mortalidade (Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021). Alguns artigos apontam para uma melhor aderência aos tratamentos (Asano et al., 2021; Malecki et al., 2020), hábitos mais saudáveis (McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019), níveis maiores de autonomia/empoderamento (LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Bell et al., 2016, Høy & Hall, 2020) e melhores recursos de enfrentamento (coping), tanto quanto a doenças crônicas como em na vida diária (Matarese et al., 2018; O'Hara et al., 2019; Blok, 2017; Høy & Hall, 2020; Riegel et al., 2019; Slemon et al., 2021; Van Dongen et al., 2020).

Especificamente do ponto de vista físico, estudos relataram uma melhora nas capacidades físicas e habilidades gerais (Ausili et al., 2014; Matarese et al., 2018; Blok, 2017; Malecki et al., 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Van Dongen et al., 2020). Além disso, o autocuidado foi descrito como um agente na prevenção, redução ou eliminação de sintomas de doenças específicas (Matarese et al., 2018; Piran, 2015; Riegel et al., 2019; Van Dongen et al., 2020), incluindo a diminuição da dor (Ausili et al., 2014; O'Hara et al., 2019; Stewart et al., 2014) e a redução do uso de medicações (O'Hara et al., 2019).

Estudos também demonstraram o efeito positivo do autocuidado no estado emocional e psicológico, incluindo a diminuição da ansiedade e da sensação de impotência frente às dificuldades (O'Hara et al., 2019), uma melhora na autoimagem (O'Hara et al., 2019; Piran, 2015), na autoestima, na autovalorização, na autossuperação (Matarese et al., 2018) e na autoconfiança (O'Hara et al., 2019; Bell et al., 2016). Indicam, ainda, que o autocuidado pode trazer mais satisfação (Matarese et al., 2018; Blok, 2017; Siegel & Nagengast, 2019), mais resiliência (Cooper et al., 2020; Høy & Hall, 2020; McElligott & Turnier, 2020; Slemon et al., 2021; Van Dongen et al., 2020) e uma melhora na saúde mental em geral (Piran, 2015; Stewart et al., 2014; Høy & Hall, 2020; Van Dongen et al., 2020), reduzindo os efeitos do

burnout (McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Slemon et al., 2021) e diminuindo comportamentos autodestrutivos (Piran, 2015). Nesta mesma linha, o crescimento espiritual foi também um dos efeitos relatados (Slemon et al., 2021).

Melhores relações – consigo e com os outros – também foram apontadas como resultados do autocuidado. Alguns exemplos são os relatos de mais compaixão em profissionais de saúde, para consigo e também seus pacientes (Mashedor et al., 2020; Siegel & Nagengast, 2019); uma melhora na qualidade da vida sexual de mulheres com endometriose (O’Hara et al., 2019); e um maior senso de coerência e segurança, tanto em si mesmos quanto nos seus relacionamentos, vivenciados por pessoas que estão enfrentando situações de morte (Høy & Hall, 2020; Van Dongen et al., 2020).

Outros aspectos das relações interpessoais e sociais aludidas nos artigos de revisão incluem uma maior coesão social (LeBlanc & Jacelon, 2018; Høy & Hall, 2020), melhores níveis de funcionalidade social (Stewart et al., 2014; Malecki et al., 2020), maior percepção de apoio social (Matarese et al., 2018; O’Hara et al., 2019; Malecki et al., 2020); uma melhor capacidade para o trabalho (O’Hara et al., 2019; McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019) e uma melhor relação com os profissionais da saúde (O’Hara et al., 2019).

Esses resultados são condizentes com as ações de autocuidado descritas anteriormente, assim como com os objetivos expostos nas teorias. De forma similar com os aspectos que afetam o autocuidado, as consequências do autocuidado são claramente amplas e respondem à saúde integral do ser humano. Previsivelmente, os artigos de revisão também relatam que o autocuidado traz como benefício menos hospitalizações e/ou necessidade de usar o sistema de saúde (Herber et al., 2019; Matarese et al., 2018; Toukhsati et al., 2019; Bell et al., 2016, Blok, 2017; Asano et al., 2021; Riegel et al., 2019; Riegel et al., 2021), assim como uma redução nos custos com saúde, tanto individualmente quanto com a saúde coletiva (Ausili et al., 2014; Baydoun et al., 2018; LeBlanc & Jacelon, 2018; Matarese et al., 2018; Bell et al., 2016, Blok, 2017; Riegel et al., 2019).

Também como os elementos que afetam o autocuidado, essas consequências se relacionam umas com as outras e formam um ciclo de retroalimentação – quanto mais experiências positivas se tem, mais conhecimento e motivação para o autocuidado é gerada, e assim por diante. No entanto, como todo sistema dinâmico, ele é complexo – nem sempre mais conhecimento leva a melhores níveis de autocuidado ou melhores resultados (Spaling et al., 2015). Uma hipótese para a diminuição desses níveis é que mudanças no estilo de vida podem se tornar física e emocionalmente exigentes, sobrecarregando o indivíduo e tirando a

alegria do processo (O'Hara et al., 2019). Outro ponto é que, à medida que o autocuidado reduz custos na saúde pública – e parece reduzir custos em saúde para pessoas com doenças crônicas -, esses custos podem ser transferidos para o indivíduo (consumidor) (Bell et al., 2016). Nem sempre os recursos para o autocuidado são gratuitos ou disponíveis facilmente.

5. Conclusão

A presente revisão integrativa de revisões de literatura revelou 2.364 artigos teóricos de revisão sobre autocuidado. Desses, 48 foram selecionados para análise conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Somente 10 desses artigos apresentaram um sistema de análise da qualidade metodológica dos artigos analisados, sendo que 18 deles nem sequer mencionaram a metodologia empregada. Ao todo, a revisão de revisões revelou que uma definição de autocuidado universal continua sendo alusiva e que os artigos científicos, em sua maioria, trazem definições heterogêneas e incompletas. Diversos artigos criticaram a falta de clareza das definições de autocuidado, sendo que um pouco mais de 20% dos artigos de revisão (n=10) ofereceram eles mesmos definições imprecisas, confusas e/ou deficientes.

A categorização dos dados revelou três tipos diferentes de informação sobre o autocuidado: a sua conceitualização, os elementos que o influenciam e os seus resultados. As características conceituais do autocuidado trouxeram três subcategorias: o autocuidado como um processo que envolve a saúde integral (física, mental, psicológica, emocional, social e espiritual); as dimensões e atributos do autocuidado (incluindo capacidade própria, relações com os profissionais da saúde e relações sociais); e o autocuidado como um conceito complexo, dinâmico e amplo. Apesar de o autocuidado ser um conceito largamente percebido como multifatorial, o autocuidado da saúde psicológica e social é ainda expresso de forma vaga e menos importante em muitas revisões. Levando em consideração os dados obtidos nessa revisão, um conceito atual e abrangente de autocuidado é proposto pelos autores desse estudo:

O autocuidado é um processo complexo, dinâmico e amplo que envolve ações para prevenir, manter e tratar a saúde integral do indivíduo, incluindo aspectos físicos, mentais, psicológicos, emocionais, sociais e espirituais. Ele é feito pelo indivíduo em benefício próprio, da sua família ou da sua comunidade, e pode envolver diversos profissionais da saúde dentro de um continuum. O autocuidado depende do contexto e das circunstâncias da vida do sujeito, e inclui a manutenção, o monitoramento e o gerenciamento de sintomas no

caso de doença, sempre em busca da saúde e do bem-estar. Ele é composto de três elementos que se retroalimentam: o autocuidado consigo, que inclui a agência e a autonomia para tomar decisões de saúde relacionadas a si, como os cuidados diários; o autocuidado por meio de outros, que inclui ações em colaboração com profissionais da saúde, como exames, tratamentos e busca por informações; e o autocuidado nas relações, que inclui a procura e manutenção de relações sociais saudáveis, como a busca por apoio social e relações recíprocas, o engajamento social e a imposição de limites.

Os elementos que influenciam as ações de autocuidado englobam fatores nos níveis individual, interpessoal e sistêmico, influenciando a saúde física, psicológica e social do indivíduo. Estes elementos influenciam uns aos outros de forma retroalimentar, e podem funcionar como facilitadores ou como barreiras ao autocuidado. A autoeficácia, o conhecimento em saúde, o contexto psicológico, o contexto cultural e social, e a disponibilidade de apoio e recursos sociais foram os elementos mais mencionados nas revisões.

Os resultados das ações de autocuidado para a saúde do indivíduo, como é de se esperar, foram na maioria positivos. É interessante, no entanto, que muitos artigos de revisão tenham descrito como uma barreira ao autocuidado a complexidade de alguns tratamentos, assim como a falta de apoio e informação – fatores que possivelmente fazem o indivíduo se sentir sobrecarregado e diminuem a sua disponibilidade para o autocuidado. Esses resultados são provenientes de diversos tipos de revisões, incluindo algumas com uma metodologia menos criteriosa. Por isso, mais estudos que compreendam esse fenômeno se fazem necessários.

As informações ou mesmo o conceito oferecido nesta pesquisa não são exaustivos, uma vez que esta pode ser uma tarefa impossível para um conceito tão amplo e usado de forma tão diversa na ciência e na vida cotidiana. No entanto, procurou-se agregar informações abrangentes e úteis a diversas áreas, tendo em vista a integralidade do indivíduo a quem este conceito vai servir. Na presente pesquisa, esse estudo foi utilizado como base para a construção de um instrumento de autocuidado voltado para a saúde integral do indivíduo, descrito no Estudo 2 a seguir.

Estudo 2. Evidências preliminares de validade e precisão de um instrumento de avaliação do autocuidado em pessoas com obesidade e sua associação com o transtorno do comportamento alimentar

2.1 Introdução

Autocuidado é um conceito que tem sido foco de publicações científicas desde a década de 70, no entanto os processos estruturais que constituem o autocuidado são apresentados, muitas vezes, de maneira conflitante e fragmentada (Ausili et al., 2014). As definições de autocuidado retratadas na literatura especializada espelham a época em que foram criadas, e se desenvolvem e ampliam à medida que as prioridades em saúde mudam para os indivíduos e para a população em geral (Godfrey et al., 2011; Webber et al., 2015). Um dos primeiros conceitos extensivos de autocuidado a aparecer na literatura científica, proposto por Levin e Idler (1983), se limita às funções que uma pessoa leiga realiza na busca da promoção, prevenção, detecção e tratamento de doenças. É uma compreensão de autocuidado que enfatiza ações específicas de enfrentamento relacionadas a sintomas negativos, a doenças e lesões limitantes e ao gerenciamento de condições crônicas de doença (Levin & Idler, 1983).

Um consenso sobre a definição de autocuidado não é somente uma questão semântica ou filosófica, uma vez que essas definições refletem aspectos práticos importantes. Conceitos podem influenciar a maneira como comportamentos de autocuidado são identificados e avaliados e, portanto, como interferem no desenvolvimento de novas intervenções (Comley, 1994; Godfrey et al., 2011; Pires et al., 2015; Webber et al., 2015). Uma definição de autocuidado voltada para orientações de políticas públicas pode ser breve e restrita, por exemplo, mas uma definição que tem como objetivo quantificar ações de autocuidado precisa ser mais abrangente (Webber et al., 2015).

Conceitos iniciais focados na falta de saúde e nas ações necessárias para preveni-la se concentram em ações exclusivas para o gerenciamento de diferentes doenças (Godfrey et al., 2011; Levin & Idler, 1983; Silva et al., 2009). Tal ponto de vista impossibilita uma medida de autocuidado ampla e abrangente, uma vez que tal instrumento dificilmente seria preciso o suficiente para compreender todas as doenças de uma só vez (Godfrey et al., 2011). Estudos demonstram que a maior parte dos instrumentos que avaliam autocuidado são destinados a condições de saúde específicas (Ausili et al., 2014; Godfrey et al., 2011).

Uma breve revisão bibliográfica feita pelos autores dessa dissertação utilizou as bases de dados Google Scholar, Scopus e BVS com as palavras-chave autocuidado AND instrumento, assim como self-care AND assessment OR instrument OR validation para buscar os instrumentos de autocuidado existentes. Ela revelou revisões sistemáticas, artigos, teses e dissertações sobre instrumentos pertinentes ao autocuidado, tanto no Brasil quanto no exterior. Foram acessados documentos que apresentavam evidências de validade e precisão de 21 instrumentos que avaliam autocuidado em situações específicas de saúde (como diabetes, problemas cardíacos, doenças crônicas, incapacidade ou recuperação física, entre outros) e sete que medem o autocuidado de maneira ampla.

Dos 21 instrumentos que avaliam o autocuidado em condições específicas de saúde, oito foram validados para a população brasileira. Desses, três são relacionados a problemas cardíacos (*European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*, Escala de Autocuidado pra Pacientes com Insuficiência Cardíaca e Escala de Autocuidado para Angina Crônica), um a hipertensão arterial (Escala de Autocuidado de Hipertensão), dois a diabetes melitus (Questionário de atividades de Autocuidado com Diabetes, e Escala para Identificação da Competência do Diabético para o Autocuidado), e dois a incapacidades físicas (Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde, e Instrumento para Consulta de Enfermagem na Visita Domiciliar às Pessoas com Lesão Medular).

A *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* (EHFCcBS) (versão em português) se destaca entre os instrumentos que avaliam condições cardíacas por ser a mais utilizada no mundo nessa área, com versões validadas em 17 países. Ela é uma escala que mede os componentes-chave para o autocuidado nas pessoas que sofrem de insuficiência cardíaca. A escala apresenta um único domínio e 12 questões em que cada item varia seguindo uma escala de tipo Likert, de cinco pontos. Os itens se referem a comportamentos de autocuidado, como a verificação diária do peso, repouso, a procura por auxílio dos profissionais de saúde, a restrição de líquidos, hábitos de vida saudáveis e a adesão a medicações e vacinas apropriadas. A pontuação varia de 12 a 60, em que os menores valores representam um melhor autocuidado (Feijó, Ávila, Souza, Jaarsma, & Rabelo, 2012).

A EHFCcBS (versão em português) apresenta evidências de validade de face e de conteúdo, consistência interna aceitável (alfa de Cronbach de 0,70) e bons níveis de reprodutibilidade (coeficiente de correlação intraclasse de 0,87), lhe conferindo validade e fidedignidade para o uso no Brasil (Feijó et al., 2012). A Escala de Autocuidado pra Pacientes com Insuficiência Cardíaca (EAC-IC, versão brasileira) é composta por três

escalas (manutenção da saúde, gerenciamento da doença e confiança no autocuidado) e apresentou bons níveis de fidedignidade em todas as escalas (alfa de Cronbach total de 0,77). Os estudos também demonstraram evidências de validade de face, conteúdo e construto (correlação inversa forte e significativa com a EHFCCBS, versão em português (Ávila, 2012). Os estudos que avaliaram a Escala de Autocuidado para Angina Crônica (SCCAI, versão brasileira) apresentaram resultados favoráveis de validade de face e de conteúdo, no entanto os resultados de fidedignidade foram insatisfatórios (Pokorski, 2013).

A Escala de Autocuidado de Hipertensão (EAC-HI, versão Brasileira) foi adaptada transculturalmente para o português brasileiro, com o intuito de avaliar o autocuidado em pacientes com hipertensão arterial. Assim como a EAC-IC, ela apresenta três escalas que avaliam comportamentos de autocuidado relativos à manutenção da saúde, gerenciamento da doença e confiança no autocuidado. Seus 24 itens são avaliados por meio de uma escala de tipo Likert de 5 pontos, divididos em: 12 questões de manutenção, seis de gerenciamento e seis de confiança. O estudo revelou resultados de concordância interobservador substancial e concordância quase perfeita de fidedignidade no teste-reteste (Silveira, 2015)

Dois instrumentos validados no Brasil têm como objetivo medir autocuidado no contexto específico da diabetes: o Questionário de atividades de Autocuidado com Diabetes (QAD) e a Escala para Identificação da Competência do Diabético para o Autocuidado (ECDAC). O QAD é um questionário que foi adaptado para o português e validado para avaliar a aderência ao autocuidado em pessoas com diabetes, com 15 itens e seis dimensões. Os indivíduos relatam a frequência com que realizaram atividades de autocuidado nos últimos sete dias, como monitoramento da glicemia, uso da medicação prescrita, cuidado com os pés e hábitos de alimentação, tabagismo e exercício físico. Os resultados da avaliação das propriedades psicométricas foram concordantes com os do instrumento original, julgando-o válido e confiável (Michels, Coral, Sakae, Damas & Furlanetto, 2010). Para a ECDAC foi encontrado somente um estudo, de 1982, que avaliou a confiabilidade como alta por meio do coeficiente alfa (0,92) (Nunes, 1982).

Dois instrumentos que têm como foco o autocuidado em situação de incapacidades ou a recuperação da saúde física: a Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0), que tem autocuidado como um de seus seis domínios; e o Instrumento para Consulta de Enfermagem na Visita Domiciliar às Pessoas com Lesão Medular (INCEVDOP-LM), que tem por objetivo ajudar enfermeiros a orientar pessoas com lesão medular no seu autocuidado. O WHODAS 2.0 foi adaptado e validado no Brasil em

três populações diferentes, com propriedades psicométricas similares ao original (Silveira et al., 2013) e resultados majoritariamente positivos para consistência interna e confiabilidade em indivíduos com dor lombar crônica (Menezes et al., 2017), e bons índices de consistência interna, fidedignidade e validade de construto convergente e divergente (Salomão, 2016). O estudo feito com o INCEVDOP-LM apresentou somente evidências de validade de conteúdo (Coura, 2013).

Os sete estudos referentes a instrumentos que medem o autocuidado de maneira ampla se concentram na observação da saúde do indivíduo de forma geral, e não focam na recuperação ou manutenção de uma doença ou incapacidade. Desses, quatro foram validados somente em países do exterior (*Self-Care Practices Scale*, *Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos*, e *Self-Care Scale*) e quatro junto à população brasileira (Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado, Instrumento de Entrevista de Enfermagem, Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado e a sua versão reduzida a Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados). Foi também recuperado um artigo de revisão sistemática, que buscou as propriedades psicométricas de instrumentos que medem o autocuidado para além de doenças específicas.

A pesquisa de revisão sistemática acima mencionada foi publicada em 2017 e encontrou artigos em inglês publicados até dezembro de 2015, sem qualquer outra restrição no tempo. Foram encontrados estudos que apontaram para nove instrumentos que avaliam o autocuidado abrangente, sete deles baseados na Teoria de autocuidado de Orem. Os autores utilizaram as recomendações do protocolo *COSMIN* (Normas Consensuais para a seleção de Medidas em Saúde) para avaliar a qualidade metodológica dos estudos. A sua conclusão é que todos os instrumentos precisavam de melhores estudos de validade, em termos de qualidade, para que pudessem ser altamente recomendados. No entanto, a *Appraisal Self Care Agency Scale – Reduced (ASA-R)* (versão reduzida da Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado) e a *Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE)* revelaram evidências de validade moderada a forte nos estudos disponíveis (Matarese, Lommi & De Marinis, 2017).

Dois dos quatro instrumentos encontrados e validados fora do Brasil para a avaliação do autocuidado geral têm como objetivo medir o autocuidado em profissionais da saúde mental: a americana *Self-Care Practices Scale (SCPS)*, e a chilena *Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos (EAP)*. A SCPS utiliza 19 itens para analisar seis áreas do autocuidado (físico, psicológico, emocional, espiritual, profissional, e de equilíbrio),

enquanto a EAP tem 10 itens para avaliar o autocuidado como um todo. Os resultados de ambos estudos demonstraram uma boa consistência interna, alta confiabilidade e evidências de validade de construto convergente e divergente (Santana & Fouad, 2017; Vio, Platz, Bermúdez & Vidal, 2011).

O terceiro instrumento para a avaliação do autocuidado geral validado fora do Brasil é a *Self-Care Scale*, um instrumento americano que utiliza a perspectiva de *mindfulness* e de autoaceitação radical para avaliar padrões de autocuidado enquanto um fenômeno intrapsíquico. Ela possui 31 itens e seis fatores: comportamento autodestrutivo, dificuldade em aceitar e pedir ajuda, ressentimento sobre a falta de reciprocidade, falta de atividades positivas, falta de percepção das próprias necessidades, e pouca tolerância para afetos positivos. Estudos de precisão desta escala revelaram um alfa de Cronbach de 0.91. (González-Vazquez, Mosquera-Barral, Knipe, Leeds & Santed-German, 2018).

O quarto instrumento estrangeiro encontrado que avalia o autocuidado geral é a *Mindful Self-Care Scale*. Ela é uma escala americana que busca avaliar o autocuidado em consonância com a positividade corporal e o bem-estar geral. Ela utiliza 31 itens para medir seis fatores: cuidado físico, relacionamentos de apoio, consciência corporal, autocompaixão, relaxamento consciente e estrutura de apoio. Estudos com esta escala apresentaram boa consistência interna, correlação positiva significativa com satisfação corporal e correlação negativa com transtornos alimentares (Cook-Cottone & Guyker, 2018).

Dos três instrumentos validados no Brasil que avaliam o autocuidado de forma abrangente, o Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado (CICAc) é voltado para a população idosa, o Instrumento de Entrevista de Enfermagem é feito para enfermeiros no auxílio do autocuidado de seus pacientes, e a Escala Para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC, versão brasileira) foca na avaliação de comportamentos que buscam o desenvolvimento e manutenção da saúde, além da prevenção de doenças. O primeiro instrumento tem como base preceitos da Terapia Ocupacional, e os demais a Teoria de Autocuidado de Orem (Almeida, 2004; Damásio & Koller, 2013; Hermida & Araújo, 2006; Silva & Domingues, 2017).

O CICAc consiste de 22 questões que buscam auxiliar o terapeuta ocupacional na avaliação da funcionalidade do idoso em quatro áreas: atividades básicas, vida diária, trabalho e lazer. Ele teve dois roteiros ajustados na sua elaboração até chegar a sua primeira versão. A técnica Delphi foi utilizada para a validação de conteúdo, e contou com entrevistas com idosos ($n = 24$) e terapeutas ocupacionais com especialidade em gerontologia ($n = 15$).

A sua estabilidade foi considerada moderada à excelente, calculada por meio do coeficiente Kappa. A sua consistência interna foi calculada usando o Alpha de Cronbach, que teve um resultado de 0.713 para os blocos das atividades básicas e de 0.704 para os instrumentais de vida diária (n insuficiente para as outras áreas) (Almeida, 2004; Almeida et al., 2008).

O Instrumento de Entrevista de Enfermagem possui múltiplas questões, abertas e fechadas, que buscam auxiliar o profissional da enfermagem na avaliação da capacidade de autocuidado do seu paciente. Ele apresenta quatro categorias: Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos; Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde; Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais e Requisitos de Autocuidado Universais. O instrumento verifica aspectos como: histórico da saúde; histórico da patologia atual; padrões de sono e repouso; exercícios físicos; vícios; padrões nutricionais e de hidratação; estilo de vida; relacionamento familiar; espiritualidade; ansiedade; depressão; comportamento emocional; e higiene pessoal. Esta primeira versão obteve evidências de validade de conteúdo por meio do julgamento de quatro juízes especializados na área da enfermagem (Hermida & Araújo, 2006).

A EACAC é a versão brasileira do instrumento *Appraisal Self Care Agency Scale*, desenvolvida por um grupo de pesquisadores americanos e holandeses. Ela é considerada o instrumento mais utilizado internacionalmente para a avaliação da capacidade do autocuidado, com versões em pelo menos 6 países. A escala tem 24 itens e a sua confiabilidade foi avaliada por meio do alfa de Cronbach (0.84) e do teste-reteste (medidas Kappa estatisticamente significativas e correlação superior a 0.8). Também foram avaliadas evidências de validade de critério concorrente, que apresentaram resultados positivos ($r = 0,359$ ($p < 0,001$) para pessoas da comunidade e $r = 0,583$ ($p = 0,001$) para pacientes hospitalizados) (Silva & Domingues, 2017).

A EACAC possui uma versão reduzida com 15 itens, que também foi adaptada e validada para a população brasileira, chamada Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados (ASAS-R). Assim como a EACAC, ela avalia níveis de capacidade de autocuidado usando uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia entre “discordo completamente” e “concordo completamente”. O escore varia entre 15 e 75 pontos, e uma maior pontuação representa uma maior capacidade operacional de autocuidado. Os índices de confiabilidade da versão brasileira foram satisfatórios (alfa de Cronbach de 0,74) (Stacciarini, 2012).

A versão original do ASAS-R foi criada uma vez que problemas de fatoração foram encontrados na escala de 24 itens. Os estudos da versão brasileira realizaram uma análise fatorial exploratória e duas confirmatórias, encontrando resultados similares ao da escala original, que divide os itens em 3 fatores: capacidade de autocuidado, desenvolvimento de capacidade de autocuidado, e falta de capacidade de autocuidado. A validade convergente trouxe resultados que demonstraram níveis adequados de validade. Na população com doenças crônicas, os resultados confirmam a hipótese de que maiores níveis de autocuidado representam menos impacto negativo da doença (Damásio & Koller, 2013). Como mencionado também no estudo de Matarese et al. (2017), a escala apresenta fortes evidências de validade e confiabilidade (Stacciarini, 2012).

A pesquisa nas bases de dados demonstrou que existem diversos instrumentos que avaliam o autocuidado. No entanto, não se encontrou nenhum instrumento, no Brasil ou no exterior, que medisse o autocuidado dentro de um conceito ampliado tal como proposto pela revisão realizada no primeiro capítulo desta dissertação, que leva em consideração além de o autocuidado consigo e o autocuidado por meio de outros, também o autocuidado nas relações. Essas questões são importantes uma vez que tais conceitos e instrumentos definem os tipos de pesquisa que podem ser realizados na área da saúde, ajudando a identificar déficits, orientar intervenções práticas e até políticas públicas (Webber et al., 2015).

O tratamento e a prevenção da obesidade e dos transtornos alimentares passam não somente pela atenção a aspectos da relação do indivíduo com o seu comportamento alimentar e com seu corpo, mas também a aspectos sociais e de cuidado em saúde. A dieta balanceada e a prática de exercícios físicos são tidos como as principais ações de prevenção e cuidado para a obesidade (WHO, 2014). No TCA aspectos relacionados ao comportamento físico (se alimentar rapidamente, comer mesmo ultrapassando o seu limiar de fome ou saciedade) e psicológico (emoções de culpa, desprezo e tristeza voltadas para si mesmo) alertam para a importância da autoconsciência e do autocuidado no tratamento (Cook-Cottone, 2015; Kristeller & Wolever, 2010).

Deve-se levar em consideração, também, o papel significativo que hábitos saudáveis têm no autocuidado de todos os indivíduos para além dos agravos relacionados à obesidade e ao TCA (El-Osta et al., 2019). Estudos argumentam que, apesar de fatores como o excesso de gordura corporal e a genética serem importantes, a manutenção dos hábitos saudáveis é o fator principal para a sustentação da saúde do indivíduo (Matheson et al., 2012; Loeff & Walach, 2012). Considerando que a maioria das pessoas hoje em dia tem informações

básicas quanto à importância destes hábitos, estudar as relações de autocuidado é relevante para a compreensão do processo de decisão que leva indivíduos a comportamentos potencialmente danosos (Jaimovich et al., 2015; Ho & Sun, 2016; Kristeller & Wolever, 2010).

O tratamento da obesidade é complexo e repleto de dificuldades. A falta de tempo e motivação são importantes impeditivos para a realização dos comportamentos saudáveis que podem levar à perda de peso (Kaplan et al., 2018; Luig et al., 2019; Ho & Sun, 2016). No entanto, a culpabilização do indivíduo na sua relação de autocuidado perante a doença não parece ser uma solução justa ou eficaz (Godfrey et al., 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009). A discussão sobre o autocuidado na obesidade precisa também ser multidimensional para que a sua complexidade seja alcançada. Questões referentes à estrutura do cuidado em saúde e a cultura do consumo e responsabilização individual, por exemplo, devem ser abordadas. A sociedade atual encoraja o consumo exagerado e a rapidez alimentar, ao mesmo tempo em que torna vilãs as suas consequências e estigmatiza quem sofre com elas (Guthman & DuPuis, 2006; Luig et al., 2019).

A dimensão do cuidado por meio de outros parece ter um papel importante no autocuidado do comportamento alimentar. Profissionais frequentemente experienciam dificuldades para ajudar o paciente pela sua própria falta de tempo ou treinamento. Pacientes são desmotivados pela crença errônea de que deveriam ser completamente responsáveis pela sua própria saúde e que já sabem tudo que precisam para mudar. Além disso, indivíduos obesos relatam sentir-se julgados, culpabilizados e sentem falta de apoio dos profissionais de saúde que procuram. Como consequência, consultas clínicas são permeadas por equívocos, expectativas irreais, estigma quanto ao peso e emoções subjacentes complexas tanto da parte do paciente quanto do profissional de saúde (Kaplan et al., 2018; Kirk et al., 2014; Luig et al., 2019; Rand et al., 2017).

No TCA a realidade não é diferente. Pessoas com TCA frequentemente procuram ajuda e são tratadas para questões relacionadas ao emagrecimento, uma vez que a preocupação com o corpo e o peso são uma parte importante do seu transtorno. Assim, menos da metade dos casos crônicos de TCA recebem tratamento adequado (Kessler et al., 2013). Profissionais da saúde frequentemente têm dificuldade em diagnosticar e indicar tratamentos adequados para pessoas com TCA. Da mesma forma, pacientes não procuram tratamento para TCA por falta de conhecimento e vergonha (Kornstein et al., 2016). A questão fica pior quando a pessoa com TCA tem a obesidade como comorbidade. O estigma do peso e a

internalização de crenças negativas quanto à obesidade aumenta quando a pessoa tem TCA. Indivíduos com obesidade e TCA acham as pessoas obesas menos atraentes, as culpam mais pelo seu peso e tem mais repulsa social por elas do que pessoas obesas sem TCA (Bannon, Hunter-Reel, Wilson & Karlin, 2009).

O cuidado com as relações também parece ter ligação com comportamentos de autocuidado no comportamento alimentar. Estudos associam a obesidade ao reduzido autocuidado do cuidador informal, à fadiga de compaixão dos profissionais da saúde, ao estresse associado ao cuidado com terceiros, e ao apego inseguro (Costa, 2012; Cruz et al., 2015; Barbosa et al., 2014; Shafer et al., 2017). Da mesma forma, uma relação saudável de autocuidado com outros relacionada ao comportamento alimentar inclui o cultivo de relacionamentos de apoio, um ambiente de positividade corporal e a habilidade de colocar limites pessoais (Cook-Cottone, 2016).

Levando em consideração a falta de instrumentos que avaliem o autocuidado de forma integral, este estudo pretende responder a três objetivos, por meio de três etapas distintas: na Etapa 1 o objetivo foi construir um novo instrumento de autocuidado e buscar evidências de validade baseadas no conteúdo deste instrumento; na Etapa 2 o propósito foi identificar evidências preliminares de validade baseadas na estrutura interna e nas variáveis externas, assim como evidências de precisão desse mesmo instrumento; e na Etapa 3 a meta foi verificar evidências da associação entre autocuidado e comportamento alimentar em pessoas sem obesidade, com obesidade e/ou com TCA.

2.2 Método

2.2.1. Natureza e delineamento da pesquisa

O delineamento deste estudo é descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa e de corte transversal. Essa metodologia se justifica uma vez que o processo de construção e validação de um instrumento busca verificar a magnitude da relação entre fenômenos por meio de tratamentos estatísticos (Cozby, 2003; Sampieri, Fernández-Collado, & Lucio, 2006). O estudo se enquadra na abordagem quantitativa por usar análises estatísticas para verificar a qualidade psicométrica do instrumento e as associações entre as variáveis. O seu corte é transversal uma vez que a coleta de dados foi realizada em um único momento no tempo (Campos, 2015; Creswell, 2007).

2.2.2 Etapa 1: Construção e busca de validade de conteúdo de um instrumento de autocuidado

2.2.2.1 Participantes e contexto da Etapa 1. Na análise de juízes participaram sete especialistas com experiência em autocuidado participaram dessa etapa do estudo, cinco da área da psicologia e dois da área de nutrição. Além disso, cinco desses especialistas têm experiência em psicometria. Os itens foram apresentados para análise juntamente da definição do construto e de uma breve descrição das suas dimensões. As instruções requisitavam que os peritos identificassem qual traço latente estava sendo coberto por cada item, a sua clareza e relevância, assim como se havia alguma faceta do construto do autocuidado que não estava sendo considerada.

Na etapa de análise semântica, é importante que diferentes características pessoais (escolaridade, idade, gênero e ocupação) sejam contempladas nos participantes para que haja certeza de que o instrumento é inclusivo e amplamente compreensível (Pasquali, 2010). A Escala de Autocuidado Integral pretende ser um instrumento amplo, que pode ser usado na população em geral. Ao todo oito pessoas participaram dessa etapa, que se dividiu em dois momentos. As características pessoais dos oito participantes eram variadas: eles tinham idade entre 18 e 71 anos; quatro se identificam como homens e quatro como mulheres; sua escolaridade variou de Ensino fundamental completo à Pós-graduação completa; e suas rendas e ocupações eram diferentes entre si. Os participantes foram escolhidos por conveniência.

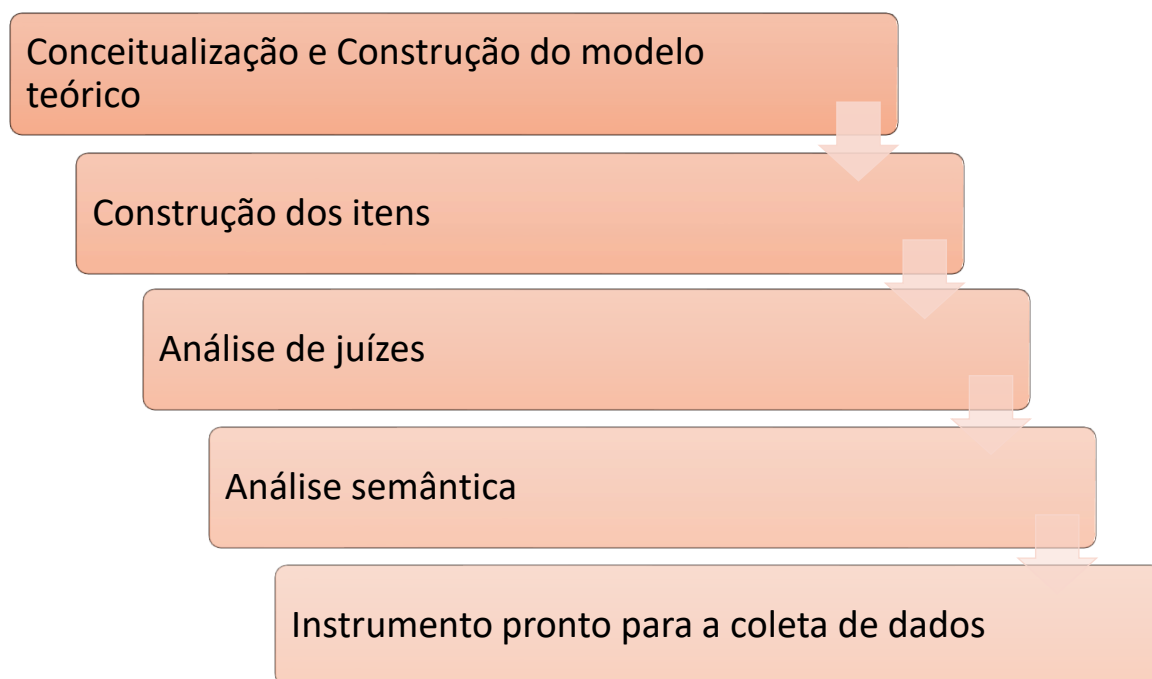
As coletas de dados da etapa de análise de juízes foram realizadas online, enquanto as etapas de análise semântica foram realizadas no consultório da pesquisadora.

2.2.2.2 Instrumentos da Etapa 1. O instrumento utilizado nesta etapa foi o instrumento construído nesse capítulo, intitulado Instrumento de Autocuidado Integral (IAI). É possível encontrar o instrumento em cada momento da sua fase de construção nos Apêndices C ao F.

2.2.2.3 Procedimentos da Etapa 1. O processo de busca de evidências de validade tem o objetivo de verificar se o conteúdo dos itens representa adequadamente os comportamentos que se busca mensurar (Primi et al., 2009). A Figura 5 representa os passos seguidos nessa primeira etapa, a busca por evidências de validade de conteúdo.

Figura 5

Passos da Etapa 1 – busca por evidências de validade de conteúdo

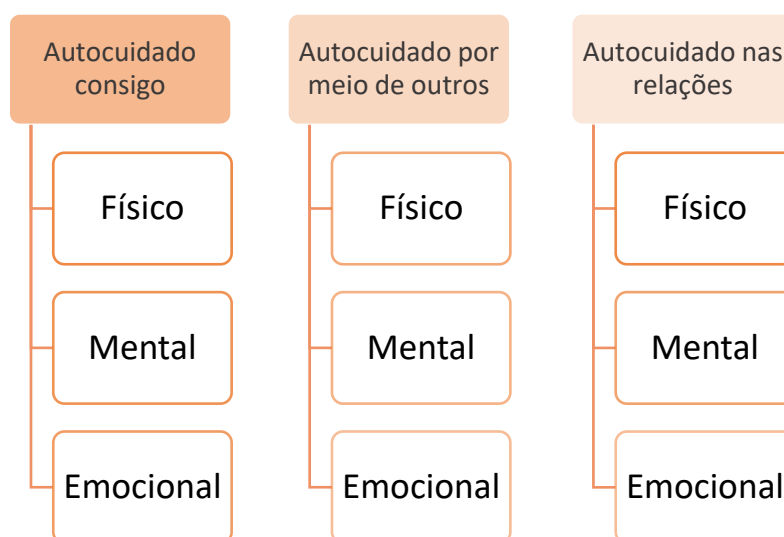


O primeiro passo dessa etapa foi a conceitualização do teste, um procedimento que permite que categorias comportamentais referentes ao fenômeno sejam especificadas para a compreensão dos aspectos centrais do construto (Reppold et al., 2014). Conforme demonstrado no Estudo 1, o autocuidado é um construto complexo, dinâmico e amplo, que é utilizado em diversas áreas da saúde e ainda assim apresenta uma falta de clareza e definição no seu conceito. Em busca de uma conceitualização mais ampla, a estrutura teórica que embasa a construção do instrumento foi fundamentada a partir dos resultados desse estudo e inspirada na definição proposta por Godfrey et al. (2011)

O modelo teórico adotado compreende o autocuidado como um processo que envolve a saúde integral do indivíduo e que pode ser definido por três dimensões: autocuidado consigo, autocuidado por meio de outros, e autocuidado nas relações. Buscou-se desenvolver itens condizentes com os atributos relativos à saúde física, mental e psicológica, considerando que a dimensão autocuidado nas relações cobre as necessidades de saúde sociais. Os atributos são as propriedades de um objeto de estudo que podem ser efetivamente medidas, no caso os comportamentos de autocuidado (Gorenstein & Wang, 2016). A Figura 6 mostra o modelo teórico utilizado para construir os itens.

Figura 6

Modelo teórico utilizado na construção do instrumento



O Autocuidado consigo foi definido como aquele que o indivíduo faz sozinho para a promoção e manutenção da sua saúde e bem-estar. São ações que visam curar doenças, descansar, nutrir, manter hábitos saudáveis, e atender às necessidades físicas, mentais e emocionais do próprio indivíduo que as executa (Godfrey et al., 2011). A tabela 3 expressa os atributos presentes nessa dimensão.

Tabela 3

Atributos da dimensão Autocuidado consigo.

Atributos da dimensão Autocuidado consigo	
Físico	Atividades diárias que o indivíduo realiza com o objetivo de prevenir ou curar doenças físicas, manter a saúde do próprio corpo e promover hábitos saudáveis em prol da sua saúde física. Exemplos incluem atividades físicas adequadas, alimentação saudável, higiene apropriada, sono regular e o uso correto de produtos e/ou medicações. (Godfrey et al., 2011; Webber et al., 2015).
Mental	Atividades diárias que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista cognitivo. Inclui atividades como o aprimoramento de habilidades, o desenvolvimento do autoconhecimento, estabelecimento de uma rotina, momentos que proporcionem reflexão, cultivo de pensamentos construtivos, desenvolvimento da criatividade e avaliação de riscos para a saúde (Godfrey et al., 2011; Saakvitne, Pearlman, & Traumatic Stress Institute [TSI], 1996).
Emocional	Atividades diárias que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista emocional. Inclui atividades que fomentem a autoconsciência e a conexão consigo, busquem o equilíbrio emocional e nutram o amor-próprio, como expressar as emoções de forma saudável, cultivar atividades prazerosas de lazer e acolher suas emoções frente a situações difíceis (Godfrey et al., 2011; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

A dimensão Autocuidado por meio de outros se caracteriza por atividades que requerem a ajuda de outra pessoa para serem realizadas, seja um profissional da saúde ou cuidador informal (Godfrey et al., 2011). Esta ajuda se dá quando o indivíduo conta com alguém para guiar e orientar a ação de autocuidado, proporcionar cuidado físico e psicológico para que a ação seja completa, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, ensinar a realizar a ação de fato, ou mesmo fazer a ação no seu lugar (Pires et al., 2015). A Tabela 4 explica e exemplifica os atributos do Autocuidado por meio de outros.

Tabela 4

Atributos da dimensão Autocuidado por meio de outros

Atributos da dimensão Autocuidado por meio de outros	
Físico	Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a saúde do próprio corpo através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas. Inclui atividades como buscar a ajuda de profissionais de saúde, seguir as recomendações desses profissionais e aceitar ajuda de outros para tarefas que são fisicamente difíceis (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015).
Mental	Atividades que buscam promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista cognitivo através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas, tais como a busca por conhecimento profissional em saúde e o uso de sistemas de organização, tecnologias e protocolos comprovados para tratar da saúde ou evitar riscos (Godfrey et al., 2011; Pires et al., 2015; Webber et al., 2015).
Emocional	Atividades que procuram promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista emocional através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas. Buscar terapeutas especializados no seu problema, pedir ajuda para pessoas de sua confiança, permitir-se ficar emocionalmente vulnerável perante pessoas e estabelecer uma rede de apoio emocional são exemplos desse comportamento (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015; Cook-Cottone & Guyker, 2018).

A dimensão Autocuidado nas relações é caracterizada pelas ações em que a pessoa se responsabiliza pelo cuidado do seu relacionamento com outras pessoas, sejam filhos, outros familiares ou membros da sua comunidade (Godfrey et al., 2011). O cuidado com outros é incorporado ao autocuidado ao se admitir que o comportamento das pessoas são melhor compreendidos quando situados em um contexto. O cuidado nas relações é um relacionamento dinâmico que vincula a percepção de si mesmo e a necessidade de pertencimento e completude. A identidade do ser humano é construída por interrelações

baseadas na coexistência, no zelo, na dedicação e na inquietude para com o outro. A convivência em sociedade possibilita que a promoção do bem-estar e a preservação sociocultural e política de valores importantes à espécie humana sejam baseadas no cuidado. Cuidar de si e dos outros reflete, nesse sentido, uma necessidade básica (Silva et al, 2009). Nessa construção é importante, no entanto, não perder de vista a prioridade de cuidar de si, para que se possa estar inteiro para cuidar do outro. Desta forma, o cuidado com o outro só é uma atividade de autocuidado quando ela não ultrapassa os limites da saúde do próprio indivíduo (Dalben, 2008; Silva et al., 2009). A Tabela 5 especifica os atributos da dimensão Autocuidado nas relações e dá exemplos de ações que ilustram estes atributos.

Tabela 5

Atributos da dimensão Autocuidado nas relações

Atributos da dimensão Autocuidado por meio de outros	
Físico	Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas a cuidarem da sua saúde física, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui cozinhar, alimentar, limpar, transportar e realizar tarefas em benefício de outras pessoas, assim como passar tempo com pessoas significativas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).
Mental	Atividades que procuram promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas do ponto de vista cognitivo, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui ensinar, auxiliar outras pessoas a refletir sobre as suas vidas, ajudá-las a tomar decisões e dar apoio na resolução de problemas, assim como organizar tarefas coletivas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015).
Emocional	Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas do ponto de vista emocional, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui dar apoio emocional a outras pessoas, estabelecer limites saudáveis às relações, ouvir a opinião do outro e acolher as suas emoções, e o cultivo de relações recíprocas (Godfrey et al., 2011; Cook-Cottone & Guyker, 2018; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

Com o construto bem definido e as dimensões estabelecidas, a segunda etapa foi a de construção dos itens (Reppold, Gurgel & Hut, 2014). Segundo Pasquali (1999) ao elaborar os itens procuramos expressar o aspecto comportamental do construto. Segundo ele é importante estarmos atentos para alguns critérios na construção de itens, tais como: a) o critério comportamental, que afirma que os itens devem representar um comportamento, e não uma noção abstrata; b) o da simplicidade, que indica que cada item deve conter apenas um aspecto do construto; c) clareza, que pede uma linguagem simples de ser compreendida; d) relevância, que explicita a importância de cada item ser relevante do ponto de vista teórico

em relação ao construto; e) o da variedade, que denota a importância de existirem itens de dificuldades diversas no instrumento; entre outros.

A teoria tem um papel fundamental na definição das dimensões e atributos, assim como na construção dos itens (Primi et al., 2009). A princípio foram construídos 115 itens, de acordo com a conceitualização das dimensões e atributos descritos acima e com as respectivas atividades de autocuidado reveladas no Estudo 1. Outros materiais também foram utilizados como fonte de referência e inspiração para a construção dos itens por conterem exemplos explícitos de ações de autocuidado relacionadas às dimensões (Saakvitne et al., 1996; ISCF, 2018). Estas fontes extras foram necessárias visto que, como descrito na revisão, exemplos de comportamentos de autocuidado psicológico (todas as dimensões) e social (Autocuidado nas relações) foram menos numerosos e específicos. Uma lista dos 115 itens, separados conforme as dimensões propostas, pode ser encontrada no Apêndice C.

O instrumento oferece uma escala linear contínua para as suas respostas, com nível de medida ordinal que mede a frequência dos comportamentos de autocuidado conforme relatados pelo indivíduo. A escala apresenta cinco intervalos iguais: “sempre” (5), “com frequência” (4), “às vezes” (3), “raramente” (2) e “nunca” (1), conforme a Figura 7. Para os itens 99 à 115 foi desenvolvida também uma escala de ancoragem, em que solicitava-se ao participante que considerasse a mesma frequência dentro de um padrão mais específico (Figura 8): “sempre, se você faz isso todos os dias”; “com frequência, se isso acontece pelo menos 3 vezes por semana”; “às vezes, se isso se dá pelo menos uma vez por semana” (3), “raramente, se você faz isso pelo menos de quinze em quinze dias” (2) e “nunca, se você não tem esse hábito”. O esperado é que as respostas dos indivíduos variem em cada item, de acordo com as diferenças existentes entre os participantes (Freire & Almeida, 2001).

Figura 7

Exemplo de um item e da escala de resposta do instrumento.

Item	<u>Sempre</u>	<u>Com frequência</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
Eu faço o que posso para prevenir riscos à minha saúde					

Figura 8

Escala ancorada em respostas mais específicas, fornecida ao participante a partir do item 99.

<u>Sempre</u>	<u>Com frequência</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
Se você faz isso todos os dias	Se isso acontece pelo menos 3 vezes por semana	Se isso se dá pelo menos uma vez por semana	Se você faz isso pelo menos de quinze em quinze dias	Se você não tem esse hábito

A terceira etapa foi a validação teórica e semântica, que constitui a busca por evidências de validade baseadas no conteúdo propriamente dita (Reppold et al., 2014). Ela inicia pela análise de juízes, um procedimento qualitativo em que sete especialistas fizeram uma análise teórica dos itens. Um documento no formato de planilha foi enviado aos juízes por e-mail contendo quatro partes: as definições constitutivas do construto, as suas dimensões e atributos; as instruções ao público alvo; e os itens a serem avaliados (Apêndice D). As tarefas dos juízes incluíram associar cada item à sua dimensão correspondente, verificar a semântica e a clareza de cada um deles, avaliar a semântica e a clareza das instruções ao público alvo, assim como fazer sugestões quando pertinentes. Os juízes avaliaram a clareza de cada item segundo uma escala tipo Lickert de 6 pontos ordinais (0-5), que varia entre: 0 - “Nada claro”; 1 - “Clareza muito baixa”; 2 - “Clareza baixa”; 3 - “Clareza moderada”; 4 - “Clareza substancial; e 5 - “Clareza ideal” (Matos, 2014).

Para buscar a validade de face as análises dos juízes foram calculadas para a obtenção do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e submetidas também ao método Kappa de Cohen. Ambos métodos são utilizados para interpretar medidas de concordância e ajudar na decisão de quais itens devem permanecer no instrumento. Problemas na construção de um item são revelados quando itens não estão claros, são associados a mais de uma dimensão ou quando não são considerados relevantes (Pasquali, 2011).

O cálculo do IVC foi feito utilizando os valores indicados pelos juízes para determinar a clareza do item. Ele é calculado dividindo o número de respostas “4” e “5” pelo número de respostas total. Autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 na verificação de itens construídos para novos instrumentos (Alexandre & Coluci, 2011). Dos 115 itens, 10 obtiveram um IVC menor do que 0.80. Desses, oito foram removidos e dois foram reformulados segundo sugestões dos juízes.

O coeficiente de Kappa é o índice mais utilizado para a classificação de dados em categorias nominais (Fonseca, Silva & Silva, 2007). Ele foi empregado para investigar a concordância entre os juízes quanto a adequação dos itens nas suas respectivas dimensões. Para tanto, foi utilizado o programa SPSS, que faz o cálculo da proporção de vezes que os juízes de fato concordaram dividido pela proporção máxima que eles poderiam concordar (corrigindo ambos pela concordância devido ao acaso). Esse processo gera um coeficiente (K) que vai de -1 (nenhuma concordância) à +1 (concordância total) (Cunha et al., 2016).

O critério utilizado pra avaliar o coeficiente de Kappa foi o proposto por Landis e Koch: $K < 0$: sem concordância; $0 \leq K < 0,21$: presença de ligeira concordância; $0,21 \leq K < 0,41$: concordância fraca; $0,41 \leq K < 0,61$: concordância moderada; $0,61 \leq K < 0,81$: concordância substancial; $0,81 \leq K < 1,00$: concordância quase perfeita (Matos, 2014). A dimensão Autocuidado consigo obteve uma concordância substancial ($K=0.72$) e as dimensões Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações uma concordância moderada (0.52 e 0.59, respectivamente). A concordância total do instrumento foi também moderada (0.55).

A exclusão de itens nessa etapa foi baseada tanto no coeficiente de Kappa quanto no cálculo do IVC. Foram removidos ou reformulados os itens que apresentaram uma baixa concordância ($K < 0,41$), uma linguagem pouco compreensível e/ou aqueles que os juízes indicaram como muito similares uns aos outros (Pasquali, 1999). São eles: 1, 2, 4, 9, 12, 32, 33, 40, 42, 46, 52, 53, 57, 60, 61, 64, 69, 90, 94, 103, e 105. O IVC total da escala depois dos itens removidos foi de 0,75, um pouco abaixo do recomendado 0,78 (Yusoff, 2019). Apesar de ter-se obtido um resultado ligeiramente aquém do esperado, diversas mudanças no vocabulário foram feitas que podem ter compensado essa falta de clareza. Uma segunda etapa de análise de juízes é recomendável depois dos resultados da busca por evidências de validade interna. Uma lista de todos os itens e os seus respectivos IVCs está disponível no Apêndice E.

Os itens que permaneceram na escala foram então submetidos a uma análise semântica realizada por oito pessoas que compõe o público alvo da pesquisa. Esse processo foi feito em dois momentos: um primeiro envolvendo um grupo focal composto por 6 pessoas (quatro homens e duas mulheres, com idades entre 18 e 71 anos, escolaridades variando de Ensino médio incompleto à Pós-graduação completa, com diferentes profissões e de classes sociais diversas); e o segundo composto por duas entrevistas separadas (ambas mulheres, nas idades de 25 e 42 anos, uma com o ensino médio completo e outra com o

ensino fundamental completo, com diferentes profissões e ambas pertencentes a uma classe social diferente das abordadas anteriormente).

O objetivo desse processo foi verificar se as instruções e os itens geravam dúvidas quanto ao seu vocabulário ou construção semântica. Para isso os itens foram revelados um a um, questionando os participantes quanto a clareza e a facilidade em responde-los (simplicidade). Algumas perguntas específicas foram feitas baseadas nas recomendações dos juízes. Nessa etapa os itens 67, 59, 76, 75, 89 e 98 foram removidos e um item foi criado (79b). Os itens 10, 14, 15, 17, 19, 21, 27, 30, 31, 34, 38, 44, 50, 54, 55, 56, 58, 62, 63, 66, 70, 74, 78, 79, 80, 81, 87, 93, 96, 100, 114 foram reformulados segundo sugestões dos juízes e/ou dos participantes da etapa semântica. Uma lista de todos os itens que permaneceram no instrumento e suas modificações (quando aplicável) está disponível no Apêndice F.

2.2.3 Etapas 2 e 3: Evidências de validade da estrutura interna e precisão de um instrumento de avaliação do autocuidado em pessoas com obesidade e sua associação com transtorno do comportamento alimentar

2.2.3.1 Participantes e contexto das Etapas 2 e 3. A amostra deste estudo foi composta por adultos de ambos os sexos, advindos de dois grupos distintos: A) pessoas em tratamento clínico para obesidade e/ou TCA; e B) pessoas da população não-clínica, com ou sem obesidade e TCA, recrutadas por meio das redes sociais. Em ambos os grupos altura e peso relatados foram utilizados para calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC), para que pudesse haver uma comparação entre pessoas com e sem obesidade. O risco para Transtorno de Compulsão Alimentar, aferido por meio da Escala de Compulsão Alimentar (BES), também foi utilizado para comparação. Esses dados são importantes uma vez que esse estudo parte das hipóteses de que há relação entre obesidade e autocuidado, e TCA e autocuidado, e traz o grupo sem obesidade e/ou TCA como um controle. O acesso aos participantes foi realizado da seguinte forma:

A) Pessoas em tratamento clínico para obesidade e/ou TCA em uma clínica de endocrinologia na cidade de Florianópolis, onde são atendidos pacientes nas áreas de endocrinologia, medicina geral, nutrição e psicologia;

B) Pessoas da população não-clínica recrutadas através das redes sociais Facebook e Instagram.

Pretendia-se atingir cerca de 300 participantes de cada população, mas isso não foi possível, entre outras coisas, pelo acesso aos participantes da população clínica ter sido reduzido drasticamente por causa da epidemia do novo Coronavírus (Sars-Cov-19). O número total de participantes foi de 108, sendo que 34 podem ser considerados pessoas com obesidade (31%).

No formulário sociodemográfico e de saúde foram controlados a altura e peso reportados (para o cálculo do IMC); há quanto tempo está em situação de obesidade (caso seja esta a circunstância); se considera que tem alguma doença no momento; se já foi diagnosticado com alguma doença; se está em tratamento médico, nutricional ou psicológico, e qual a duração do tratamento. A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (BES, versão em português) e *Eating Attitudes Test* (EAT-26, versão em português), apresentadas a seguir, permitiram verificar possíveis evidências de transtorno de compulsão alimentar e o risco para transtornos alimentares, respectivamente.

2.2.3.2 *Instrumentos das Etapas 2 e 3.* Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

1) *Formulário sociodemográfico e de saúde (Apêndice G).* O formulário sociodemográfico e de saúde contém itens como nome, gênero, idade, nacionalidade, profissão, estado civil, com quem reside, número de dependentes, escolaridade e condição financeira. Ele busca averiguar também a condição clínica da pessoa, com itens como a altura e peso (para o cálculo do IMC); há quanto tempo está em situação de obesidade (se for o caso); se considera que tem alguma doença no momento; se já foi diagnosticado com alguma doença; se está em tratamento médico, nutricional ou psicológico, e qual a duração do tratamento. São dados que buscaram avaliar as evidências de variação na amostra.

2) *O Instrumento do Autocuidado Integral.* O instrumento de autocuidado construído, denominado Instrumento de Autocuidado Integral (IAI) foi inicialmente composto por mais itens do que o esperado. A literatura indica que o número de participantes seja de 5 a 10 vezes maior do que o número de itens do instrumento. A proposta inicial era de que o instrumento fosse composto de mais ou menos 30 itens, 10 para cada dimensão do autocuidado proposta na literatura. Embora por vezes seja considerado aceitável haver somente cinco participantes por item, também é sabido que estudos com amostras maiores costumam gerar resultados mais consistentes e estáveis (Damásio, 2012).

A versão final do Instrumento do Autocuidado Integral é o produto do processo de busca de evidências de validade de conteúdo da Etapa 1 (Apêndice H). Ele possui 90 itens e

suas respostas variam em uma escala linear de 5 pontos: “sempre” (5), “com frequência” (4), “às vezes” (3), “raramente” (2) e “nunca” (1). Para os itens 78 ao 90 uma escala de ancoragem é também apresentada, solicitando ao participante que considere a mesma frequência dentro de um padrão mais específico: “sempre, se você faz isso todos os dias”; “com frequência, se isso acontece pelo menos 3 vezes por semana”; “às vezes, se isso se dá pelo menos uma vez por semana” (3), “raramente, se você faz isso pelo menos de quinze em quinze dias” (2) e “nunca, se você não tem esse hábito”. O instrumento possui três dimensões, identificadas como Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações. O método Kappa de Concordância foi utilizado para avaliar a concordância dos juízes quanto às suas dimensões. A concordância total do instrumento foi moderada ($K=0.55$), e as suas dimensões obtiveram também resultados satisfatórios (Autocuidado consigo, concordância substancial ($K=0.72$); Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações, concordância moderada ($K=0.52$ e 0.59 , respectivamente). O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) total referente à clareza dos itens foi de $0,75$.

O processo de desenvolvimento e validação de um instrumento de medida proposto por Reppold et al. (2014) sugere três etapas para a busca de evidências de validade: 1) procedimentos teóricos, em que acontece a elaboração dos itens e são buscadas as evidências de validade baseadas no conteúdo, concluídos na Etapa 1; 2) busca de evidências de validade baseadas na estrutura interna; e 3) investigação das evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, ambas descritas na Etapa 2 e efetuadas nesse estudo.

3) *BES - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (versão em português) (Anexo I)*. Adota uma escala tipo Likert e busca medir a gravidade da compulsão alimentar que já foi validada para a população brasileira (α de Cronbach = $0,85$) e está válida para o uso clínico profissional, segundo o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi). Em um questionário autoaplicável com 16 itens, o indivíduo deve escolher a afirmativa que melhor representa a sua realidade atual. Os itens recebem uma pontuação em que quanto mais transtornado for o comportamento, mais pontos são acumulados. Uma pontuação de 17 ou menos se refere a pessoas sem TCA, uma pontuação de 18 a 26 indica TCA moderado, e um escore de 27 ou mais significa TCA grave (Freitas, Lopes, Coutinho, & Appolinario, 2001). Esse instrumento foi escolhido para avaliar a segunda hipótese levantada pelo presente estudo, que pretende compreender se quanto maior o grau de comportamentos alimentares transtornados (no caso, o Transtorno de Compulsão Alimentar), menor o grau de autocuidado.

4) *Eating Attitudes Test (EAT-26, versão em português) (Anexo 2)*. É um questionário de autopreenchimento com 26 questões apresentadas na forma de uma escala Likert que busca compreender o risco dos participantes de desenvolver um TA. Ele é composto por 3 subescalas que avaliam o comportamento alimentar: dieta (13 itens), bulimia e preocupação com alimentos (seis itens) e autocontrole oral (sete itens). O seu alfa de Cronbach é de 0,88, e ela foi adaptada e validada em amostras brasileiras com diferentes perfis (Fortes et al., 2006). Escolheu-se esse instrumento de acordo com a segunda hipótese levantada pelo presente estudo, que postula que quanto maior o grau de comportamentos alimentares transtornados, menor o grau de autocuidado.

5) *Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada (ASAS-R, versão em português) (Anexo 3)*. A ASAS-R é um instrumento de 15 itens que mede o nível de agenciamento de autocuidado, considerada o padrão ouro para avaliação de comportamentos de autocuidado. Ela utiliza uma escala Likert de cinco pontos que varia de 1 (concordo completamente) à 5 (discordo completamente). Os estudos apresentam um modelo de 3 fatores: capacidade para autocuidado, desenvolvimento de capacidade para autocuidado e falta de capacidade para autocuidado. Os escores variam entre 15 e 75, sendo que uma maior pontuação indica uma maior capacidade de autocuidado (Damásio & Koller, 2013).

2.2.3.3 *Procedimentos de coleta de dados das Etapas 2 e 3*. A coleta de dados foi feita inteiramente on-line por meio do programa Google Forms. No caso da população clínica, os participantes foram convidados a colaborar com a pesquisa pelos profissionais de saúde da Clínica médica em questão, caso o paciente se encaixasse no perfil desejado (uma pessoa com obesidade ou com Transtorno de Compulsão Alimentar). Uma vez que o paciente demonstrasse interesse na pesquisa de forma voluntária, ele recebia um link por mensagem telefônica (aplicativo Whatsapp), enviado pela pesquisadora, juntamente com uma breve explicação da pesquisa e o convite para responde-la. Os profissionais, dois médicos endocrinologistas, receberam um breve treinamento referente ao objetivo da pesquisa, os instrumentos utilizados, os procedimentos éticos envolvidos. Os riscos leves, descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os benefícios para o paciente, como autoconhecimento e reflexão, foram também esclarecidos.

No caso das pessoas da população geral, os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa pelas redes sociais Instagram e Facebook por meio de posts construídos pela

pesquisadora. No caso do Facebook, o post foi divulgado também na página de diversos grupos de interesse para a pesquisa, como grupos de pessoas com obesidade, de pessoas com TCA, de pessoas que tem interesse na cirurgia bariátrica e também de pessoas que buscam emagrecimento. Estes grupos foram escolhidos uma vez que podem alcançar pessoas com obesidade e TCA, que são o foco do estudo.

Para a análise de dados, não foi possível diferenciar entre a população acessada através da clínica daquela acessada pelas redes sociais. Dado que as pessoas do grupo da população geral que atendessem aos critérios para alocação no grupo clínico, conforme dados obtidos por meio do formulário sociodemográfico e de saúde, seriam realocadas, esse fato não foi considerado problemático. Todos os instrumentos são autoaplicáveis e o preenchimento do formulário teve duração total aproximada de 30 minutos.

2.2.3.4 Procedimentos Éticos das Etapas 2 e 3. Uma das principais considerações a se fazer para a realização da coleta de dados são os procedimentos éticos envolvidos no processo. Primeiramente um convite formal para participar da coleta de dados foi feito a uma clínica particular de Endocrinologia na cidade de Florianópolis, que o aceitou. O Termo de Autorização Institucional (Apêndice H) foi utilizado para esclarecer esse vínculo e garantir o consentimento.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento este que explica os objetivos da pesquisa e os aspectos relativos ao anonimato, sigilo e participação (Apêndice I), constituiu a primeira parte do formulário online. O TCLE foi fornecido antes da coleta para que o participante o aceitasse por meio de consentimento virtual. O TCLE é um documento que fornece todas as informações quanto às implicações éticas da pesquisa, de acordo com os procedimentos éticos estabelecidos pela Resolução da lei 510/16 e 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 010/2012.

Os termos deixam claro que a pesquisa é de caráter voluntário e que o anonimato dos participantes é garantido. Os participantes também podem, a qualquer momento, desistir da participação na pesquisa ou se recusar a responder aos questionários sem qualquer tipo de represália ou prejuízo. Caso se sentissem mobilizados emocionalmente os participantes tiveram acesso ao e-mail e telefone da pesquisadora, que se colocou à disposição para qualquer atendimento necessário advindo dessa demanda. Caso lhes interessassem, os

participantes poderiam solicitar por e-mail a devolução dos resultados da pesquisa, que foram disponibilizados também por e-mail de forma concisa.

2.2.3.5 Análise de dados das Etapas 2 e 3. Após a coleta de dados, análises estatísticas foram realizadas para a busca das evidências de validade baseadas na estrutura interna. Todos os cálculos estatísticos desta pesquisa foram realizados por meio do programa estatístico SPSS, e os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de estatística descritiva. Uma das funções desta etapa é avaliar dados de normalidade e variância do instrumento de autocuidado. Foi efetuada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), procedimento considerado mais adequado para garantir que o instrumento estabeleça uma representação legítima do construto. Para verificar se a matriz de dados é passível de fatoraçoão, foram utilizados os testes Kaiser Meyer-Olkin ($KMO > 0.70$) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$) (Damásio, 2012; Pasquali, 2009; 2011; Reppold et al., 2014).

A AFE busca encontrar a covariância entre os itens e reuni-los em dimensões para avaliar se a estrutura de relações entre os itens e o fator corresponde a proposta da teoria (Primi et al., 2009). No entanto, devido ao grande número de itens e ao tamanho amostral apenas suficiente para AFE foram conduzidas análises separadas para cada uma das subescalas que compõe o instrumento. Nesse sentido, foram realizadas análises considerando os itens desenvolvidos em cada uma das dimensões teóricas do instrumento: Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações. Por esta razão, as evidências de validade aqui encontradas podem ser consideradas apenas evidências preliminares.

Como havia uma grande quantidade de itens para cada dimensão foi realizada uma depuração dos itens com AFEs consecutivas excluindo, inicialmente, os itens com cargas inferiores a 0,4 em qualquer um dos subfatores indicados no modelo teórico. Posteriormente, foram excluídos itens que compunham fatores de um ou dois itens. Itens que apresentassem carga cruzada, foram mantidos no fator a que pertenciam em uma abordagem mais conservadora para retirar esses itens considerando o tamanho amostral. Esse processo de condução de AFEs consecutivas apresentou uma redução significativa do número de itens em cada uma das escalas.

Salienta-se que, independentemente da dimensão, cada uma das AFEs foi conduzida a partir matriz de correlação de Pearson, utilizando método de extração de mínimos resíduos

e rotação Promax. A fatorabilidade foi averiguada em cada nova análise, a partir dos índices de KMO ($>0,70$) e Bartlett ($p<0,01$). A quantidade de fatores foi determinada a partir da indicação da análise Paralela (AP). A expectativa com relação a estas análises primárias foi reduzir o número de itens, bem como, verificar o número de subdimensões dos construtos. Trata-se, portanto, de uma análise exploratória dos dados e os subfatores resultantes recebem uma nomeação de acordo com o conteúdo dos itens que o compõe.

Por fim, para averiguar a qualidade da solução das subdimensões em cada fator foi utilizada uma correlação de Pearson com as demais medidas psicológicas incluídas no estudo. Para essa análise itens com carga cruzada foram contabilizados exclusivamente no subfator com maior carga fatorial. Itens com carga negativa foram calculados reversamente, particularmente na dimensão do Autocuidado consigo. Na Dimensão Autocuidado nas relações, o Fator 1 apresentou uma escala prioritariamente constituída de itens reversos, por isso os itens de carga negativa representavam aspectos positivos do autocuidado. Nesse caso optou-se por manter a estrutura das demais escalas, invertendo apenas a direção desses itens tratando-os como reversos. Para avaliar os índices de precisão foi realizado o cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach e do ômega de McDonald, testes que refletem o grau de covariância dos índices, sendo uma maneira de avaliar a consistência interna do instrumento (Kalkbrenner, 2021; Pasquali, 2011).

As relações entre autocuidado na obesidade e compulsão alimentar foram verificadas por meio da avaliação das evidências de validade baseadas em critérios externos. Este é um procedimento em que se utiliza outros testes, já validados posteriormente, na busca por convergências ou divergências em relação ao construto que se procura analisar. O novo instrumento pode ser considerado válido quando essas relações corroboram a capacidade do instrumento de discriminar comportamentos descritos objetivamente por outros instrumentos (Reppold et al., 2014). Para tanto, análises de correlação foram utilizadas entre os resultados de cada uma das dimensões e do total do IAI e do ASAS-R, com o intuito de investigar as evidências de validade convergente (Primi, Muniz & Nunes, 2009).

Nessa etapa buscou-se também uma correspondência empírica entre os resultados obtidos pelo instrumento e os dados clínicos dos participantes. O grau de obesidade foi avaliado por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC), medida utilizada pela Organização Mundial de Saúde como uma métrica útil para diagnosticar obesidade em populações amplas (WHO, 2021). Apesar de não ser uma medida perfeita ou ser necessariamente um bom indicador de saúde, ele é amplamente utilizado na ciência e saúde pública por ser um método

simples, não-invasivo, barato e ter uma boa correlação com a adiposidade (de Carvalho et al., 2019). O IMC foi calculado ao dividir-se o peso do indivíduo (em kg) pelo quadrado da sua altura (em m), medidas obtidas por relato no Formulário sociodemográfico e de saúde. O risco para comportamentos alimentares transtornados foi aferido pelo escore do EAT-26, e presença e a gravidade de TCA pelo escore do BES. Todos esses resultados foram associados com os resultados de ambos instrumentos de autocuidado (IAI e ASAS-R).

Duas hipóteses foram discutidas: 1) o grau de obesidade e o autocuidado tem uma relação negativa (quanto maior o grau de obesidade, menor o grau de autocuidado de uma pessoa); 2) a gravidade dos comportamento de risco para desenvolver TA e/ou evidências de TCA têm uma relação negativa com o autocuidado (quanto maior a gravidade dos comportamentos alimentares transtornados e/ou TCA, menor o grau de autocuidado).

Testes de correlações foram usados nas análises entre os instrumentos e as demais variáveis (como idade, gênero com que se identifica, etc). Análises multivariadas foram utilizadas na correlação entre os escores do ASAS-R, do BES, do EAT-26 e as dimensões do IAI. A ANOVA one-way foi utilizada para verificar a variância entre os grupos de pessoas eutróficas, com sobrepeso, com obesidade, e com TCA. Todas essas análises tiveram o intuito de verificar a frequência, as associações, a variância e a relação entre os escores dos testes e os outros dados coletados.

2.3 Resultados

2.3.1 Caracterização da amostra

A amostra total desse estudo foi de 108 participantes, sendo que 86% se identificam como mulheres (n=93), 13% se identificam como homens (n=14) e 1% não respondeu (n=1). A idade mínima relatada foi 22 anos completos, e a máxima de 86, sendo que a média de idade dos participantes é de 42,65 e a desvio padrão (DP) de 13,86. Todos os participantes estão na idade adulta, sendo que 14% (n=15) são pessoas com mais de 60 anos de idade.

A maioria dos participantes é casado ou está em união estável (65,42%, n=70), e 49,60% de todos os respondentes têm pelo menos um filho (n=54, sendo que a média de filhos é de 1,86 por pessoa). A maior parte dos participantes têm um nível de escolaridade igual ou maior do que ensino superior completo (87%, n=94) e uma renda familiar maior do que 5 salários mínimos (70%, n=76). Os dados completos referentes a estas características do perfil geral da amostra foram reunidos na tabela 6.

Tabela 6*Características do perfil dos participantes do estudo*

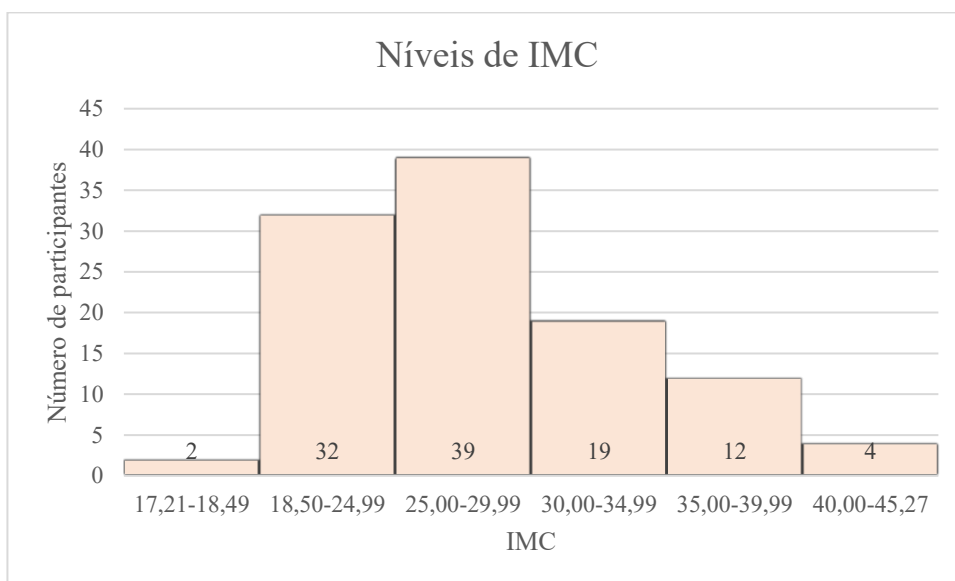
Característica	N	Percentual (%)
Estado civil		
Solteiro	31	28,97%
Casado/União estável	70	65,42%
Divorciado/Separado	5	4,67%
Viúvo	1	0,93%
Número de Filhos		
Nenhum	55	51,40%
1	19	17,75%
2	23	21,49%
3	8	7,47%
4	2	1,86%
Nível de escolaridade		
Doutorado completo	7	6,54%
Doutorado Incompleto	5	4,67%
Mestrado completo	13	12,15%
Mestrado incompleto	3	2,80%
Especialização ou Pós-Graduação completa	43	40,18%
Especialização ou Pós-Graduação incompleta	0	20,56%
Ensino Superior completo	22	10,28%
Ensino Superior incompleto	11	1,86%
Ensino Médio completo	2	0,00%
Ensino Médio incompleto	0	0,00%
Ensino Fundamental completo	0	0,93%
Ensino Fundamental incompleto	1	6,54%
Renda familiar		
Menor que um salário mínimo (R\$ 1.100)	3	2,78%
Entre 1 e 5 salários mínimos	29	26,22%
Entre 6 e 10 salários mínimos	26	24,30%
Entre 11 e 15 salários mínimos	21	19,60%
Acima de 15 salários mínimos	29	27,10%

Com relação às condições de saúde relatadas pelos participantes, o cálculo do IMC permitiu que a amostra fosse dividida nas seguintes categorias de pessoas: 1,85% abaixo do peso ideal (n=2); 29,63% eutróficas (dentro do peso ideal, n=32); 36,11% com sobrepeso

(n=39); 17,59% com obesidade tipo I (n=19); 11,11% com obesidade tipo II (n=12); e 3,70% com obesidade tipo III (n=4) (WHO, 2021). Considera-se, portanto, que 32,41% dos participantes é uma pessoa com obesidade ($IMC \geq 30$). A figura 9 apresenta um gráfico de distribuição dos participantes segundo essas categorias de IMC. O IMC dos participantes variou entre 17,21 e 45,27, com uma média de 27,99 e DP de 5,82.

Figura 9

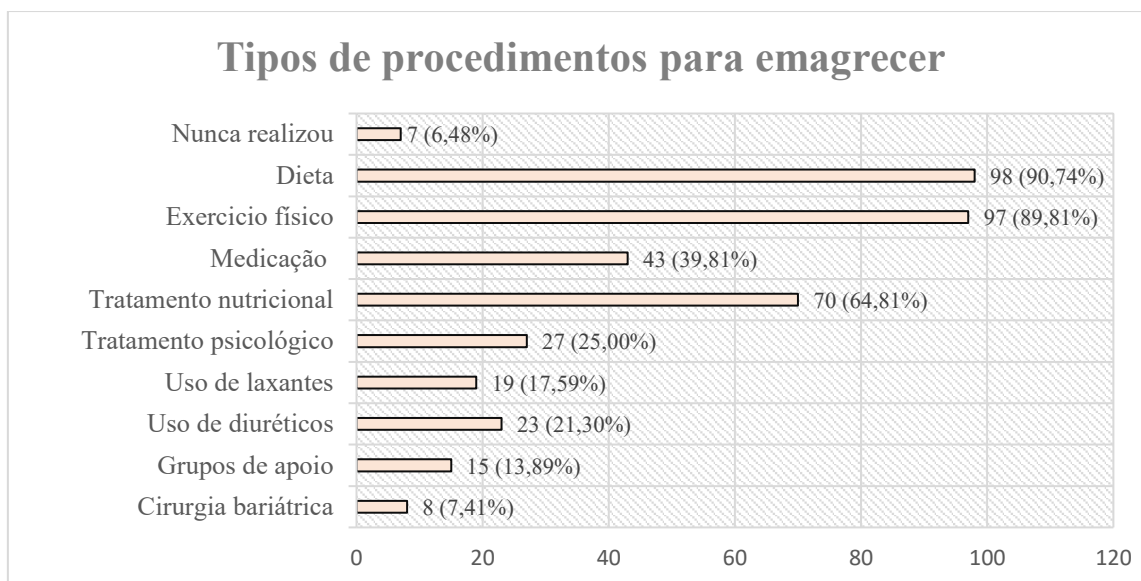
Distribuição dos participantes segundo as categorias de IMC sugeridas pela OMS (WHO, 2021)



No entanto, a percepção do próprio peso revelou que 0,93% dos participantes se consideram abaixo do peso (n=1); 32,41% se considera com peso normal (n=35); 48,15% se considera acima do peso (n=52); e 18,52% se percebe como uma pessoa com obesidade (n=20). Dos 108 participantes, 72 consideram que seu estilo de vida atual pode contribuir para um aumento de peso (66,67%) e 36 acreditam que não (33,33%). A grande maioria dos respondentes já realizou algum procedimento para emagrecer, como mostra a figura 10. Das oito pessoas que realizaram cirurgia bariátrica, quatro relataram um reganho de peso de 3 a 10 anos após a cirurgia. Atualmente, 34,26% dos participantes pratica atividades físicas sempre (ao menos 5 vezes na semana, n=37), 56,48% relata praticar às vezes (n=61) e 9,26% diz não praticar (n=10).

Figura 10

Procedimentos utilizados com o objetivo de emagrecimento relatados pelos participantes



Nota: As porcentagens não são acumulativas, uma vez que diversos participantes já realizaram mais de um procedimento com o objetivo de emagrecer

Com relação às condições médicas reportadas pelos participantes, 59,26% reportou não ter qualquer doença (n=64); 9,26% relatou ter diabetes (n=10) ou hipertensão arterial (n=10). Outros 9,26% informou ter algum tipo de transtorno mental, dentre eles Transtorno depressivo (n=5), Transtorno de ansiedade (n=2), Transtorno alimentar (n=1) e Transtorno psiquiátrico não especificado (n=2). Ainda, 4,63% dos participantes relataram sofrer com apneia do sono (n=5), 2,78% comunicaram ter problemas na tireoide (n=3), doenças cardiovasculares (n=3) ou síndrome metabólica (n=3). Além disso, outros 12 respondentes (11,11%) indicaram outras doenças isoladamente (hipertrigliceridemia, hernia de disco, cirrose, problemas na coluna, problemas de fertilidade, anemia aplástica, esclerose sistêmica, câncer de mama, síndrome do ovário policístico, enfermidade vascular, epilepsia e Asma).

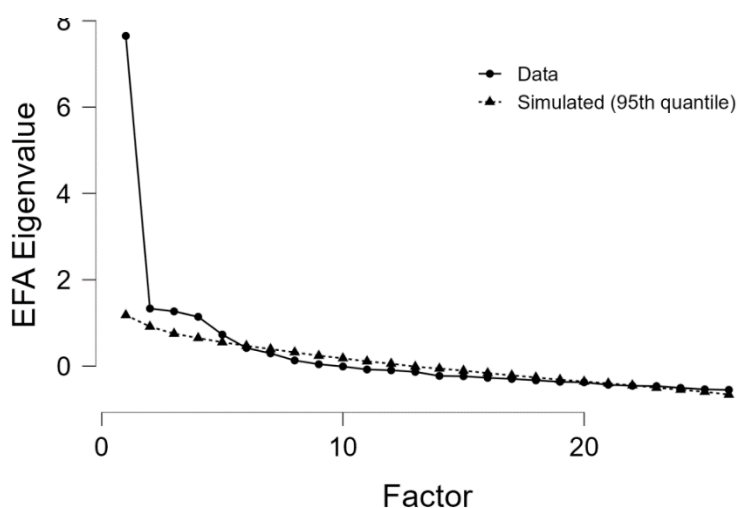
Evidências de comportamentos condizentes com o TCA foram detectadas em 26 dos 108 participantes (24,07%). Das 26 pessoas com evidências de TCA, 69,23% são pessoas com obesidade (n=18). Isso significa que 51,42% dos participantes dessa pesquisa que têm obesidade têm também indícios de TCA. Com relação ao acompanhamento da saúde mental, 17,59% dos participantes nunca fizeram qualquer tipo de tratamento (n=19). No entanto, 42,59% já fizeram acompanhamento psicológico no passado (n=46) e 14,81% fizeram acompanhamento psiquiátrico (n=16). Atualmente, 34,26% dos respondentes fazem tratamento psicológico (n=37) e 17,59% fazem tratamento psiquiátrico (n=19).

2.3.2 Resultados da busca de evidências preliminares de validade baseadas na estrutura interna

2.3.2.1 Análise da dimensão Autocuidado consigo. Foram realizadas quatro AFEs consecutivas para obtenção do modelo final e depuração dos itens. A última análise demonstrou índices aceitáveis à sua fatorabilidade (KMO=0,849, teste de Bartlett $X^2=1337,612$; GL = 325,00; $p<0,001$). A AP indicou uma solução de três fatores (Figura 11).

Figura 11

Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da subescala Autocuidado Consigo



Nota: EFA – Análise fatorial exploratória

No processo de realização das AFEs consecutivas foram excluídos os seguintes itens: 59, 76, 1, 14, 25, 34, 38, 51, 56, 61, 62, 67, 80, 84, 85, 86, 74, 90. Na segunda rodada de análise fatorial foram excluídos os itens: 44, 77, 20, 23, 55, 78. Os itens 43 e 60, bem como, 27 e 18 foram excluídos na terceira e quarta AFEs respectivamente. O item 82 foi excluído por computar em um único fator. A estrutura dos subfatores pode ser visualizada na Tabela 7.

Tabela 7

Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado consigo

Item	F1	F2	F3	F4	F5	Unic.
88 - Eu planejo atividades para o meu bem-estar	0,707					0,384
81 - Eu tenho momentos de lazer	0,704					0,497
66 - Eu tenho momentos para rir ou ficar tranquila/o	0,699					0,419
87 - Eu procuro fazer coisas que me dão prazer e trazem conforto	0,653					0,414
31 - Eu pratico alguma atividade que me conecta com o meu corpo (ex: Yoga, meditação, dança ou outros)	0,586					0,606
28 - Eu tiro férias de pelo menos 15 dias uma vez ao ano	0,454					0,806
30 - Eu reservo tempo longe dos eletrônicos só para mim (ex: celular, computador, televisão, etc)	0,448					0,584
89 - Eu me julgo ou me critico exageradamente		-0,833				0,486
71 - Eu percebo as minhas dificuldades ou faltas sem me julgar		0,770				0,416
54 - Eu me sinto desapontada/o comigo mesma/o		-0,672				0,498
73 - Eu converso comigo mesma/o de maneira apoiadora		0,507				0,469
53 - Eu tenho pensamentos positivos sobre mim mesma/o e a minha vida		0,455				0,431
68 - Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida		0,444		0,402		0,440
10 - Eu respeito os meus sinais de saciedade (ex: paro de comer antes de me sentir muito cheia/o)			0,800			0,398
16 - Eu me alimento com calma			0,698			0,500
9 - Eu respeito os meus sinais de fome (ex: como quando estou com fome e não esqueço de comer)			0,685			0,464
35 - Eu mantenho hábitos saudáveis			0,604			0,309
79 - Eu como de forma equilibrada e nutritiva (ex: todos os alimentos recomendados, incluindo, açúcares, gordura, carboidrato, proteínas, vegetais, frutas).			0,593			0,522
47 - Eu mantenho organizadas as coisas que são necessárias para a minha vida (ex: para o meu trabalho ou estudos, na minha vida financeira, para meus compromissos sociais, coisas do meu dia a dia, etc)				0,751		0,546
2 - Eu luto por aquilo que eu acredito				0,652		0,421
32 - Eu mantenho agradável o ambiente onde vivo				0,647		0,564

Item	F1	F2	F3	F4	F5	Unic.
5 - Eu me desafio com coisas novas e interessantes				0,619		0,622
21 - Eu percebo quando os meus pensamentos estão me fazendo mal					0,783	0,441
26 - Eu percebo as minhas emoções (ex: quando estou alegre, triste, ansiosa, com medo, com raiva, etc)					0,764	0,396
7 - Eu tenho consciência dos meus desejos e necessidades					0,654	0,485
12 - Eu sei reconhecer as minhas necessidades físicas (sono, descanso, dores, fome, etc...)					0,526	0,563

Nota: Fator 1 – Saúde emocional: Lazer e bem-estar; Fator 2 – Saúde emocional: Autocompaixão; Fator 3 – Saúde física: Hábitos alimentares saudáveis; Fator 4 – Saúde mental: Organização e dedicação; Fator 5 – Saúde emocional: Autoconsciência
Cargas fatoriais inferiores a 0,4 foram retiradas da visualização

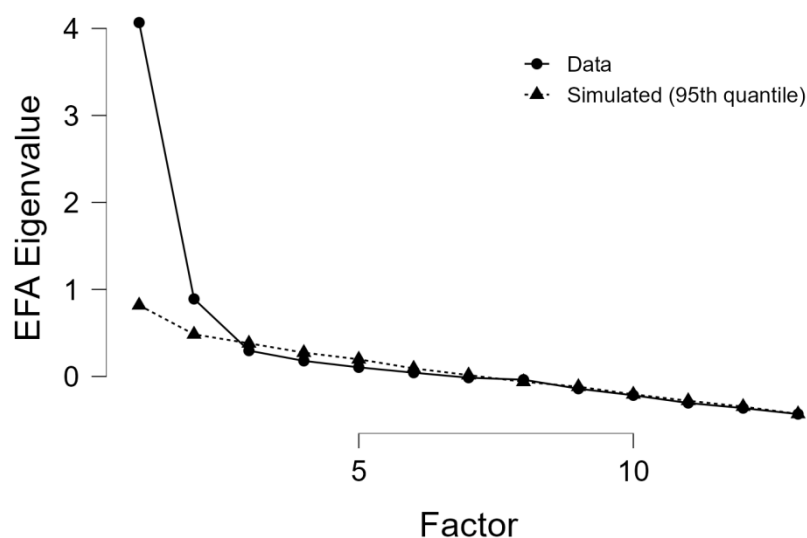
A dimensão Autocuidado consigo apresentou 5 fatores, três que correspondem à saúde emocional, um à saúde mental, um à saúde física: 1- Lazer e bem-estar; 2- Autocompaixão; 3- Hábitos alimentares saudáveis; 4- Organização e dedicação; e 5- Autoconsciência. A subdimensão Lazer e bem-estar, com sete itens, corresponde ao atributo Saúde emocional. Ela foi assim denominada pelos seus itens representarem comportamentos que buscam atividades de lazer, tranquilidade, conforto e prazer. A subdimensão Autocompaixão, também correspondente ao atributo Saúde emocional, recebeu esse nome por conter itens que representam comportamentos referentes a maneira como uma pessoa trata a si mesma, com gentileza e compreensão. Ela tem seis itens, incluindo dois itens invertidos (54, “Eu me sinto desapontada/o comigo mesma/o”, e 89, “Eu me julgo ou me crítico exageradamente”) que representam comportamentos de falta de autocuidado – apresentando uma fatoração negativa, como era esperado.

A subdimensão Hábitos alimentares saudáveis corresponde ao atributo Saúde física e tem cinco itens, todos referentes a comportamentos alimentares considerados amplamente saudáveis. A subdimensão Organização e dedicação, com cinco itens, é correspondente ao atributo Saúde mental. Ela foi assim nomeada por conter itens que representam aqueles comportamentos relativos à organização do ambiente e do dia-a-dia, assim como aqueles que indicam uma dedicação novos desafios e aos seus próprios ideais. O item 68 (“Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida”) fatorou em duas subdimensões: Autocompaixão e Organização e dedicação. E, por fim, a subdimensão Autoconsciência ficou com quatro itens, todos que referem a uma autopercepção das próprias necessidades e uma conexão consigo mesmo, que é também pertencente ao atributo Saúde emocional.

2.3.2.2 *Análise da dimensão Autocuidado por meio de outros.* Foram realizadas duas AFEs para obtenção do modelo final e depuração dos itens. A última análise demonstrou índices aceitáveis para sua fatorabilidade (KMO = 0,811, Teste de Bartlet $X^2=461.066$; GL = 78,000; $p<0,01$). A AP indicou uma solução de dois fatores conforme pode ser verificado na Figura 12.

Figura 12

Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da escala Autocuidado por meio de outros



No processo de realização das AFEs consecutivas foram excluídos os seguintes itens: 8, 42,46, 64,70. Os itens restantes estão apresentados na Tabela 8 juntamente com sua carga fatorial.

Tabela 8

Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado por meio de outros

Item	Fator 1	Fator 2	Unicidade
40 - Quando eu tenho um problema de saúde eu tenho a quem recorrer	0,900		0,278
41 - Eu recebo apoio e suporte das pessoas na minha vida	0,886		0,423

Item	Fator 1	Fator 2	Unicidade
65 - Quando tenho dúvida sobre uma opinião profissional em saúde, eu procuro outro profissional para ter uma segunda opinião	0,556		0,617
69 - Eu tenho pessoas que eu procuro para me confortar quando estou chateada/o	0,503		0,712
17 - Eu me sinto amparada/o pelo meu sistema de saúde	0,431		0,643
52 - Quando eu vou ao médico ou a outro profissional da saúde eu não tenho vergonha ou receio de fazer perguntas sobre o meu tratamento e de tirar todas as minhas dúvidas	0,429		0,835
57 - Eu passo meu tempo com pessoas que me fazem bem e são gentis comigo	0,427		0,723
4 - Procuro ajuda profissional quando eu tenho dificuldade de manter um hábito saudável (como alimentação balanceada ou exercícios físicos)		0,866	0,443
3 - Eu procuro profissionais da saúde quando estou com dor ou com algum problema físico		0,692	0,586
6 - Procuro ajuda profissional quando tenho dificuldade para eliminar um hábito não saudável (como fumar ou beber em excesso)		0,660	0,582
29 - Eu procuro profissionais da saúde para realização dos exames preventivos indicados para a minha idade		0,535	0,508
36 - Eu faço atividades com profissionais para me sentir bem (massagens, exercícios relaxantes, meditação, Yoga ou similares)		0,456	0,742
83 - Eu sigo as recomendações dos profissionais quanto a minha saúde		0,444	0,677

Nota: Fator 1 - Saúde Emocional e mental: Empoderamento; Fator 2 – Saúde física: Autonomia
Cargas fatoriais inferiores a 0,4 foram retiradas da visualização

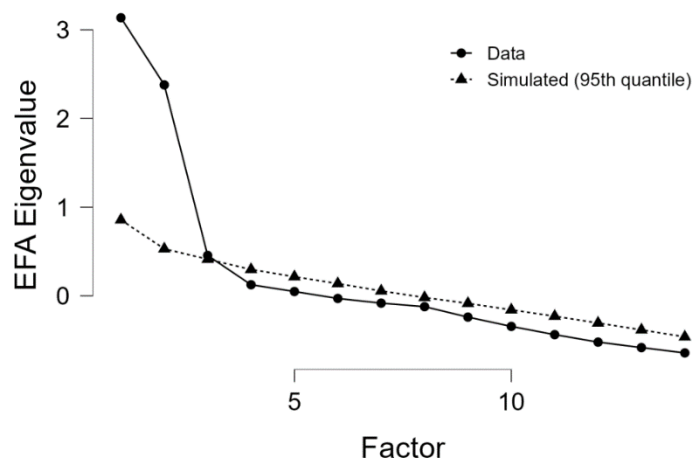
A dimensão Autocuidado por meio de outros apresentou dois subfatores: Empoderamento, que abarca itens dos atributos Saúde mental e Saúde emocional da dimensão; e Autonomia, que inclui os itens pertencentes ao atributo Saúde física. Os conceitos de empoderamento e autonomia foram apontados pela revisão integrativa no Estudo 1 como fatores importantes para essa dimensão. A subdimensão Empoderamento, com 7 itens, foi assim denominada por conter itens que se referem a confiança que o indivíduo tem no suporte e amparo que recebe, assim como na sua capacidade de procurar esse suporte. Já a subdimensão Autonomia, com 6 itens, recebeu esse nome por seus itens apresentarem comportamentos que indicam a agência do indivíduo frente ao seu processo saúde-doença, como a procura por profissionais especializados, por exemplo.

2.3.2.3 Análise da subescala Autocuidado nas relações. Foram realizadas duas AFEs para obtenção do modelo final e depuração dos itens. A última análise demonstrou índices aceitáveis para sua

fatorabilidade (KMO = 0,772, Teste de Bartlett $X^2=572,556$; GL = 91,000; $p<0,001$). A AP indicou uma solução de dois fatores conforme pode ser verificado na Figura 13.

Figura 13

Gráfico de Escarpa e de Análise Paralela para retenção de subdimensões da subescala Autocuidado nas relações



Na primeira AFE foram excluídos os itens 72, 75 e na segunda o item 39. Os demais itens e seus subfatores são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9

Subfatores e Cargas fatoriais dos itens remanescentes na AFE da subescala de Autocuidado nas relações

Item	Fator 1	Unicidade
45 - Eu tenho o hábito de deixar de fazer o que é importante para mim para agradar aos outros	-0,783	0,351
48 - Eu expresso as minhas emoções aos outros, dizendo com clareza como me sinto	0,615	0,585
49 - Eu digo não sem me sentir mal quando é necessário	0,604	0,611
50 - Nos meus relacionamentos pessoais com frequência eu finjo estar bem	-0,603	0,636
13 - Eu faço tudo para todo mundo	-0,580	0,576
24 - Eu sei expressar para as pessoas da minha vida o que estou precisando (fisicamente e emocionalmente)	0,549	0,641
19 - Eu procuro sempre atender às necessidades das pessoas na minha volta	-0,494	0,484

Item	Fator 1	Unicidade
58 - Na frente dos outros eu tenho medo de ser quem realmente sou	-0,478	0,756
37 - As pessoas da minha vida compreendem quando eu nego um pedido delas	0,454	0,780
15 - Eu sei o que fazer para ajudar as pessoas próximas de mim	0,787	0,379
33 - Eu faço a minha parte para cuidar das pessoas a minha volta	0,718	0,464
63 - Eu sinto que apoio e compreendo as pessoas da minha vida	0,638	0,530
22 - Eu contribuo com a minha comunidade	0,532	0,713
11 - Eu sou uma pessoa que os outros procuram quando precisam de ajuda	0,503	0,746

Nota: Fator 1 –Saúde emocional: Limites nas relações; Fator 2 – Saúde física e mental: Autoeficácia nas relações
Cargas fatoriais inferiores a 0,4 foram retiradas da visualização

A dimensão Autocuidado nas relações apresentou, portanto, dois subfatores nomeados Limites nas relações e Autoeficácia nas relações. O subfator Limites nas relações possui nove itens e pertence ao atributo Saúde emocional da dimensão. Ele foi assim denominado por apresentar itens que representam a capacidade do indivíduo de colocar limites emocionais saudáveis nas suas relações. Uma vez que o item com a maior carga era originalmente um item negativo (item 45 – “Eu tenho o hábito de deixar de fazer o que é importante para mim para agradar aos outros”), ele foi fatorado com uma carga positiva e serviu de referência para todos os itens que vieram depois dele. Dessa forma, os itens desse subfator – apesar de coerentes dentro da fatoração – tiveram as suas cargas manualmente invertidas para uma melhor compreensão do leitor. Assim sendo, os itens 45, 50, 13, 19 e 58, itens negativos, ficaram com uma carga fatorial negativa; e os itens 48, 49, 24 e 37, itens positivos, ficaram com uma carga positiva.

A subdimensão Autoeficácia nas relações ficou com sete itens, que se dividem nos atributos Saúde mental e Saúde física da dimensão. Ela foi assim nomeada por conter itens que medem a confiança do indivíduo na sua capacidade de ser útil às pessoas a sua volta. Dois itens estão presentes nos dois fatores: 19, “Eu procuro sempre atender às necessidades das pessoas na minha volta”; e 13, “Eu faço tudo para todo mundo”. Ambos foram criados como itens negativos que buscavam medir a capacidade da pessoa em colocar limites nas suas relações, e obtiveram uma carga negativa no fator para que foram criados. No entanto, obtiveram também uma carga positiva, ligeiramente menor, no segundo fator.

O alfa de Cronbach e o ômega de McDonald também foram calculados como medidas de precisão da escala. Nesse caso, tanto a escala como um todo quanto as suas dimensões foram incluídas nos cálculos e observadas (Tabela 10).

Tabela 10

Resultados do Alfa de Cronbach e do Omega de McDonald para o IAI e suas subdimensões

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α
IAI (completo)		
Point estimate	0.923	0.921
Intervalo de confiança 95% (lower bound)	0.902	0.898
Intervalo de confiança 95% (upper bound)	0.944	0.940
Dimensão Autocuidado consigo		
Point estimate	0.896	0.894
Intervalo de confiança 95% (lower bound)	0.867	0.861
Intervalo de confiança 95% (upper bound)	0.924	0.920
Dimensão Autocuidado por meio de outros		
Point estimate	0.841	0.841
Intervalo de confiança 95% (lower bound)	0.796	0.791
Intervalo de confiança 95% (upper bound)	0.885	0.881
Dimensão Autocuidado nas relações		
Point estimate	0.771	0.750
Intervalo de confiança 95% (lower bound)	0.708	0.673
Intervalo de confiança 95% (upper bound)	0.835	0.812

Nota. Os seguintes itens obtiveram uma correlação negativa com a escala: 15, 33, 63, 22 e 11.

2.3.3 Resultados da busca de evidências preliminares de validade baseadas nas relações com variáveis externas

Na investigação das evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas foi efetuada uma análise de correlação entre as dimensões do IAI e os instrumentos aplicados (ASAS-R, BES, EAT), assim como com os dados do IMC dos participantes. Esse procedimento buscou verificar a adequação da seleção dos itens a partir da AFE considerando o nível de correlação dos escores gerados dos instrumentos e os escores totais de cada uma das subdimensões geradas a partir dos itens selecionados.

A Correlação de Pearson é uma medida correlacional que busca compreender a associação estatística entre duas variáveis. Seu resultado varia entre 1 (correlação positiva perfeita) e -1 (correlação negativa perfeita), sendo que quanto mais próximo do zero, menos

correlação existe. Considera-se que de $\pm 0,100$ a $\pm 0,399$ temos uma correlação fraca, de $\pm 0,400$ a $\pm 0,699$ uma correlação moderada, e de $\pm 0,700$ a $\pm 0,999$ uma correlação forte (Dancey & Reidy, 2018). A Tabela 11 traz os resultados obtidos das correlações de Pearson entre as dimensões do instrumento e os outros instrumentos utilizados.

Tabela 11

Índice de correlação de Pearson entre as dimensões do IAI (Instrumento de Autocuidado Integral) e os escores da ASAS-R, BES e EAT-26

Variáveis	Autocuidado consigo	Autocuidado por meio de outros	Autocuidado nas relações
ASAS-R	0,663***	0,528***	0,501**
BES	-0,294**	-0,127	-0,186
EAT-26	-0,033	0,125	0,032

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ASAS-R – Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada; BES – Escala de Compulsão Alimentar Periódica; EAT-26 – Eating Attitudes Test (versão em português)

No geral, todas as dimensões do IAI demonstraram uma correlação positiva moderada significativa com a Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados (ASAS-R) A dimensão Autocuidado consigo apresentou uma correlação negativa fraca significativa com os escores do BES, porém os resultados para as outras dimensões não foram significativas. Os resultados do EAT-26 não obtiveram uma correlação significativa com as dimensões da escala (Dancey & Reidy, 2018).

Os resultados das análises de correlação do IMC com as dimensões indicaram uma correlação negativa moderada significativa com a dimensão Autocuidado consigo ($R = -0,477$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa fraca significativa com a dimensão Autocuidado por meio de outros ($R = -0,219$; $p < 0,05$), o que indica que quanto maior o grau de obesidade, menos Autocuidado consigo e Autocuidado por meio de outros as pessoas tem. O IMC não obteve uma correlação significativa para a dimensão Autocuidado nas relações ($R = -0,165$; $p = 0,89$).

Com relação a idade, os escores de Autocuidado consigo ($R = 0,255$; $p < 0,01$) e Autocuidado por meio de outros ($R = 0,223$; $p < 0,01$) apresentaram correlações positivas fracas significativas, indicando que essas dimensões de autocuidado tendem a aumentar conforme o a idade avança. A dimensão Autocuidado nas relações ($R = 0,178$; $p < 0,06$)

apresentou apenas tendência nessa variável. Não foram avaliadas questões associadas ao gênero porque a amostra foi composta quase exclusivamente (n=93) por pessoas do gênero feminino. A tabela 12 mostra os resultados da correlação entre as subdimensões da IAI e os escores da ASAS-R, BES e EAT-26, similarmente, com o IMC.

Tabela 12

Índice de correlação de Pearson entre as subdimensões da IAI e os escores da ASAS-R, BES e EAT-26 e com o IMC

	Subdimensões	ASAS-R	BES	EAT-26	IMC
Dimensão 1: Autocuidado consigo	1 – Lazer e bem-estar	0,609***	-0,248**	0,003	-0,309**
	2 – Autocompaixão	0,498***	-0,196*	-0,135	-0,122
	3 – Hábitos alimentares saudáveis	0,547***	-0,407***	-0,040	-0,356**
	4 – Organização e dedicação	0,289**	-0,059	0,066	-0,596**
	5 – Autoconsciência	0,344***	-0,046	0,067	-0,135
Dimensão 2 - Autocuidado por meio de outros	1 – Empoderamento	0,450***	-0,142	0,030	-0,265**
	2 – Autonomia	0,471***	-0,082	0,182	-0,257**
Dimensão 3 - Autocuidado nas relações	1 – Limites nas relações	0,549**	-0,271**	-0,077	-0,225*
	2 – Autoeficácia nas relações	0,025	0,121	0,220*	0,077

Nota. * p<0,05; ** p<0,01; p<0,001; ASAS-R – Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada; BES – Escala de Compulsão Alimentar Periódica; EAT-26 – Eating Attitudes Test (versão em português); IMC – Índice de massa corpórea.

Quando observamos cada um dos subfatores das dimensões, é possível perceber que todos tem uma correlação positiva significativa com a ASAS-R com a exceção da subescala Autoeficácia nas relações da dimensão Autocuidado nas relações. Os subfatores da dimensão Autocuidado consigo Lazer e bem-estar, Autocompaixão e Hábitos alimentares saudáveis obtiveram correlações negativas significativas (fraca, fraca e moderada, respectivamente) com a BES, assim como a subdimensão Limites nas relações, da dimensão Autocuidado nas relações (fraca), indicando que pessoas com TCA tem menos autocuidado nessas áreas da sua vida.

Além disso, os participantes foram classificados em três grupos: Eutróficos (aqueles considerados com um peso adequado, IMC entre 18,5 e 24,9); com sobrepeso (IMC entre 25

e 29,9); e com obesidade (IMC ≥ 30). Para essa avaliação dois participantes tiveram IMC inferior a 18 (considerados abaixo do peso) e foram excluídos da análise por ser um número muito baixo de participantes. A tabela 13 apresenta os resultados do procedimento de análise de variância para comparação de grupos (Anova) entre os grupos classificados por IMC, considerando os resultados obtidos em cada uma das dimensões e subdimensões do IAI, assim como os resultados de cada um dos instrumentos utilizados no estudo (ASAS-R, BES e EAT-26).

Tabela 13

Análise de variância para comparação de grupos (Anova) conforme categoria de IMC

Dimensões e subdimensões	Eutróficos (n = 33)	Com sobrepeso (n = 38)	Com obesidade (n=35)	F	p	Post hoc Bonferroni
	M(dp)	M(dp)	M (dp)			
Dimensão Autocuidado consigo (itens finais)	73,61 (15,00)	69,76 (12,56)	58,15 (13,96)	11,498	>,001***	Eutróficos e Com sobrepeso <i>versus</i> Com obesidade
Dimensão Autocuidado por meio de outros (itens finais)	37,88 (7,79)	35,74 (7,67)	32,53 (9,73)	3,429	0,036*	Eutróficos <i>versus</i> Com obesidade
Dimensão Autocuidado nas relações (itens finais)	31,94 (7,89)	32,61 (4,91)	30,26 (6,82)	1,185	0,310	Sem diferença entre grupos
Autocuidado consigo: 1. Lazer e bem- estar	19,33 (5,9)	18,34 (4,85)	15,26 (5,36)	5,314	0,006**	Eutróficos <i>versus</i> Com obesidade
Autocuidado consigo: 2. Autocompaixão	14,64 (5,16)	14,11 (4,97)	11,59 (4,72)	3,682	0,029*	Eutróficos <i>versus</i> Com obesidade
Autocuidado consigo: 3. Hábitos alimentares saudáveis	30,24 (6,20)	26 (6,74)	18,71 (9,16)	20,588	>0,001** *	Eutróficos <i>versus</i> Com obesidade
Autocuidado consigo: 4. Organização e dedicação	11,94 (2,75)	11,89 (2,51)	10,79 (2,52)	2,155	0,121	Sem diferença entre grupos
Autocuidado consigo: 5. Autoconsciência	12,58 (2,33)	12,42 (2,1)	11,15 (3,29)	3,093	0,050	Sem diferença entre grupos (limítrofe)
Autocuidado por meio de outros:	22,21 (4,14)	21,03 (4,37)	19,41 (5,3)	3,097	0,049*	Eutróficos <i>versus</i> Com obesidade

1. Empoderamento						
Autocuidado por meio de outros: 2 – Autonomia	15,67 (5,05)	14,71 (5,03)	13,12 (5,23)	2,142	0,123	Sem diferença entre grupos
Autocuidado nas relações: 1 – Limites nas relações	17,85 (6,26)	18 (4,51)	15,26 (6,38)	2,494	0,088	Sem diferença entre grupos
Autocuidado nas relações: 2 – Autoeficácia nas relações	14,09 (3,50)	14,61 (2,78)	15,00 (2,91)	0,741	0,479	Sem diferença entre grupos

Nota: n= tamanho amostral, M = média, dp = desvio padrão da média

Foi possível perceber uma diferença significativa entre todos os grupos na dimensão Autocuidado consigo, e entre os grupos de pessoas com obesidade e pessoas eutróficas nas suas subdimensões Lazer e bem-estar, Autocompaixão e Hábitos alimentares saudáveis. A dimensão Autocuidados por meio de outros apresentou diferença entre os grupos de pessoas eutróficas e com obesidade, porém só apresentou diferença para seu subfator empoderamento (também entre Eutróficos e pessoas com obesidade). A dimensão Autocuidado nas relações não apresentou diferença entre os grupos de forma geral.

Correlações gerais também foram calculadas para as outras variáveis do estudo, apresentando uma correlação negativa fraca significativa entre o ASAS-R e o BES, e entre o ASAS-R e o IMC, indicando mais uma vez que pessoas com obesidade e pessoas com TCA tem menos autocuidado. O BES também obteve uma correlação positiva com o EAT-26 e o IMC, indicando que quanto mais alto o nível de TCA, maior o grau de obesidade e de riscos para Transtornos alimentares (Tabela 14).

Tabela 14

Correlação geral entre outras variáveis do estudo

Variável	ASAS-R	BES	EAT-26	IMC	Idade
ASAS-R	—				
BES	-0,207*	—			
EAT-26	0,083	0,426***	—		
IMC	-0,463***	0,268**	0,008	—	
Idade	0,145	0,097	0,031	-0,043	—

2.4 Discussão

2.4.1 Discussão dos resultados da busca por evidências preliminares de validade do Instrumento de Autocuidado Integral

Dos quatro objetivos propostos pela dissertação, os três últimos são abortados por esse estudo: construir um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado (descrito no item 2.2.2, juntamente com a busca pela validade de conteúdo); identificar evidências de validade e precisão de um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado em pessoas com obesidade; e identificar evidências da associação entre autocuidado e comportamento alimentar transtornado em pessoas com obesidade – discutidos aqui.

O processo de busca por evidências de validade tem o objetivo de verificar se o conteúdo dos itens representa adequadamente os comportamentos que se busca mensurar (Primi et al., 2009). A busca por evidências preliminares de validade de conteúdo incluiu uma análise de juízes realizada por especialistas na área de avaliação psicológica e saúde, assim como uma análise semântica executada junto a pessoas da população geral, como é recomendado (Reppold et al., 2014). O resultado da avaliação dos juízes foi submetido a uma análise de concordância utilizando o método Kappa de Cohen. A dimensão Autocuidado consigo obteve uma concordância substancial ($K=0.72$) e as dimensões Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações uma concordância moderada (0.52 e 0.59, respectivamente). A concordância total do instrumento foi também moderada (0.55), indicando um índice de concordância aceitável dentro dos parâmetros estabelecidos.

O IVC foi utilizado como um índice de concordância para a clareza dos itens do instrumento. O IVC total da escala depois dos itens removidos foi de 0,75, um pouco abaixo do recomendado 0,78 (Yusoff, 2019). O resultado ligeiramente aquém do esperado tanto do IVC quanto do Kappa pode ter sido compensado pelas diversas mudanças no vocabulário feitas após a avaliação dos juízes. Uma segunda etapa de análise de juízes com os itens resultantes busca por evidências de validade interna é recomendável.

Para a busca de evidências de validade baseadas na estrutura interna uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi efetuada. Uma vez que o número de participantes não permitiu uma AFE compatível com o número de itens do instrumento, análises separadas foram conduzidas para cada uma das suas dimensões: Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações. O modelo teórico foi parcialmente comprovado nos seus atributos, uma vez que todos os subfatores identificados nas AFEs têm bases teóricas na literatura.

A dimensão Autocuidado consigo apresentou cinco subfatores, todos bastante correspondentes com o modelo teórico proposto. Os subfatores Lazer e bem-estar, Autocompaixão e Autoconsciência fazem parte do atributo Saúde emocional da dimensão Autocuidado consigo. A subdimensão Lazer e bem-estar contem itens que representam comportamentos que buscam trazer tranquilidade, lazer, descanso e prazer. A subdimensão Autocompaixão abrange itens que representam comportamentos referentes ao tratamento gentil e compassivo de si. Ambas envolvem itens que buscam o equilíbrio emocional, nutrem o amor-próprio, cultivam atividades prazerosas de lazer e trazem acolhimento frente a situações difíceis, assim como determinado na sua definição constitutiva. Similarmente, a subdimensão Autoconsciência – apesar de compreender itens que indicam a percepção tanto de necessidades emocionais quanto físicas e mentais – se encaixa no atributo Saúde emocional da dimensão Autocuidado consigo por fomentar a autoconsciência e a conexão consigo, também típicas desse atributo na sua definição constitutiva (Godfrey et al., 2011; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

A subdimensão Hábitos alimentares saudáveis figura o atributo Saúde física da dimensão Autocuidado consigo. Seus itens abarcam comportamentos alimentares saudáveis que abrangem não só o que uma pessoa come, mas também a maneira como come e como respeita seus sinais de saciedade. A alimentação saudável foi, de fato, o comportamento mais frequentemente mencionado dentre todos os comportamentos no Estudo 1. Outros itens que representavam comportamentos referentes a saúde física descritos pela definição constitutiva dessa dimensão, como a prática de atividades físicas, higiene apropriada, sono regular e o uso correto de produtos e/ou medicações (Godfrey et al., 2011; Webber et al., 2015), não obtiveram carga significativa.

A subdimensão Organização e dedicação se encaixam no atributo Saúde mental da dimensão Autocuidado consigo. Ela contém itens que representam aqueles comportamentos relativos à organização do ambiente e do dia-a-dia e outros que indicam uma dedicação a si mesmo e seus ideais. Ambos tipos de item fazem parte da definição constitutiva do atributo, pois indicam itens que auxiliam no estabelecimento de uma rotina e que envolvem o desenvolvimento de habilidades, do autoconhecimento e da criatividade (Godfrey et al., 2011; Saakvitne et al., 1996).

A dimensão Autocuidado por meio de outros apresentou dois subfatores: Empoderamento e Autonomia. Nessa dimensão os atributos de saúde física, mental e emocional da definição constitutiva foram distribuídos nos dois subfatores. O subfator

Empoderamento contém itens que se referem ao atributo Saúde emocional, como aqueles que incluem buscar apoio com pessoas de sua confiança, permitir-se ficar emocionalmente vulnerável perante pessoas e estabelecer uma rede de apoio emocional (Godfrey et al., 2011; Silva et al., 2009; Pires et al., 2015; Cook-Cottone & Guyker, 2018); e também os que se referem ao atributo Saúde mental, como aqueles que englobam a busca por conhecimento profissional em saúde (Godfrey et al., 2011; Pires et al., 2015; Webber et al., 2015). O subfator Autonomia contempla todos os itens pertencentes ao atributo Saúde física dessa dimensão, como aqueles que abrangem buscar a ajuda direta de profissionais da saúde e seguir as suas recomendações (Godfrey et al., 2011; Silva et al., 2009; Pires et al., 2015).

Como foi demonstrado no Estudo 1, empoderamento e autonomia são conceitos interligados que representam dois lados de uma mesma moeda. Aqui, o termo empoderamento é definido como a capacidade percebida de um paciente sobre o seu poder de pensar criticamente e de tomar suas próprias decisões em saúde (Lee et al., 2016; Náfrádi et al., 2018). O empoderamento também promove a autonomia, a segurança, a saúde, a dignidade e relações sociais autênticas (Lima et al., 2021). O processo de empoderamento pode ser intrapessoal, observando a capacidade percebida que a pessoa tem em participar das próprias decisões de saúde, ou interpessoal, sendo afetado pelas suas relações (Lee et al., 2016; Náfrádi et al., 2018). Ele foi utilizado para batizar o subfator em questão por conter itens que envolvem fenômenos relacionados a percepção da capacidade de receber e buscar amparo, apoio, suporte e conforto emocional (Empoderamento na Saúde emocional), assim como a de procurar opiniões e esclarecimentos profissionais frente a uma dúvida (Empoderamento na Saúde mental).

A autonomia, conceito que nomeia o segundo subfator, pode ser definida como a capacidade de uma pessoa de identificar as suas necessidades e agir para cuidar de si mesma, nesse caso em conjunção a uma outra pessoa (Castanharo & Wolff, 2014; Lima et al., 2021; Matarese et al., 2018). A manutenção da autonomia se dá pelo desenvolvimento da capacidade intelectual, o manejo de emoções, a adaptação a novas condições e ao envolvimento social (Lima et al., 2021). Os itens desse subfator envolvem a procura por profissionais capacitados a ajudar na eliminação de hábitos não saudáveis, manutenção de hábitos saudáveis, gerenciamento de dores ou problemas físicos, realização de exames preventivos e geração de bem-estar, assim como o cumprimento das recomendações de saúde proferidas pelos profissionais – todos condizentes com a Autonomia na Saúde Física.

A dimensão Autocuidado nas relações apresentou dois subfatores: Limites nas relações, que possui itens que pertencem ao atributo Saúde emocional da dimensão; e Autoeficácia nas relações, que possui itens que fazem parte tanto do atributo Saúde física quanto do atributo Saúde mental da dimensão. O atributo Saúde emocional inclui ações que buscam dar apoio e acolhimento ao mesmo tempo que se estabelece limites saudáveis para o cultivo de relações recíprocas (Godfrey et al., 2011; Cook-Cottone & Guyker, 2018; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996). A subdimensão Limites nas relações exhibe itens que representam esta segunda parte do atributo. Repleta de itens negativos, como o item de maior carga fatorial (item 45 – “Eu tenho o hábito de deixar de fazer o que é importante para mim para agradar aos outros”), a subdimensão Limites nas relações traz itens que abarcam a capacidade de ter um espaço para si dentro das relações, de dizer não, de se comunicar efetivamente, de expressar as suas necessidades e de ser você mesmo perante os outros.

O limite emocional saudável dentro das relações se torna importante para o autocuidado uma vez a falha em as próprias necessidades pode levar à fadiga de compaixão e/ou ao burnout, não só causando adoecimento como também impedindo a pessoa de participar dos seus ciclos sociais (Matarese et al., 2018; Morganson et al., 2014; Villa et al., 2019; Waligora et al., 2019; McAdam & Erikson, 2020; McElligott & Turnier, 2020; Siegel & Nagengast, 2019; Slemon et al., 2021). A revisão integrativa produzida no Estudo 1 indicou que ações que envolvem o estabelecimento de limites nas relações – como equilibrar tempo para si e vida social e a imposição de limites no manejo das atividades sociais – se destacam quando o assunto é o autocuidado relacionado a saúde social.

A subdimensão Autoeficácia nas relações apresenta itens que fazem parte tanto do atributo Saúde física quanto do Saúde mental da dimensão Autocuidado nas relações. A definição constitutiva do atributo Saúde física da dimensão indica itens que representem a realização de tarefas em benefício de outros, assim como o desfrute do seu tempo com pessoas significativas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996). Já a definição do atributo Saúde mental traz itens que refletem a ação de ensinar outras pessoas a refletirem sobre as suas vidas, ajudá-las a tomar decisões e dar apoio na resolução de problemas, assim como organizar tarefas coletivas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015).

A autoeficácia foi apontada pela revisão integrativa do Estudo 1 como a confiança que o indivíduo tem na sua capacidade de executar ações específicas (Matarese et al., 2018). A autoeficácia nas relações na saúde física se refere, portanto, na confiança do sujeito na sua

capacidade de realizar tarefas em benefício das pessoas na sua vida e de passar tempo com elas. Itens que se encaixam nessa definição refletem a confiança em fazer a sua parte no cuidado dos outros, na sua atenção às necessidades alheias e na sua contribuição para a comunidade. A autoeficácia na saúde mental alude a confiança do indivíduo na sua capacidade de ajudar os outros a compreender e resolver seus problemas, como nos itens que se referem a a perceber-se como alguém que os outros procuram quando precisam de ajuda e que sabe prover esse auxílio.

Estudos que envolvam um número maior de respondentes são recomendados para uma avaliação mais precisa do item 68 (“Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida”), que fatorou nas subdimensões Autocompaixão e Organização e dedicação da dimensão Autocuidado consigo; assim como dos itens 19 (“Eu procuro sempre atender às necessidades das pessoas na minha volta”) e 13 (“Eu faço tudo para todo mundo”), que fatoraram nas subdimensões Limites nas relações e Autoeficácia nas relações, da dimensão Autocuidado nas relações. Em uma busca por evidências de validade interna que abrangesse todo o instrumento, seria recomendado que itens com carga fatorial alta em dois fatores diferentes fossem removidos. No entanto, uma abordagem mais conservadora foi tomada para que não se percam itens valiosos em um próximo estudo, e por se tratar de uma busca preliminar de evidências de validade.

Com relação aos índices de confiabilidade do IAI, tanto os resultados do alfa de Cronbach quanto do ômega de McDonald foram aceitáveis para a escala como um todo e também para cada uma das dimensões. A literatura aponta que um coeficiente alfa entre 0.7 e 0.9 indica níveis aceitáveis de confiabilidade (Tavakol & Dennick, 2011) e o mesmo para o ômega de McDonald (Kalkbrenner, 2021). O instrumento como um todo apresentou um alfa de 0.921 e um ômega de 0.923. As dimensões Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outro e Autocuidado nas relações apresentaram um alfa de Cronbach de 0.894, 0.841 e 0.750, e um ômega de McDonald de 0.896, 0.841 e 0.771, respectivamente.

O alfa de Cronbach é a ferramenta mais utilizada para medir a precisão de uma escala, no entanto ele exige certas características específicas que garantam que cada item do instrumento contribua igualmente para o escore total do teste. Por esta razão, ele é menos confiável quando a escala não é unidimensional e quando a amostra é pequena. O ômega de McDonald foi então calculado por ser uma medida comparável que não exige os mesmos parâmetros. Quando o instrumento e os dados têm as características necessárias para que o alfa seja corretamente calculado, o ômega apresenta o mesmo valor que o alfa (Kalkbrenner,

2021). O fato de os dois índices terem resultados muito próximos é, portanto, uma evidência positiva para os níveis de confiabilidade do instrumento.

A busca de evidências de validade baseada nas relações com variáveis externas é atestada quando indicadores externos demonstram uma magnitude e direção esperados ao serem correlacionados com os escores do instrumento avaliado, sejam eles convergentes ou divergentes aos indicadores do instrumento em questão (Reppold et al., 2014). A Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada (ASAS-R) foi o instrumento utilizado para a avaliação da validade convergente, uma vez que é o instrumento de avaliação de capacidade para o autocuidado mais utilizado no mundo (Damásio & Koller, 2013). Foram encontrados dois estudos diferentes que fizeram a adaptação cultural e validação da ASAS-R para a população brasileira: dois artigos (Stacciarini & Pace, 2014; 2017) advindos da tese de doutorado de Stacciarini (2012), e um artigo escrito por Damásio e Koller (2013). A versão utilizada nessa pesquisa foi a de Stacciarini (2012) por apresentar evidências de validade mais completas e características psicométricas favoráveis (alfa de Cronbach de 0,74, coeficiente de correlação de 0,81 para o teste-reteste, e de 0,84 na análise interobservadores).

A validade convergente reflete o quanto duas medidas são capazes de capturar um mesmo construto (Carlson & Herdman, 2012). A busca pela validade convergente entre a ASAS-R e o IAI demonstrou uma correlação positiva moderada significativa para todas as dimensões do IAI. A dimensão Autocuidado consigo apresentou uma correlação de 0,663 ($p < 0,001$); a Autocuidado por meio de outros uma correlação de 0,528 ($p < 0,001$); e a Autocuidado nas relações uma correlação de 0,501 ($p < 0,01$). Não existe um consenso para indicar o que é uma correlação suficientemente forte quando se trata de validade convergente, no entanto especialistas indicam que uma correlação maior do que 0,50 é suficiente para considerar que os instrumentos podem ser intercambiáveis (Carlson & Herdman, 2012) e que um novo instrumento deve ter uma correlação significativa mínima de 0,30 para os estudos de validação iniciais (Fayers & Machin, 2013). Levando estes dados em consideração, é possível dizer que, em uma análise preliminar, o IAI parece ser um instrumento capaz de medir o autocuidado adequadamente.

Os outros instrumentos utilizados na pesquisa buscavam responder uma hipótese ainda não explorada de forma abrangente pela literatura de que o autocuidado tem uma correlação negativa significativa com o TCA (atestado aqui pelos escores do BES), com o risco para TA (atestado pelos escores do EAT-26) e com o grau de obesidade (observado

através do IMC). Caso comprovadas, essas hipóteses poderiam ser adicionais evidências de validade. Apesar de todas as dimensões do IAI demonstrarem uma correlação negativa fraca com os resultados do BES, somente a dimensão Autocuidado consigo demonstrou resultados significativos ($r = -0,294$; $p < 0,01$). Os resultados do EAT-26 não se comprovaram significativos, rejeitando a hipótese de que o autocuidado e o risco para TA estão correlacionados nessa pesquisa. Estes resultados serão melhor explorados a seguir.

Em geral, as dimensões do IAI demonstraram uma correlação negativa com o IMC, ainda que o resultado da dimensão Autocuidado nas relações não tenha sido significativo. A dimensão Autocuidado consigo obteve um índice de correlação de $-0,477$ ($p < 0,01$) e a dimensão Autocuidado por meio de outros de $-0,219$ ($p < 0,05$). Isso indica que quanto maior o grau de obesidade, menos autocuidado – resultado corroborado pela correlação com os escores da ASAS-R ($r = -0,463$, $p < 0,001$). No entanto, ao avaliarmos as correlações com as subcategorias, percebemos que essa relação pode ser um pouco mais complexa do que o imaginado, algo que também será melhor explorado a seguir.

A busca por evidências preliminares de validade discriminante pode ser avaliada por meio dos resultados do procedimento de análise de variância para comparação de grupos (Anova), que foi realizado entre os grupos classificados por IMC. A Dimensão Autocuidado consigo (utilizando os itens finais depois da AFE) conseguiu diferenciar entre os grupos de pessoas eutróficas e de pessoas com sobrepeso em comparação às pessoas com obesidade ($F = 11,498$, $p = 0,001$), sendo que suas subdimensões Lazer e bem-estar ($F = 5,314$, $p = 0,006$), Autocompaixão ($F = 3,682$, $p = 0,029$) e Hábitos alimentares saudáveis ($F = 20,588$, $p = 0,001$) foram capazes de discriminar de forma significativa entre as pessoas eutróficas e aquelas com obesidade. A dimensão Autocuidado por meio de outros também foi capaz de diferenciar de forma significativa indivíduos eutróficos e com obesidade ($F = 3,429$, $p = 0,036$), assim como a sua subdimensão Empoderamento ($F = 3,097$, $p = 0,049$). A dimensão Autocuidado nas relações não apresentou diferença significativa entre os grupos. Apesar de esses serem bons indícios de validade discriminante, um estudo com uma amostragem maior se faz necessário para que se possa atestá-la por completo.

2.4.2 Correlações entre autocuidado e comportamento alimentar

Uma associação entre os resultados da IAI e da ASAS-R foram avaliados juntamente dos resultados da BES, EAT-26 e do IMC, buscando responder o quarto objetivo: identificar evidências da associação entre autocuidado e obesidade, e entre autocuidado e Transtorno

de compulsão alimentar. É comum que o autocuidado de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (como diabetes, asma, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas, entre outras) sejam foco de pesquisas em saúde, uma vez que ele é parte essencial do tratamento (Ausili et al., 2014). No entanto, a correlação entre autocuidado e comportamento alimentar fora do contexto das DCNTs, surpreendentemente, não é abundante na literatura. Mesmo no caso da obesidade, também uma DCNT e uma situação de saúde bastante presente em outros estudos de correlação, esta tendência se confirma.

A obesidade, aqui definida pelo IMC, apresentou uma correlação negativa significativa tanto com o ASAS-R ($R = -0.463$; $p < 0,01$) quanto com duas das dimensões do IAI (Autocuidado consigo, $R = -0,477$, $p < 0,01$; Autocuidado por meio de outros, $R = -0,219$, $p < 0,05$). Ambas dimensões, ainda, foram capazes de diferenciar entre os grupos relativos aos graus de obesidade, sendo que a subdimensão Autocuidado consigo pode diferenciar entre pessoas eutróficas, com sobrepeso e com obesidade ($F = 11,498$; $p > 0,001$) e a subdimensão Autocuidado por meio de outros entre pessoas eutróficas e com obesidade ($F = 3,429$; $p < 0,05$). Esses resultados corroboram com as evidências de que quanto maior o grau de obesidade, menor o autocuidado. Por exemplo, um estudo em mulheres da zona rural estadunidense apontou uma correlação negativa significativa entre IMC e agência para o autocuidado ($r = -0.266$, $p = .000$, $n = 223$), apontando-o inclusive como um preditor para essa variável (Burdette, 2010).

Algumas subdimensões do IAI também obtiveram uma correlação negativa significativa com o IMC. Na dimensão Autocuidado consigo, as subdimensões Lazer e bem-estar ($r = -0,309$; $p < 0,01$) e Hábitos alimentares saudáveis ($r = -0,356$; $p < 0,01$) apresentaram correlação negativa fraca com o IMC, e ambas conseguiram diferenciar entre o grupo de pessoas eutróficas e de pessoas com obesidade ($F = 5,314$; $p < 0,01$ e $F = 20,588$; $p > 0,001$, respectivamente). A subdimensão Organização e dedicação ($r = -0,596$; $p < 0,01$) apresentou correlação negativa moderada, no entanto não pode diferenciar entre os grupos de forma significativa.

Esses dados são interessantes uma vez que atividades de lazer, que promovem o bem-estar, e que indicam hábitos alimentares saudáveis são amplamente apontadas na literatura como atividades que podem ajudar no combate a obesidade (Burdette, 2010; Ferguson et al., 2015; Hindle & Mills, 2012). Por exemplo, um estudo encontrou uma associação entre obesidade e comportamentos de autocuidado em profissionais do clero nos Estados Unidos.

Os resultados revelaram que mais horas de trabalho, estresse ocupacional e ter dois empregos teve correlação positiva com grau de obesidade. Demonstrou, ainda, que tirar dias regulares de folga, participar de um grupo de apoio emocional e ter tirado um tempo sabático para si mesmo teve uma correlação negativa com graus de obesidade (Ferguson et al., 2015).

Não foi possível, no entanto, encontrar o mesmo histórico de correlação da obesidade com os conceitos de organização e dedicação na literatura. É plausível, contudo, que pessoas que têm uma maior organização e dedicação tenham hábitos de saúde melhores (como uma alimentação balanceada regular, um maior tempo para se alimentar e organizar seu cardápio, exercício físico frequente) e consigam manejar o seu peso com mais facilidade, mas outros estudos precisam ser realizados para averiguar essa hipótese.

Outra subdimensão do Autocuidado consigo que conseguiu demonstrar uma variância entre os grupos de pessoas eutróficas e pessoas com obesidade foi a Autocompaixão ($F = 3,682$; $p < 0,05$). Apesar de ela não ter apresentado um resultado significativo de correlação com o IMC, este resultado demonstra que esses grupos apresentam diferença nas suas médias de respostas, indicando que possivelmente pessoas eutróficas tem níveis de autocompaixão diferentes das pessoas com obesidade. A autocompaixão vem, de fato, sendo associada a comportamentos mais frequentes de promoção de saúde (Dunne et al., 2018), menos comer emocional, menos estigma relacionado a obesidade (Gouveia et al., 2019; Hilbert et al., 2015), mais bem-estar cognitivo, psicológico e afetivo, mais inteligência emocional, mais atenção plena (*mindfulness*) e uma maior motivação intrínseca e autocompetência percebida (Shonin et al., 2017).

Ambas subdimensões do Autocuidado por meio de outros apresentaram uma correlação negativa fraca significativa com o IMC (Empoderamento $r = -0,265$; $p < 0,01$ e Autonomia $r = -0,257$; $p < 0,01$), demonstrando que tanto a percepção da capacidade de obter suporte quanto a busca por profissionais em saúde diminui à medida que a obesidade aumenta. Outros estudos científicos que abordam a qualidade do cuidado em saúde das pessoas com obesidade reportam dados similares. Um estudo realizado na Inglaterra apontou que pessoas com obesidade percebem mais barreiras na qualidade dos serviços em saúde recebidos dentro de diversos aspectos, entre eles: informações, comunicação e apoio para o autocuidado; tratamento efetivo providenciado por profissionais de confiança; rapidez no acesso aos atendimentos; suporte emocional empatia e respeito; cuidado continuado;

envolvimento e apoio para família e cuidadores informais; envolvimento em decisões e respeito por preferências; e atenção a necessidades físicas e ambientais (Flint et al., 2021).

Outros fatores que podem contribuir para a correlação negativa entre a obesidade e o Autocuidado por meio de outros é a disparidade de opiniões entre paciente e profissional frente a obesidade (Kaplan et al., 2017), e a vergonha e a falta de apoio percebidas pelos pacientes com obesidade (Kaplan et al., 2017; Kirk et al., 2014; Rand et al., 2017). Dificuldades na comunicação entre paciente e profissional surgem devido a mal entendidos sobre as causas e o gerenciamento da obesidade, expectativas não realísticas de ambos os lados, aspectos emocionais complexos frente a doença, o estigma da obesidade (gordofobia), falta de treinamento específico para os profissionais e questões relacionadas ao tempo de consulta (Luig et al., 2019). Como um todo, parecem haver evidências de que a experiência da pessoa com obesidade na rede de saúde é bastante inferior àquela da pessoa eutrófica, possivelmente causando um afastamento e evitação que levam a um menor autocuidado por meio de outros.

E, por fim, a subdimensão Limites nas relações, da dimensão Autocuidado nas relações, também apresentou uma correlação negativa fraca com o IMC ($r = -0,225$, $p < 0,05$). Gunley (1986) utiliza a perspectiva sistêmica para explicar como uma dinâmica familiar baseada em fronteiras difusas e/ou rígidas geram limites deficientes, desencorajam o processo de individuação e de autonomia, e dificultam as mudanças necessárias para adaptação e o crescimento. Ele sugere que esse tipo de dinâmica possa ser parcialmente responsável por padrões emocionais e cognitivos que levam a obesidade. De fato, em pesquisas que associam a obesidade a questões psicológicas de cuidadores informais e profissionais, muitas vezes o estabelecimento de limites saudáveis nas relações (familiares, profissionais, etc.) é um critério sugerido como solução (Cook-Cottone, 2015; Faria-Schützer et al., 2020; Ferguson, 2015).

O IMC apresentou também uma correlação positiva significativa com os escores da BES (0,268; $p < 0,01$), usada aqui para avaliar o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). Esse resultado demonstra que quanto maior o grau de obesidade, maior o grau de TCA. Esse dado é confirmado por estudos, incluindo recentes revisões de literatura, que observaram pesquisas epidemiológicas realizadas em diversos países do mundo, e que afirmam que a prevalência de TCA é maior nas pessoas com obesidade, aumentando conforme o grau de obesidade aumenta (Agüera et al., 2021; Kessler et al., 2013; Melo et al., 2015; Perez & Warren, 2012). No entanto, é interessante perceber que nessa pesquisa esse número foi bem

maior do que o que é tipicamente reportado por pesquisas científicas (51,42%). É possível que o fato de uma parcela da amostra ser advinda do contexto clínico tenha influenciado esse alto número.

O grau de TCA também foi correlacionado com os escores do IAI e do ASAS-R para avaliar a associação entre TCA e autocuidado. Os escores do ASAS-R apresentaram uma correlação negativa fraca significativa com os da BES ($r = -0,207$; $p < 0,05$), assim como os escores da dimensão Autocuidado consigo ($r = -0,294$; $p < 0,01$). Apesar de as outras dimensões do IAI também apresentarem correlações negativas, elas não foram significativas para essa amostra. Contudo, é possível estabelecer que há uma correlação entre TCA e autocuidado, onde quanto maior o grau do transtorno, menor o autocuidado. A relação entre autocuidado e TCA é também descrita na literatura. O autocuidado é apontado como uma ferramenta eficaz no auxílio do tratamento do TCA (Cook-Cottone, 2015; Kristeller & Wolever, 2010; Mensinger et al., 2021) e o TCA como um preditor para níveis baixos de autocuidado (Perez & Warren, 2012).

Algumas subdimensões também apresentaram uma correlação negativa significativa com o TCA: Lazer e bem-estar ($r = -0,248$; $p < 0,01$), Autocompaixão ($r = -0,196$; $p < 0,05$), Hábitos alimentares saudáveis ($r = -0,407$, $p > 0,001$), na dimensão Autocuidado consigo, e Limites nas relações ($r = -0,271$; $p < 0,01$), na dimensão Autocuidado nas relações. A correlação entre TCA e a subcategoria Hábitos alimentares saudáveis é esperada uma vez que o próprio critério diagnóstico de TCA traz questões relativas aos itens na subdimensão (como alimentação excessivamente rápida e respeito aos sinais de fome e saciedade) (APA, 2013). O Lazer e o bem-estar e a autocompaixão, da mesma forma, são presentes na literatura como comportamentos de autocuidado essenciais para uma melhora da condição (Cook-Cottone, 2015; 2016; Dayal et al., 2015).

Assim como pra a obesidade, a subcategoria Limites nas relações é correlacionada negativamente com o autocuidado, indicando que quanto menos limites saudáveis uma pessoa estabelece nas suas relações, maior o seu grau de TCA. O conceito de autocuidado sintonizado com o corpo (*attuned self-care*) engloba um processo em que a pessoa se sinta capaz de negociar positivamente emoções e desafios internos com pressões e demandas externas para tomar decisões saudáveis do ponto de vista físico, mental e emocional (Cook-Cottone, 2006; 2015; 2016; Piran, 2015). Este processo é utilizado no tratamento dos transtornos alimentares, incluindo o TCA, e envolve o estabelecimento de limites saudáveis

desde as micro relações (com família e pessoas próximas) até as macro relações (com a sociedade e a cultura) (Cook-Cottone, 2015).

Além da correlação negativa com o autocuidado, os escores da BES também apresentaram uma correlação positiva moderada significativa com os escores do EAT-26 ($r = 0,426$; $p > 0,001$). Esta correlação positiva era esperada uma vez que o EAT-26 é uma medida que avalia os riscos de TA. O EAT-26 não obteve correlação significativa com nenhuma outra medida, no entanto, a não ser com a subescala Autoeficácia nas relações ($r = 0,220$; $p < 0,05$), com a qual teve uma correlação positiva fraca significativa. A subescala Autoeficácia nas relações não foi associada a nenhuma outra medida também, e é curioso os dados apontarem para um aumento no risco de TA caso haja uma maior autoeficácia nas relações. Uma amostra maior ou estudos subsequentes são indicados para esclarecer esta relação.

2.5 Conclusão

Esse estudo teve como objetivo construir um instrumento de avaliação do comportamento de autocuidado, identificar evidências de validade e precisão desse instrumento em pessoas com e sem obesidade, e identificar evidências da associação entre autocuidado e obesidade, e entre autocuidado e TCA. Sendo assim, o Instrumento de Autocuidado Integral foi criado com base no conceito proposto no estudo 1 e contém três dimensões: Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações.

A busca de evidências de validade de conteúdo apresentou resultados satisfatórios tanto para os índices Kappa de Cohen, que avaliou a concordância entre os juízes sobre as dimensões do instrumento, quanto para o IVC, que mediu a concordância referente à clareza dos itens. A dimensão Autocuidado consigo obteve uma concordância substancial ($K=0,72$) e as dimensões Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações uma concordância moderada (0.52 e 0.59, respectivamente), e a concordância total do instrumento foi também moderada (0.55). O IVC total da escala depois dos itens removidos foi de 0,75, um pouco abaixo do recomendado 0,78 (Yusoff, 2019), resultado que pode ter sido compensado pelas diversas mudanças no vocabulário feitas após a avaliação dos juízes. Apesar de o instrumento apresentar índices aceitáveis de concordância, uma segunda etapa de análise de juízes com os itens resultantes na busca por evidências de validade interna é recomendável.

O número de participantes não permitiu uma AFE compatível com o número de itens do instrumento, por isso análises separadas foram conduzidas para cada uma das dimensões do IAI. O modelo teórico foi parcialmente comprovado e todos os subfatores identificados nas AFEs apresentam bases teóricas na literatura. A dimensão Autocuidado consigo apresentou cinco subfatores: Lazer e bem-estar, Autocompaixão e Autoconsciência, que fazem parte do atributo Saúde emocional da dimensão; Hábitos alimentares saudáveis, que figura o atributo Saúde física da dimensão; e Organização e dedicação, que se encaixa no atributo Saúde mental da dimensão Autocuidado consigo.

A dimensão Autocuidado por meio de outros apresentou dois subfatores: Empoderamento e Autonomia, ambos presentes na literatura como partes importantes da relação entre o indivíduo e seus cuidadores formais ou informais. O subfator Empoderamento inclui itens do atributo Saúde mental e Saúde emocional da dimensão, enquanto o subfator Autonomia contempla todos os itens pertencentes ao atributo Saúde física dela. A dimensão Autocuidado nas relações apresentou dois subfatores: Limites nas relações, que possui itens que pertencem ao atributo Saúde emocional da dimensão; e Autoeficácia nas relações, que possui itens que fazem parte tanto do atributo Saúde física quanto do atributo Saúde mental da dimensão.

Com relação aos índices de confiabilidade do IAI, tanto os resultados do alfa de Cronbach quanto do ômega de McDonald foram aceitáveis para a escala como um todo e também para cada uma das dimensões. O instrumento como um todo apresentou um alfa de 0.921 e um ômega de 0.923. As dimensões Autocuidado consigo, Autocuidado por meio de outros e Autocuidado nas relações apresentaram um alfa de Cronbach de 0.894, 0.841 e 0.750, e um ômega de McDonald de 0.896, 0.841 e 0.771, respectivamente. Esses resultados indicam evidências preliminares satisfatórias de confiabilidade para o instrumento, ainda que uma amostra maior seja o ideal.

A busca por evidências preliminares de validade baseada nas relações com variáveis externas foi iniciada pela investigação das evidências de validade convergente entre a ASAS-R e o IAI. Os dados demonstraram uma correlação positiva moderada significativa para todas as dimensões do IAI. A dimensão Autocuidado consigo apresentou uma correlação de 0,663 ($p < 0,001$); a Autocuidado por meio de outros uma correlação de 0,528 ($p < 0,001$); e a Autocuidado nas relações uma correlação de 0,501 ($p < 0,01$). Levando estes dados em consideração, é possível dizer que, em uma análise preliminar, o IAI parece ser um instrumento capaz de medir o autocuidado adequadamente.

Os outros instrumentos utilizados na pesquisa buscavam responder uma hipótese ainda não explorada de forma abrangente pela literatura de que o autocuidado tem uma correlação negativa significativa com o TCA (atestado aqui pelos escores do BES), com o risco para TA (atestado pelos escores do EAT-26) e com o grau de obesidade (observado através do IMC).

A obesidade apresentou uma correlação negativa significativa tanto com o ASAS-R ($R = -0.463$; $p < 0,01$) quanto com duas das dimensões do IAI (Autocuidado consigo, $R = -0,477$, $p < 0,01$; Autocuidado por meio de outros, $R = -0,219$, $p < 0,05$). Estes dados indicam que quanto maior o grau de obesidade, menos autocuidado. Algumas subdimensões do IAI também obtiveram uma correlação negativa significativa com o IMC. Na dimensão Autocuidado consigo, as subdimensões Lazer e bem-estar ($r = -0,309$; $p < 0,01$) e Hábitos alimentares saudáveis ($r = -0,356$; $p < 0,01$) apresentaram correlação negativa fraca com o IMC, e ambas conseguiram diferenciar entre o grupo de pessoas eutróficas e de pessoas com obesidade ($F = 5,314$; $p < 0,01$ e $F = 20,588$; $p > 0,001$, respectivamente). A subdimensão Organização e dedicação ($r = -0,596$; $p < 0,01$) apresentou correlação negativa moderada, no entanto não pode diferenciar entre os grupos de forma significativa. Organização e dedicação não são temas frequentemente associados a obesidade, portanto novos estudos se fazem necessários para compreender melhor essa relação.

Ambas subdimensões do Autocuidado por meio de outros apresentaram uma correlação negativa fraca significativa com o IMC (Empoderamento $r = -0,265$; $p < 0,01$ e Autonomia $r = -0,257$; $p < 0,01$), demonstrando que tanto a percepção da capacidade de obter suporte quanto a busca por profissionais em saúde diminui à medida que a obesidade aumenta. Outros estudos científicos que abordam a qualidade do cuidado em saúde das pessoas com obesidade reportam dados similares, indicando que a relação entre a pessoa com obesidade e o profissional da saúde ou cuidador merece a atenção da comunidade científica, uma vez que a gordofobia, o estigma do peso e a falta de preparo dos profissionais para lidarem com pessoas gordas podem afastá-las de seu direito à saúde. E, por fim, a subdimensão Limites nas relações, da dimensão Autocuidado nas relações, também apresentou uma correlação negativa fraca com o IMC ($r = -0,225$, $p < 0,05$).

Os resultados da busca por evidências preliminares de validade discriminante foram obtidos a partir do procedimento de análise de variância para comparação de grupos (Anova), realizado entre os grupos de pessoas eutróficas, com sobrepeso e com obesidade (classificados por meio do IMC). Ambas dimensões, ainda, foram capazes de diferenciar

entre os grupos relativos aos graus de obesidade, sendo que a subdimensão Autocuidado consigo pode diferenciar entre pessoas eutróficas, com sobrepeso e com obesidade ($F = 11,498$; $p > 0,001$) e a subdimensão Autocuidado por meio de outros entre pessoas eutróficas e com obesidade ($F = 3,429$; $p < 0,05$).

As subdimensões da dimensão Autocuidado consigo (utilizando os itens finais depois da AFE) conseguiu diferenciar entre os grupos de pessoas eutróficas e de pessoas com sobrepeso em comparação às pessoas com obesidade ($F = 11,498$, $p = 0,001$), sendo que suas subdimensões Lazer e bem-estar ($F = 5,314$, $p = 0,006$), Autocompaixão ($F = 3,682$, $p = 0,029$) e Hábitos alimentares saudáveis ($F = 20,588$, $p = 0,001$) foram capazes de discriminar de forma significativa entre as pessoas eutróficas e aquelas com obesidade. A subdimensão Empoderamento da dimensão Autocuidado por meio de outros também foi capaz de diferenciar de forma significativa indivíduos eutróficos e com obesidade ($F = 3,097$, $p = 0,049$). A dimensão Autocuidado nas relações não apresentou diferença significativa entre os grupos. Esses dados preliminares são promissores e indicam bons índices de validade convergente e discriminante para uma etapa preliminar.

Apesar de todas as dimensões do IAI demonstrarem uma correlação negativa fraca com os resultados do BES, somente a dimensão Autocuidado consigo demonstrou resultados significativos ($r = -0,294$; $p < 0,01$). Já o IMC apresentou uma correlação positiva significativa com os escores da BES ($0,268$; $p < 0,01$). Esse resultado demonstra que quanto maior o grau de obesidade, maior o grau de TCA. O grau de TCA também foi correlacionado com os escores IAI e do ASAS-R para avaliar a associação entre TCA e autocuidado. Os escores do ASAS-R apresentaram uma correlação negativa fraca significativa com os da BES ($r = -0,207$; $p < 0,05$), assim como os escores da dimensão Autocuidado consigo ($r = -0,294$; $p < 0,01$).

Algumas subdimensões também apresentaram uma correlação negativa significativa com o TCA: Lazer e bem-estar ($r = -0,248$; $p < 0,01$), Autocompaixão ($r = -0,196$; $p < 0,05$), Hábitos alimentares saudáveis ($r = -0,407$, $p > 0,001$), na dimensão Autocuidado consigo, e Limites nas relações ($r = -0,271$; $p < 0,01$), na dimensão Autocuidado nas relações. Levando todos esses resultados em conta, é possível também estabelecer que há uma correlação entre TCA e autocuidado, onde quanto maior o grau do transtorno, menor o autocuidado. Considerando, ainda, que estas quatro subdimensões também tiveram resultados significativos de correlação e/ou efeito na obesidade, elas indicam ser importantes para um comportamento alimentar saudável.

Esses resultados permitem que a pergunta de pesquisa seja respondida: Há associação entre aspectos do autocuidado e o comportamento alimentar em pessoas com obesidade e TCA? Nesta população houve uma associação negativa significativa tanto pra obesidade quanto para comportamentos de TCA com o autocuidado. Essas são possíveis evidências de que uma vez que o autocuidado aumenta, a obesidade e o TCA diminuem. Mais estudos, incluindo em diferentes populações e com maiores amostras, são recomendáveis.

O risco para TA, estabelecido pelos escores do EAT-26, no entanto, não obteve associações significativas com o autocuidado, apesar de ser positivamente correlacionado com o TCA. Novas pesquisas são importantes para compreender melhor a relação positiva que os escores do EAT-26 e a subdimensão Autoeficácia nas relações.

Conclusão

A relevância dessa pesquisa está nas evidências científicas que acrescenta ao estudo do autocuidado e do comportamento alimentar, assim como na ferramenta para a avaliação do autocuidado integral que introduz, o IAI. Uma revisão integrativa de conceitos e teorias que busca em outras revisões de literatura características convergentes desse traço latente pode auxiliar acadêmicos e teóricos na compreensão de um tema tão abrangente e complexo quanto o autocuidado, seja para direcionar outras pesquisas ou para o desenvolvimento de novos instrumentos. A relação entre autocuidado e comportamento alimentar é ainda pouco observada, e o estudo de correlação aqui apresentado tem a intenção de agregar evidências a esse crescente corpo de evidências.

O IAI, por sua vez, pode ser no futuro uma ferramenta útil tanto na área acadêmica quanto clínica. Apesar de aqui ele ter sido utilizado no contexto do comportamento alimentar, o IAI é uma ferramenta abrangente e integral da avaliação do autocuidado, e pode ser utilizada em diversos contextos e públicos. Pesquisas direcionadas a avaliação do autocuidado em um contexto de outras doenças ou condições crônicas utilizando concomitantemente o IAI e ferramentas de avaliação do autocuidado específico, no contexto da diabetes ou insuficiência cardíaca, pode acrescentar não só ao corpo de evidências dessas doenças, mas também na relação entre autocuidado específico e o autocuidado integral – além de fortalecer as evidências de validade da IAI.

As limitações desse estudo são o número reduzido da amostra e a consequente dificuldade em realizar procedimentos estatísticos que envolvessem o IAI por inteiro, ao invés de somente suas dimensões. Uma pesquisa com uma amostra maior com o objetivo de buscar novas evidências de validade, especialmente de critério, é muito importante para que o instrumento proposto atinja o seu potencial máximo de aproveitamento acadêmico e clínico. Estudos de avaliação da especificidade e sensibilidade do IAI são recomendados,

assim como o aperfeiçoamento da busca de evidências da estrutura interna, por meio de procedimentos estatísticos multivariados na Teoria de Resposta ao Item e em análises fatoriais confirmatórias.

Outra limitação é o número reduzido de homens participantes da pesquisa, assim como o número reduzido de pessoas com TCA sem obesidade. Apesar de diversas pesquisas relacionarem a obesidade e o TCA, não se encontrou no momento nenhuma outra pesquisa que relacionasse as duas condições ao autocuidado. Novos estudos que busquem essa relação, especialmente comparando homens e mulheres, e pessoas com TCA com e sem obesidade, são recomendáveis.

O autocuidado integral, que abrange não só o tradicional autocuidado consigo, mas também o autocuidado por meio de outros e o autocuidado nas relações sociais, é uma nova faceta do autocuidado que pode ser explorada de diversas maneiras. As nossas relações, tanto pessoais quanto com os nossos provedores de cuidados em saúde, são muito importantes para as nossas ações de autocuidado como um todo. Explorar melhor essas nuances pode ser um caminho novo e frutífero para a busca de ferramentas mais eficientes na manutenção e motivação para o autocuidado.

Referências

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353–364. <http://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *neuropsychiatrie*, 35(2), 57-67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>.
- Almeida, M. H. M. (2004). Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 15(3), 112-120. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i3p112-120>
- Almeida, M. H. M. D., Spínola, A. W. D. P., Iwamizu, P. S., Okura, R. I. S., Barroso, L. P., & Lima, A. C. P. D. (2008). Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Revista de Saúde Pública*, 42, 317-323. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000003>
- Amendola, F., Oliveira, M. A., & Alvarenga, M. R. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 266-272. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200007>
- American Association of Diabetes Educators. (2014). AADE7 Self-Care Behaviors. https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/legacy-docs/_resources/pdf/publications/aade7_position_statement_final.pdf?sfvrsn=4
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*, 17, 133-137. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 132-140. 10.1097/XEB.0000000000000055

- Asano, R., Newton, P. J., Currow, D. C., Macdonald, P. S., Leung, D., Phillips, J. L., ... & Davidson, P. M. (2021). Rationale for targeted self-management strategies for breathlessness in heart failure. *Heart Failure Reviews*, 26(1), 71-79. <https://doi.org/10.1007/s10741-019-09907-w>
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Ora, C., Salvini, L., & Di Mauro, S. (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes (Una revisione della letteratura sul self-care nelle malattie croniche: definizione, valutazione e outcomes associati). *Professioni infermieristiche*, 67(3). <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/119>
- Ávila, C. W. (2012). *Adaptação transcultural e validação da self-care of heart failure index versão 6.2 para uso no Brasil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/55507>
- Baiano, M., Salvo, P., Righetti, P., Cereser, L., Baldissera, E., Camponogara, I., & Balestrieri, M. (2014). Exploring health-related quality of life in eating disorders by a cross-sectional study and a comprehensive review. *BMC Psychiatry*, 14(1), 165. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-165>
- Bannon, K. L., Hunter-Reel, D., Wilson, G. T., & Karlin, R. A. (2009). The effects of causal beliefs and binge eating on the stigmatization of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 118-124. <https://doi.org/10.1002/eat.20588>
- Barbosa, O. (2000). *Grande dicionário de sinônimos e antônimos*, v.4. São Paulo: Ediouro Publicações.
- Barbosa, S., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603-612. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>

- Bartos, S. (2020). Self-achievement through creativity in critical care. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.05.004>
- Baydoun, M., Barton, D. L., & Arslanian-Engoren, C. (2018). A cancer specific middle-range theory of symptom self-care management: A theory synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2935-2946. <https://doi.org/10.1111/jan.13829>
- Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, D. H., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *The Annals of Family Medicine*, 1(1), 15-21. <https://doi.org/10.1370/afm.4>
- Bell, J., Dziekan, G., Pollack, C., & Mahachai, V. (2016). Self-care in the twenty first century: a vital role for the pharmacist. *Advances in therapy*, 33(10), 1691-1703. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0395-5>
- Blok, A. C. (2017). A middle-range explanatory theory of self-management behavior for collaborative research and practice. *Nursing forum* 52 (2), 138-146. <https://doi.org/10.1111/nuf.12169>
- Boehmer, K. R., Gionfriddo, M. R., Rodriguez-Gutierrez, R., Leppin, A. L., Hargraves, I., May, C. R., ... & Montori, V. M. (2016). Patient capacity and constraints in the experience of chronic disease: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC family practice*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0525-9>
- Bousquet, J. J., Schünemann, H. J., Togias, A., Erhola, M., Hellings, P. W., Zuberbier, T., ... & Malva, J. (2019). Next-generation ARIA care pathways for rhinitis and asthma: a model for multimorbid chronic diseases. *Clinical and translational allergy*, 9(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0279-2>
- Brandt, M. L. (2017). Sustaining a career in surgery. *The American Journal of Surgery*, 214(4), 707-714. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.06.022>
- Buck, H. G., Shadmi, E., Topaz, M., & Sockolow, P. S. (2021). An integrative review and theoretical examination of chronic illness mHealth studies using the Middle-Range Theory of Self-care of Chronic Illness. *Research in Nursing & Health*, 44(1), 47-59. <https://doi.org/10.1002/nur.22073>
- Budhwani, S., Wodchis, W. P., Zimmermann, C., Moineddin, R., & Howell, D. (2019). Self-management, self-management support needs and interventions in advanced cancer: a scoping review. *BMJ supportive & palliative care*, 9(1), 12-25. [10.1136/bmjspcare-2018-001529](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001529)

- Burdette, L. (2010). *Relationship between self-care agency, self-care practices and obesity among rural mid-life women* (Order No. 3484266). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (904412045). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relationship-between-self-care-agency-practices/docview/904412045/se-2?accountid=26642>
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482483>
- Campos, L.F.L. (2015). *Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia*. (5ª edição). São Paulo: Alínea
- Caro-Bautista, J., Martín-Santos, F. J., & Morales-Asencio, J. M. (2014). Systematic review of the psychometric properties and theoretical grounding of instruments evaluating self-care in people with type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1209-1227. <https://doi.org/10.1111/jan.12298>
- Castanharo, R. C. T., & Wolff, L. D. G. (2014). O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica/Self-care under the perspective of Occupational Therapy: analysis of scientific production. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(1). <https://doi.org/10.4322/cto.2014.019>
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/089826439100300101>
- Comley, A. L. (1994). A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 755-760. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040755.x>
- Cook-Cottone, C. (2006). The attuned representation model for the primary prevention of eating disorders: An overview for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 43, 223–230. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20139>
- Cook-Cottone, C. P. (2015). *Mindfulness and yoga for self-regulation: A primer for mental health professionals*. New York, NY: Springer
- Cook-Cottone, C. (2016). Embodied self-regulation and mindful self-care in the prevention of eating disorders. *Eating disorders*, 24(1), 98-105. [10.1080/10640266.2015.1118954](https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1118954)

- Cook-Cottone, C. P., & Guyker, W. M. (2018). The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness*, 9(1), 161-175. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0759-1>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 29(4), 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- Costa, R. V. C. (2008). Viver para comer ou comer para viver? Narrativas dos obesos quanto ao seu comer excessivo. Trabalho de Conclusão de Curso não publicado. Curso de Psicologia. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, Brasil.
- Costa, S. R. D. d. (2012). *Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar: Uma contribuição para o cuidado de enfermagem*. Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>
- Coura, A. S. (2013). *Validação de conteúdo do instrumento para consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular: um enfoque no autocuidado*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/14757>
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.
- Creswell, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução: Luciana de O. Da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Cruz, S. H., Zanon, R. B., & Bosa, C. A. (2015). Relação entre Apego e Obesidade: Revisão Sistemática da Literatura. *Psico*, 46(1), 6-15.
- Cunha, C. M., de Almeida Neto, O. P., & Stackfleth, R. (2016). Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde*, 14(47), 75-83.
- Dalben, P. (2018). Comportamento seguro em expedicionários militares do programa antártico brasileiro (PROANTAR). Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.
- 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.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712012000200007

- Dayal, H., Weaver, K., & Domene, J. F. (2015). From shame to shame resilience: Narratives of counselor trainees with eating issues. *Qualitative Health Research*, 25(2), 153-167.
- de Carvalho, R. M. A., da Costa, D. J. S., Pureza, D. Y., Belfort, D. R., Alberto, A. A. D., & Materko, W. (2019). Acurácia dos pontos de cortes de IMC baseado no critério da OMS para sobrepeso/obesidade em adolescentes em Macapá. *Temas em Saúde*, 19(5).
- De-la-Torre-Ugarte, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266.
- Department of Health (2001) *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. Stationery Office, London.
- Dunne, S., Sheffield, D., & Chilcot, J. (2018). Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *Journal of health psychology*, 23(7), 993-999.
- Eassey, D., Reddel, H. K., Ryan, K., & Smith, L. (2020). 'It is like learning how to live all over again' A systematic review of people's experiences of living with a chronic illness from a self-determination theory perspective. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 270-291.
- El-Osta, A., Webber, D., Gnani, S., Banarsee, R., Mummery, D., Majeed, A., & Smith, P. (2019). The Self-Care Matrix: A unifying framework for self-care.-Selfcare Journal. *SelfCare Journal*.
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Rodrigues, L., Paulino, D. S. D. M., & Turato, E. R. (2020). Self-care and Health Care in Postpartum Women with Obesity: A Qualitative Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42, 19-25.
- Feijó, M. K., Ávila, C. W., Souza, E. N. D., Jaarsma, T., & Rabelo, E. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 988-996.
- Ferguson, T. W., Andercheck, B., Tom, J. C., Martinez, B. C., & Stroope, S. (2015). Occupational conditions, self-care, and obesity among clergy in the United States. *Social science research*, 49, 249-263.

- Field, A. E., Sonnevile, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M., ... Horton, N. J. (2012). Prospective Association of Common Eating Disorders and Adverse Outcomes. *Pediatrics*, *130*(2), e289–e295. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-3663>
- Flint, S. W., Leaver, M., Griffiths, A., & Kaykanloo, M. (2021). Disparate healthcare experiences of people living with overweight or obesity in England. *EClinicalMedicine*, *41*, 101140.
- Fonseca, R. J. R. M. D., Silva, P. J. D. S. P., & Silva, R. R. D. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 81-90.
- Fortes, Leonardo de Sousa, Amaral, Ana Carolina Soares, Almeida, Sebastião de Sousa, Conti, Maria Aparecida, & Ferreira, Maria Elisa Caputo. (2016). Qualidades Psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *32*(3) <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e323220>
- Freitas, A. S., Gorenstein B., C., & Appolinario A., J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares Assessment instruments for eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, *24*(Supl III), 34-8.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista brasileira de psiquiatria*, *23*(4), 215-220.
- Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M., & Ferrell, B. (2014). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-oncology*, *24*(1), 54-62.
- Gage, M., Cook, J. V., & Fryday-Field, K. (1997). Understanding the transition to community living after discharge from an acute care hospital: An exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy*, *51*(2), 96-103.
- Godfrey C.M., Harrison M.B., Lysaght R., Lamb M., Graham I.D. & Oakley P. (2011) Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, *9*: 3-24 [10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x)
- Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2007). Supporting self-care in general practice. *British Journal of General Practice*, *57*(543), 814-821.
- Gomes, I. S., & Caminha, I. D. O. (2014). Guia para estudos de revisão sistemática: uma

- opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. *Movimento*, 20(1), 395-411.
- González-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Knipe, J., Leeds, A. M., & Santed-German, M. A. (2018). Construction and initial validation of a scale to evaluate self-care patterns: the self-care scale. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6).
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). Associations between mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation, and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(1), 273-285.
- Guthman, J., & DuPuis, M. (2006). Embodying Neoliberalism: economy, culture, and the politics of fat. *Environment and planning D: Society and Space*, 24(3), 427-448.
- Herber, O. R., Bücker, B., Metzendorf, M. I., & Barroso, J. (2017). A qualitative meta-summary using Sandelowski and Barroso's method for integrating qualitative research to explore barriers and facilitators to self-care in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(8), 662-677.
- Herber, O. R., Kastaun, S., Wilm, S., & Barroso, J. (2019). From qualitative meta-summary to qualitative meta-synthesis: introducing a new Situation-Specific theory of barriers and facilitators for self-care in patients with heart failure. *Qualitative health research*, 29(1), 96-106.
- Hermida, P. M. V., & Araújo, I. E. M. (2006). Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 314-320.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obesity facts*, 8(5), 293-301.
- Hindle, L., & Mills, S. (2012). Obesity: self-care and illness prevention. *Practice Nursing*, 23(3), 130-134.
- Ho, R. T. K., & Sun, X. Y. (2016). Overweight/Obesity-Related Attitudes and Self-Care Behaviours: Evaluation and Comparison of the Protection Motivation Model and Theory of Planned Behaviour. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 10.
- Høy, B., & Hall, E. O. (2020). "Take good care of yourself" An integrative review of older widows' self-care for health and well-being. *Journal of women & aging*, 1-30.
- International Self Care Foundation [ISCF] (2018). The seven pillars of self-care Framework. <https://isfglobal.org/practise-self-care/pillar-1-knowledge-health-literacy/>

- Jaarsma, T., Strömberg, A., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Lee, C., Middleton, S., ... & Riegel, B. (2021). Self-care research: How to grow the evidence base?(reprint). *International journal of nursing studies*, 116, 103903.
- Jaarsma, T., Westland, H., Vellone, E., Freedland, K. E., Schröder, C., Trappenburg, J. C., ... & Riegel, B. (2020). Status of theory use in self-care research. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9480.
- Jaimovich, S., Campos, C., Bustos, J., Campos, M. S., Lillo, V., Herrera, L. M., & Arellano, V. (2015). Effects of an intervention on line in self-care feeding behavior. *Enfermería Global*, (39), 84.
- Johnston, B. M., Milligan, S., Foster, C., & Kearney, N. (2012). Self-care and end of life care—patients' and carers' experience a qualitative study utilising serial triangulated interviews. *Supportive Care in Cancer*, 20(8), 1619-1627.
- Kalkbrenner, M. T. (2021). Alpha, omega, and H internal consistency reliability estimates: Reviewing these options and when to use them. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1-12.
- Kaplan, L. M., Golden, A., Jinnett, K., Kolotkin, R. L., Kyle, T. K., Look, M., ... & Stevenin, B. (2018). Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study. *Obesity*, 26(1), 61-69.
- Kapun, M. M., Sustersic, O., & Rajkovic, V. (2016, July). The Integrated Patient's Self-Care Process Model. In *Nursing Informatics* (pp. 108-112).
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kirk, S. F., Price, S. L., Penney, T. L., Rehman, L., Lyons, R. F., Piccinini-Vallis, H., ... & Aston, M. (2014). Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. *Qualitative Health Research*, 24(6), 790-800.
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 363-371. 10.1097/YCO.0000000000000279
- Kornstein, S. G., Kunovac, J. L., Herman, B. K., & Culpepper, L. (2016). Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3), 10.4088/PCC.15r01905.

- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2010). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders, 19*(1), 49-61.
- Lambermon, F., Vandebussche, F., Dedding, C., & van Duijnhoven, N. (2020). Maternal self-care in the early postpartum period: An integrative review. *Midwifery, 90*, 102799.
- Laposhka, I., & Smallfield, S. (2020). Examining the occupational therapy definition of self-care: A Scoping review. *Occupational Therapy In Health Care, 34*(2), 99-115.
- LeBlanc, R. G., & Jacelon, C. S. (2018). Self-care among older people living with chronic conditions. *International journal of older people nursing, 13*(3), e12191.
- Levin, L. S., & Idler, E. L. (1983). Self-care in health. *Annual review of public health, 4*(1), 181-201.
- Levin, L. S. (1976). The layperson as the primary health care practitioner. *Public Health Reports, 91*(3), 206.
- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine, 55*(3), 163-170. 10.1016/j.ypmed.2012.06.017.
- Lu, Y., Xu, J., Zhao, W., & Han, H. R. (2016). Measuring self-care in persons with type 2 diabetes: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions, 39*(2), 131-184.
- Luig, T., Elwyn, G., Anderson, R., & Campbell-Scherer, D. L. (2019). Facing obesity: Adapting the collaborative deliberation model to deal with a complex long-term problem. *Patient education and counseling, 102*(2), 291-300.
- Malecki, H. L., Gollie, J. M., & Scholten, J. (2020). Physical activity, exercise, whole health, and integrative health coaching. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics, 31*(4), 649-663.
- Matarese, M., Lommi, M., & De Marinis, M. G. (2017). Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. *Journal of advanced nursing, 73*(6), 1272-1287.
- Matarese, M., Lommi, M., De Marinis, M. G., & Riegel, B. (2018). A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *Journal of Nursing Scholarship, 50*(3), 296-305.
- Matheson, E. M., King, D. E., & Everett, C. J. (2012). Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 25*(1), 9-15. 10.3122/jabfm.2012.01.110164.

- Matos, D. A. S. (2014). Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Estudos em avaliação educacional*, 25(59), 298-324.
- McAdam, J. L., & Erikson, A. (2020). Self-care in the bereavement process. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 421-437.
- McElligott, D. (2015). Self development. *Nurse coaching: Integrative approaches for health and wellbeing*, 407-417.
- McElligott, D., & Turnier, J. (2020). Integrative health and wellness assessment tool. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 439-450.
- McFarlane, T., Polivy, J., & McCabe, R. E. (1999). Help, not harm: Psychological foundation for a nondieting approach toward health. *Journal of Social Issues*, 55(2), 261-276.
- Melo, P. G., Peixoto, M. D. R. G., & Silveira, E. A. D. (2015). Binge eating prevalence according to obesity degrees and associated factors in women. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64, 100-106.
- Menezes, R. M., Nunes, A. C. L., & de Jesus Moraleida, F. R. (2017). *Validação do instrumento whodas 2.0 para dor lombar crônica inespecífica: dados parciais*. Universidade Federal do Ceará
- Mensingher, J. L., Cox, S. A., & Henretty, J. R. (2021). Treatment Outcomes and Trajectories of Change in Patients Attributing Their Eating Disorder Onset to Anti-obesity Messaging. *Psychosomatic medicine*, 83(7), 777.
- Miaskowski, C., Dodd, M., West, C., Schumacher, K., Paul, S. M., Tripathy, D., & Koo, P. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 22(9), 1713-1720.
- Michels, M. J., Coral, M. H. C., Sakae, T. M., Damas, T. B., & Furlanetto, L. M. (2010). Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 54(7), 644-51.
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. (2015). On self-compassion and self-care in nursing: Selfish or essential for compassionate care?(Guest Editorial). *International journal of nursing studies*, 52(4), 791-793.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1.

- Morganson, V. J., Litano, M. L., & O'Neill, S. K. (2014). Promoting work–family balance through positive psychology: A practical review of the literature. *The Psychologist-Manager Journal*, 17(4), 221.
- Nascentes, A. (2019). *Dicionário de sinônimos*. 4ª. Rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Lexikon.
- Nunes, A. M. P. (1982). *Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado*. Universidade Federal de Santa Catarina
- Nunes, F., Verdezoto, N., Fitzpatrick, G., Kyng, M., Grönvall, E., & Storni, C. (2015). Self-care technologies in HCI: Trends, tensions, and opportunities. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 22(6), 1-45.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Standish, A. R. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 80-86. 10.1016/j.jadohealth.2011.05.010.
- Nodehi, A. (2016). *Association of Overweight and Obesity with Self Care and Life Style* (Doctoral dissertation, Tabriz University of Medical Sciences, School of Health).
- O'Hara, R., Rowe, H., & Fisher, J. (2019). Self-management in condition-specific health: a systematic review of the evidence among women diagnosed with endometriosis. *BMC women's health*, 19(1), 1-19.
- Orem D.E. (1985) *Nursing: Concepts of Practice* (3th ed). Mosby, St Louis
- Orem D.E. (1991) *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed). Mosby, St Louis
- Orem D.E. (1991) *Nursing: Concepts of Practice* (5th ed). Mosby, St Louis
- Packer, T. L., Fracini, A., Audulv, Å., Alizadeh, N., van Gaal, B. G., Warner, G., & Kephart, G. (2018). What we know about the purpose, theoretical foundation, scope and dimensionality of existing self-management measurement tools: a scoping review. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 579-595.
- Page, D. W. (2011). Are surgeons capable of introspection?. *Surgical Clinics*, 91(2), 293-304.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM; IBAPP.
- Pasquali, L. (2009). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Artmed Editora.
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (4ª edição). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Pasquali, L., & Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 2(2), 99-110.
- Perez, M., & Warren, C. S. (2012). The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity*, 20(4), 879-885.
- Pietiläinen, K. H., Saarni, S. E., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*, 36(3), 456. doi: 10.1038/ijo.2011.160.
- Pickard, S., & Rogers, A. (2012). Knowing as practice: self-care in the case of chronic multi-morbidities. *Social Theory & Health*, 10(2), 101-120.
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body image*, 14, 146-157.
- Piran, N., & Teall, T. (2015). Embodied possibilities: Embodiment as a psychological construct and wellbeing. *Präsentation, OISE/University of Toronto. Zugriff am, 19, 2019.*
- Pires, A. F., dos Santos, B. N., dos Santos, P. N., Brasil, V. R., & Luna, A. A. (2015). A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(2).
- Pörn I. (1993) Health and adaptedness. *Theoretical Medicine* 14(4), 295 -303.
- Pregunta, L. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3).
- Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*, 1, 243-265.
- Pokorski, S. C. D. S. (2013). *Tradução, adaptação transcultural e fidedignidade da Self-Care of Chronic Angina Index para o uso no Brasil*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Queirós, P. J. P., & Vidinha, T. S. D. S. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 157-164.
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L., & Kirk, S. F. (2017). "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 1306421.

- Reed, K. & Sanderson, S. (1980). *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Hutz, C. S. (2014). O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 307-310.
- Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (2ed.). São Paulo, SP: Atlas
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in nursing science*, 42(3), 206.
- 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.
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., ... & Whellan, D. J. (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12), 1141-1163.
- Riegel, B., Westland, H., Iovino, P., Barelds, I., Slot, J. B., Stawnychy, M. A., ... & Jaarsma, T. (2021). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103713.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4), 217-225.
- Salomão, A. E. (2016). *Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e o perfil sociodemográfico e aspectos clínicos de adultos com baixa visão*. Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A., & Traumatic Stress Inst, Ctr for Adult & Adolescent Psychotherapy, LLC. (1996). *A Norton professional book. Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. W W Norton & Co.
- Samartini, R. S., & Cândido, V. C. (2021). Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Sampieri, S. R. H., Fernández-Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación* (4o ed). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Santana, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology, 11*(3), 140.
- Santos, R. D. P., Fava, S. M. C. L., & Dázio, E. M. R. (2019). Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro), 39*(3), 265-273.
- Self-care Forum. (2016). What do we mean by self-care and why is it good for people? <https://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/>
- Sheffer, M., & Harlock, S. (1981). Tell us what your drawings say. *Occupational Therapy in Mental Health, 1*(2), 21-38.
- Shafer, A., Patel, S. J., Bulik, C. M., & Zucker, N. (2017). Experimental pretesting of message framing to motivate caregiver self-care among parents of children with eating disorders. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 22*(4), e12092.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Can compassion help cure health-related disorders?. *British Journal of General Practice, 67*(657), 177-178.
- Siegel, T. R., & Nagengast, A. K. (2019). Mitigating burnout. *Surgical Clinics, 99*(5), 1029-1035. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.06.015>
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E. & Santana, M. (2009). Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(3), 697-703. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>
- 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), 30-36. doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686
- Silveira, C., Parpinelli, M. A., Pacagnella, R. C., Camargo, R. S. D., Costa, M. L., Zanardi, D. M., ... & Andreucci, C. B. (2013). Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Revista da Associação Médica Brasileira, 59*(3), 234-240. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>
- Silveira, L. C. J. (2015). *Adaptação transcultural e fidedignidade da self-care of hypertension index para uso no Brasil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul <http://hdl.handle.net/10183/129636>

- Slemon, A., Jenkins, E. K., & Bailey, E. (2021). Enhancing conceptual clarity of self-care for nursing students: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 55, 103178. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103178>
- Spaling, M. A., Currie, K., Strachan, P. H., Harkness, K., & Clark, A. M. (2015). Improving support for heart failure patients: A systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *Journal of advanced nursing*, 71(11), 2478-2489. <https://doi.org/10.1111/jan.12712>
- Stacciarini, T. S. G. (2012). *Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised para o Brasil* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). <https://doi.org/10.1111/pme.12251>
- Stewart, C., Schofield, P., Elliott, A. M., Torrance, N., & Leveille, S. (2014). What do we mean by “older adults' persistent pain self-management”? A concept analysis. *Pain Medicine*, 15(2), 214-224.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53. 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Titus, S. K., & Kataoka-Yahiro, M. (2019). A systematic review of barriers to access-to-care in Hispanics with Type 2 Diabetes. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(3), 280-290. <https://doi.org/10.1177/1043659618810120>
- Toukhsati, S. R., Jaarsma, T., Babu, A. S., Driscoll, A., & Hare, D. L. (2019). Self-care interventions that reduce hospital readmissions in patients with heart failure; towards the identification of change agents. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, 13, 1179546819856855.
- Trevisan, R. (ed.) (2015) *Dicionário Michaelis da língua portuguesa*. Editora melhoramentos. <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/din%C3%A2mico/>
- Van Dongen, S. I., De Nooijer, K., Cramm, J. M., Francke, A. L., Oldenmenger, W. H., Korfage, I. J., ... & Rietjens, J. A. (2020). Self-management of patients with advanced cancer: A systematic review of experiences and attitudes. *Palliative medicine*, 34(2), 160-178. <https://doi.org/10.1177/0269216319883976>
- Villa, G., Mannarini, M., Della Giovanna, G., Marzo, E., Manara, D. F., & Vellone, E. (2019). A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers. *International Journal of Urological Nursing*, 13(2), 75-80. <https://doi.org/10.1111/ijun.12182>

- Vio, C. G., Platz, A. M., Bermúdez, A. N., & Vidal, N. R. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www. elsevier.es/rlp*, 43(2), 115-124.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342011000200011&lng=en&tlng=es.
- Waligora, K. J., Bahouth, M. N., & Han, H. R. (2019). The self-care needs and behaviors of dementia informal caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e565-e583. <https://doi.org/10.1093/geront/gny076>
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2015). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? -Selfcare Journal. *SelfCare Journal*.
<https://selfcarejournal.com/article/self-care-in-health-we-can-define-it-but-should-we-also-measure-it/>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of nursing studies*, 46(8), 1143-1147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894). World Health Organization.
- World Health Organization. (2014a). Self-care for health. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>
- World Health Organization. (2014b). *Global status report on noncommunicable diseases 2014* (No. WHO/NMH/NVI/15.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). Self-care can be an effective part of national health systems. <https://www.who.int/news/item/02-04-2019-self-care-can-be-an-effective-part-of-national-health-systems#:~:text=Health%20systems%20can%20thus%20optimise,outside%20of%20formal%20health%20systems>.
- World Health Organization (2020). What do we mean by self-care? <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/>

- World Health Organization (2021). Obesity and Overweight. *The WHO website*.
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Resource*, 11(2), 49-54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>

Apêndice A – Tabela com as teorias utilizadas nos artigos analisados no Estudo 1

Artigo	Teorias utilizadas/ mencionadas
<p>Ausili et al., 2014</p> <p>Castanharo & Wolff, 2014</p> <p>LeBlanc & Jacelon, 2018</p> <p>Lu et al., 2016</p> <p>Matarese et al., 2017</p> <p>Packer et al., 2018</p> <p>Waligora et al., 2019</p> <p>Blok, 2017</p> <p>Lambermon et al., 2020</p> <p>Samartini & Cândido, 2021</p> <p>Santos et al., 2019</p> <p>Slemon et al., 2021</p>	<p>Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem</p> <p>(n=12)</p>
<p>Ausili et al., 2014</p> <p>Matarese et al., 2017</p> <p>Matarese et al., 2018</p> <p>Villa et al., 2019</p> <p>Buck et al., 2021</p> <p>Jaarsma et al., 2021</p> <p>Jaarsma et al., 2020</p> <p>Riegel et al., 2019</p> <p>Riegel et al., 2021</p>	<p><i>Middle-Range Theory of Self-Care</i> (n=9)</p>
<p>Caro-Bautista et al., 2014;</p> <p>Packer et al., 2018</p> <p>Stewart et al., 2014</p> <p>Jaarsma et al., 2020</p> <p>McElligott & Turnier, 2020</p>	<p><i>Transtheoretical Model of Health Behaviour Change</i> (n=5)</p>

Caro-Bautista et al., 2014; Packer et al., 2018 Stewart et al., 2014 Jaarsma et al., 2020	Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (n=4)
Caro-Bautista et al., 2014; Stewart et al., 2014 Toukhsati et al., 2019	<i>Health Belief Model</i> (n=3)
Ausili et al., 2014 Baydoun et al., 2018	<i>Individual and Family Self-management Theory</i> (n=2)
Herber et al., 2019 Herber et al., 2017	<i>Naturalistic decision-making theory</i> (n=2)
Baydoun et al., 2018	Teoria do gerenciamento do autocuidado de sintomas para a população adulta com câncer (<i>Theory of symptom self-care management for adult people with cancer</i>) (n=1)
Baydoun et al., 2018	<i>Theory of Unpleasant Symptoms</i> (TOUS) (n=1)
Boehmer et al., 2016	Teoria da Capacidade do Paciente (<i>Patient capacity theory</i>) (n=1)
Caro-Bautista et al., 2014;	<i>HOBBIT Model</i> (n=1)
Herber et al., 2019	Modelo teórico de barreiras e facilitadores para o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca crônica (<i>Theoretical model of barriers and facilitators for self-care in patients with chronic HF</i>) (n=11)
Matarese et al., 2017	<i>Theory of health and adaptedness</i> (n=1)

Matarese et al., 2017	<i>Middle -range theory of self-care in home -dwelling older people (n=1)</i>
Morganson et al., 2014	<i>Broaden-and-build theory (n=1)</i>
Morganson et al., 2014	<i>Leader–member exchange (LMX) theory (n=1)</i>
Packer et al., 2018	<i>Chronic Disease Self-management model (n=1)</i>
Slemon et al., 2021	<i>Holistic Nursing Theory (n=1)</i>
Slemon et al., 2021	<i>Whole person care model (n=1)</i>
McElligott & Turnier, 2020	<i>The mid-range Theory of Integrative Nurse Coaching (TINC) (n=1)</i>
Malecki et al., 2020	<i>The Whole Health System of Care (WHSC) (n=1)</i>
Piran, 2015	<i>The Developmental Theory of Embodiment (n=1)</i>
Høy & Hall, 2020	<i>Teoria Bioecológica (n=1)</i>
Eassey et al., 2020	<i>Self-determination theory (n=1)</i>
Asano et al., 2021	<i>Middle-range Theory of heart failure self-care (n=1)</i>
Kapun et al., 2016 Nunes et al., 2015 O’Hara et al., 2019 Spaling et al., 2015 Bell et al., 2016 Bartos, 2020 Bousquet et al., 2019 Budhwani et al., 2019 Cooper et al., 2020 Laposha & Smallfield, 2020 Mashedder et al., 2020	Nenhuma teoria mencionada (n=13)

Siegel & Nagengast, 2019	
Titus & Kataoka-Yahiro, 2019	
Van Dongen et al., 2020	

Apêndice B – Tabela com todas as definições de autocuidado presentes nos artigos analisados no Estudo 1

Artigos que apresentaram a definição	Fonte	Definição de autocuidado
Ausili et al., 2014	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	Um processo pelo qual as pessoas assumem a responsabilidade por sua própria saúde entendendo como promovê-la e o que pode prejudicá-la. Esse processo de desenvolvimento da saúde é realizado no cotidiano dos indivíduos com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar por meio da prática de comportamentos e atividades saudáveis. Refere-se ao potencial de uma pessoa para atender às necessidades, objetivos e problemas de saúde para a melhora da capacidade funcional, independência e satisfação e para prevenir disfunções, deficiências e dor.
Castanharo & Wolff, 2014	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	O autocuidado refere-se a atividades cotidianas realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Essas atividades são realizadas ao longo do ciclo de vida do indivíduo e podem modificar-se diante dos seus próprios processos de desenvolvimento e envelhecimento, ou de restrições, definitivas ou temporárias, originadas pelo adoecimento.
Herber et al., 2019	Definição própria, baseada na revisão de	O comportamento de autocuidado na Insuficiência Cardíaca é o resultado de um processo de tomada de decisão natural influenciado por inúmeras barreiras e

	literatura em questão	facilitadores, que está em constante retroalimentação com o conceito da doença e a autoeficácia do paciente.
LeBlanc & Jacelon, 2018	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	O autocuidado é uma capacidade, disposição e atividade individual que os idosos manifestam ao conviver com condições crônicas e gerenciar sua saúde. Essas características influenciam umas às outras e são hierárquicas (capacidade, disposição, atividade) e contínuas. O autocuidado é multidimensional e tem influências em vários níveis (individual, comunitário, sistêmico).
Matarese et al., 2018	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	O autocuidado é um conceito amplo que engloba todos os outros conceitos relacionados. Envolve capacidades, atividades e processos direcionados à manutenção da saúde, preservação da vida e monitoramento e manejo de condições agudas e crônicas, visando manter o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, identificar mudanças no bem-estar e implementar todas as atividades necessárias para manter e retomar um nível de bem-estar desejado.
Stewart et al., 2014	Definição própria, baseada na revisão de	O autocuidado de idosos com dor crônica é um processo multidimensional que ocorre quando um idoso ativo em seu tratamento, engajado no desenvolvimento de suas habilidades e consciente

	literatura em questão	das respostas aos seus próprios sintomas, percebe a necessidade de autogerenciar a sua dor e tem a disponibilidade e capacidade de fazê-lo com o apoio de outros. O idoso inicia, participa e desenvolve seus próprios métodos de controle de sintomas usando técnicas de controle da dor que levam a melhorias nos domínios da saúde física, psicológica e social.
Høy & Hall, 2020	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	O autocuidado para promover a saúde de viúvas idosas pode ser explicado como a capacidade das viúvas mais velhas de acessar e mobilizar recursos e atividades que são importantes para uma transição saudável para a viuvez. É uma habilidade que ocorre em contextos sociais e relacionais que influenciam em suas oportunidades de cuidar de si.
Slemon et al., 2021	Definição própria, baseada na revisão de literatura em questão	O autocuidado representa uma ampla gama de atividades e comportamentos – no nível individual, relacional ou estrutural – realizadas por um indivíduo para promover e proteger a própria saúde e bem-estar, assim como para lidar com estressores identificados por si, desenvolvendo as capacidades necessárias para gerenciá-los.
Herber et al., 2017 Packer et al., 2018	Riegel et. al., 2009	É um processo naturalista de tomada de decisão que envolve a escolha de ações para manter a estabilidade fisiológica (manutenção do autocuidado), facilitar a percepção de sintomas e

Asano et al., 2021		direcionar o seu manejo (gerenciamento do autocuidado).
Toukhsati et al., 2019 Buck et al., 2021 Jaarsma et al., 2021 Jaarsma et al., 2020 Riegel et al., 2019 Riegel et al., 2021	Riegel, Jaarsma & Stromberg, 2012	É um processo de manutenção da saúde por meio de práticas de promoção da saúde e adesão a tratamentos em caso de doença (manutenção do autocuidado), monitoramento de comportamentos e da condição de saúde (monitoramento do autocuidado e gerenciamento de sinais e sintomas de saúde (gestão do autocuidado).
Lu et al., 2016 Matarese et al., 2017 Packer et al., 2018 Spaling et al., 2015 Waligora et al., 2019 Blok, 2017 Cooper et al., 2020 Samartini & Cândido, 2021	Orem, 1985;1991;1995	São ações ou práticas realizadas pelo próprio indivíduo em seu benefício ou do seu ambiente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento em ambientes estáveis ou em mudança, com objetivo de manter e proteger a saúde, o bem-estar e a felicidade. Por meio de ações ou atividades de autocuidado, que podem ser aprendidas ou involuntárias, o indivíduo é capaz de satisfazer as necessidades biopsicossociais e espirituais de seu próprio ser mediante determinadas exigências, sejam elas fisiológicas ou comportamentais.

Santos et al., 2019 Van Dongen et al., 2020		
Villa et al., 2019 Bartos, 2020 Lambermon et al., 2020 Masheder et al., 2020	WHO, 2014; 2019; 2020	O autocuidado é uma gama de atividades voluntárias que uma pessoa utiliza para sustentar a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar. Ele envolve a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover e manter a saúde, além de prevenir e lidar com doenças e deficiências, seja com ou sem o apoio de um profissional de saúde.
Baydoun et al., 2018 Caro-Bautista et al., 2014; Bousquet et al., 2019	Richard & Shea, 2011	É a capacidade de cuidar de si mesmo e de desempenhar as atividades necessárias para manter, alcançar ou promover a saúde ideal. Ele engloba todos os comportamentos de estilo de vida saudáveis necessários para o desenvolvimento e funcionamento humano, incluindo o autogerenciamento, o automonitoramento e o manejo de sintomas quando realizado por si mesmo.
McAdam & Erikson, 2020*	Uma mistura de informações advindas de Butler et al. (2019) e Mills, Wand & Fraser (2015)	Autocuidado é prática consciente de cuidar de si. É a capacidade de realizar as atividades necessárias para alcançar, manter e promover a saúde física e mental ideal.
Eassey et al., 2020*	Uma mistura de informações advindas de	O autocuidado envolve a capacidade tanto de cuidar de si mesmo quanto de alcançar, manter e promover a saúde ideal.

	Greaves & Campbell (2007) e de Pickard & Rogers (2012)	
Van Dongen et al., 2020	Departamento de Saúde do Reino Unido (Department of Health, 2001)	O autocuidado inclui as ações que os indivíduos e cuidadores realizam para si mesmos, seus filhos e suas famílias para se manterem em forma e manterem 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.
Van Dongen et al., 2020	Johnston, Milligan, Foster & Kearney, 2012	O autocuidado pode ser usado como um termo guarda-chuva para todas as atividades de autogestão. É definido como as atividades que mantêm as práticas diárias – atividades que são importantes e únicas na manutenção da identidade. É a capacidade de dominar ou lidar com seus problemas sem ter que entregá-los a outras pessoas.
Titus & Kataoka-Yahiro, 2019	Associação Americana de Educadores em Diabetes (American Association of	Os comportamentos de autocuidado na diabetes são definidos como alimentação saudável, ser ativo, monitorar sintomas, tomar medicação, resolução problemas, enfrentamento emocional saudável e redução de riscos.

	Diabetes Educators, 2014)	
Siegel & Nagengast, 2019	Uma mistura de informações advindas de Brandt (2017) e Erwin et al. (2016)	O autocuidado é a base para o bem-estar do médico. É um conceito dinâmico que exige o compromisso de nutrir e proteger o bem-estar pessoal e profissional e requer atenção às dimensões física, emocional, psicológica e espiritual.
McElligott & Turnier, 2020	McElligott, 2015	O autocuidado é o processo de dedicação a atividades relacionadas à saúde para aumentar o equilíbrio e o bem-estar.
Laposhka & Smallfield, 2020*	Sheffer & Harlock, 1981	Autocuidado é a capacidade de assumir a responsabilidade necessária para promover a própria saúde, independência e interação social
Laposhka & Smallfield, 2020	Gage, Cook, & Fryday-Field, 1997	O autocuidado refere-se à capacidade da pessoa de cuidar de suas necessidades pessoais básicas, como ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se e arrumar-se
Laposhka & Smallfield, 2020*	Reed & Sanderson, 1980	O autocuidado inclui atividades ou tarefas que são realizadas rotineiramente para manter a saúde e o bem-estar no ambiente
Budhwani et al., 2019*	Miaskowski et al., 2004	O autocuidado foi definido como um termo mais amplo e geral que engloba as ações tomadas pelos indivíduos para manter a saúde e prevenir doenças.

Bell et al., 2016	Self-care Forum, 2016	O autocuidado é caracterizado por consumidores que assumem papéis proativos na identificação e gerenciamento de suas condições de saúde para otimizar sua saúde física geral e bem-estar psicológico e espiritual.
Piran, 2015	Uma mistura de informações advindas de Piran & Teall (2015) e Cook-Cottone (2006;2015)	O autocuidado sintonizado com o corpo (<i>attuned self-care of the body</i>) envolve tanto a percepção de sinais internos quanto a ação de acordo com esses sinais.
O'Hara et al., 2019	Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski & Anderson, 1991	O autocuidado é definido como as tarefas que um indivíduo realiza em casa para gerenciar os sintomas de uma condição.
Nunes et al., 2015*	Barlow et al., 2002	O autocuidado refere-se à capacidade dos indivíduos de gerenciar sintomas, tratamento, emoções e mudanças no estilo de vida como parte de viver com uma condição crônica.
Morganson et al., 2014	Barnett, Baker, Elman & Schoener (2007)	O autocuidado é uma forma de bom funcionamento.
Kapun et al., 2016	Levin, 1976	O autocuidado é um processo no qual um leigo atua em seu próprio benefício no campo da promoção da

		saúde e detecção, prevenção e tratamento de doenças.
Matarese et al., 2017	Porn, 1993	A capacidade de autocuidado é a capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma para manter e melhorar o bem-estar ou evitar mudanças negativas.
Boehmer et al., 2016	Bayliss, Steiner, Fernald, Crane & Main, 2003	O autocuidado é composto por atividades que os pacientes fazem para 1) promover sua saúde física e psicológica, 2) se relacionar com os profissionais de saúde e manter a adesão aos tratamentos recomendados, 3) monitorar seu estado de saúde e tomar decisões relacionadas à ela ou 4) gerenciar o impacto de sua(s) doença(s) no funcionamento físico, psicológico ou social.

* Nos artigos de McAdam e Erikson (2020), Eassey et al. (2020), Laposha e Smallfield (2020), Budhwani et al. (2019) e Nunes et al. (2015) os conceitos de autocuidado são referenciados conforme os dados acima, no entanto o conceito em questão não pode ser encontrado mediante a leitura do texto original. É possível que tenha ocorrido algum erro de citação ou que o conceito tenha sido inferido de alguma outra forma. No caso dos artigos de McAdam e Erikson (2020) e Eassey et al. (2020) é interessante perceber que o conceito de autocuidado mencionado no texto é quase idêntico ao de Richard e Shea (2011), apesar de esses autores não terem sido citados nos textos em questão ou nos textos originais referenciados.

Apêndice C - Lista de itens construídos na segunda etapa da primeira parte do Estudo 2

Autocuidado consigo:

- Físico
 1. Meu sono é regular
 2. Eu durmo o suficiente para me sentir descansada/o
 3. A minha alimentação é nutritiva
 4. Eu como de forma equilibrada
 5. Eu respeito os meus sinais de fome
 6. Eu respeito os meus sinais de saciedade
 7. Eu bebo pelo menos 2 litros de líquidos por dia
 8. Eu me alimento pelo menos 3 vezes ao dia
 9. Eu me alimento com calma
 10. Eu faço atividades físicas por pelo menos 30 a 60 minutos
 11. As atividades físicas que faço me dão prazer
 12. Eu tenho momentos de prazer sexual
 13. Eu tenho momentos de lazer
 14. Eu tiro férias de pelo menos 15 dias uma vez ao ano
 15. A forma como me visto deixa-me satisfeito/a
 16. Eu reservo tempo longe dos eletrônicos só para mim
 17. Eu pratico alguma atividade que me conecta com o meu corpo (Yoga, meditação ou similares)
 18. Eu mantenho agradável o ambiente onde vivo
 19. Eu fumo*
 20. Eu consumo bebidas alcólicas*
 21. Eu evito ultrapassar meus limites físicos (ex: sono, fome, saciedade, dor)
 22. Eu mantenho hábitos saudáveis
 23. Eu faço o que posso para prevenir riscos à minha saúde
 24. Eu escovo os dentes mais de uma vez ao dia

- Cognitivo
 25. Eu tenho consciência das minhas necessidades físicas
 26. Eu planejo as minhas refeições e/ou meus lanches
 27. Eu planejo atividades para o meu bem estar
 28. Eu reservo momentos para refletir sobre a minha vida
 29. Eu percebo o que se passa com os meus pensamentos
 30. Eu percebo as minhas emoções
 31. Eu tenho consciência dos meus desejos e necessidades
 32. Eu evito o estresse na minha vida
 33. Eu me permito errar
 34. Eu me julgo ou me critico duramente*
 35. Eu me desafio com coisas novas e interessantes
 36. Eu sei o que preciso fazer para melhorar os meus problemas de saúde ou para manter a saúde que tenho
 37. Eu sei os problemas de saúde que posso ter herdado da minha família
 38. Eu leio e entendo os rótulos dos alimentos que consumo
 39. Eu leio e entendo as bulas dos remédios que tomo
 40. Eu sei quais são as recomendações diárias necessárias para manter a minha saúde
 41. Eu procuro aprender coisas novas
 42. Eu mantenho organizadas as coisas que são necessárias para a minha vida prática
 43. A minha lista de afazeres é razoável
 44. Eu faço algo criativo para relaxar ou por diversão
 45. Eu luto por aquilo que eu acredito

- Emocional
 46. Eu dou espaço para as coisas importantes da minha vida
 47. Eu tenho pensamentos positivos sobre mim mesma/o e a minha vida
 48. Eu me conecto com a natureza
 49. Eu estou contente com a minha prática espiritual
 50. As minhas crenças me trazem satisfação e tranquilidade
 51. Eu me permito chorar
 52. Eu me permito ter medo
 53. Eu expresso a minha raiva de forma de forma saudável
 54. Eu procuro praticar atividades que me dão prazer e trazem conforto
 55. Eu tenho momentos para rir ou ficar tranquila/o
 56. Eu me amo e me aceito
 57. Eu sinto que estou seguindo o meu propósito de vida
 58. Eu percebo as minhas dificuldades ou faltas com gentileza
 59. Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida
 60. Eu converso comigo mesma/o de maneira apoiadora
 61. A minha vida me traz alegria e significado
 62. Eu me sinto desapontado comigo mesma/o*

Autocuidado por meio de outros:

- Físico
 63. Eu procuro profissionais da saúde para me ajudar com os meus problemas físicos
 64. Eu vou ao médico quando estou com dor ou problema de saúde
 65. Eu procuro profissionais da saúde quando preciso
 66. Eu faço os exames preventivos indicados para a minha idade
 67. Eu falo para o profissional da saúde que está me tratando sobre todos os medicamentos que estou tomando, as dores que estou sentindo e como está sendo o processo
 68. Procuro ajuda profissional quando eu tenho dificuldade de manter um hábito saudável (como alimentação balanceada ou exercícios físicos)
 69. Procuro ajuda profissional quando tenho dificuldade para eliminar um hábito não saudável (como fumar ou beber em excesso) .
 70. Quando eu tenho um problema de saúde eu tenho a quem recorrer
 71. Eu me sinto amparada/o pelo meu sistema de saúde
 72. Eu recebo ajuda para manter o ambiente que eu vivo limpo e agradável
 73. Eu me sinto desconfortável em pedir ajuda quando algo é fisicamente difícil para mim*
- Cognitivo
 74. Eu sigo as recomendações dos profissionais quanto a minha saúde
 75. Eu procuro informações especializadas sobre os meus problemas
 76. Eu me sinto mal quando alguém sabe mais do que eu sobre algum assunto*
 77. Eu tenho pessoas na minha vida para quem eu posso pedir ajuda
 78. Quando eu vou ao médico ou a outro profissional da saúde eu faço perguntas sobre o meu tratamento e tiro todas as minhas dúvidas.
 79. Quando eu tenho um problema de saúde eu procuro entender o que é e como funciona o tratamento que eu estou recebendo.
 80. Quando tenho dúvida sobre uma opinião profissional em saúde, eu procuro outro profissional para ter uma segunda opinião

- Emocional
 81. Eu me incomodo quando outra pessoa está no controle da situação ou me fala o que fazer*
 82. Eu faço atividades com profissionais para me sentir bem (massagens, exercícios relaxantes, meditação, Yoga, ou similares)
 83. Eu procuro ajuda quando estou passando por um momento difícil emocionalmente
 84. Eu permito que outras pessoas tomem conta de mim
 85. Eu tenho pessoas que eu procuro para me confortar
 86. Eu passo meu tempo com pessoas que me fazem bem e são gentis comigo
 87. Eu sinto que recebo apoio das pessoas na minha vida
 88. Eu tenho alguém que me ouça quando eu estou chateada/o
 89. Eu tenho apoio e suporte de outras pessoas na minha vida

Autocuidado nas relações:

- Físico
 90. Eu contribuo para que o meu espaço físico esteja limpo e agradável
 91. Eu faço a minha parte para cuidar das pessoas a minha volta
 92. Eu divido igualmente as responsabilidades pelo cuidado das pessoas na minha vida
 93. Eu sei colocar limites para que eu não me sinta exigida/o ou sugada/a demais
 94. Eu me sinto sobrecarregada/o*
 95. Eu sei pedir o que eu preciso para as pessoas
 96. Eu procuro atender às minhas necessidades básicas antes do que as dos outros
 97. Eu contribuo com a minha comunidade
 98. Eu faço tudo para todo mundo*
 99. Eu sou uma pessoa que os outros procuram quando precisam de ajuda
 100. Eu passo tempo com as pessoas que eu gosto

- Cognitivo
 101. Eu sei o que fazer para ajudar as pessoas próximas de mim com seus problemas
 102. As pessoas da minha vida compreendem quando eu nego um pedido delas.
 103. Eu organizo a minha vida de forma que eu tenha tempo para as pessoas que são importantes para mim
 104. Eu mantenho um equilíbrio entre o que os outros querem de mim e o que eu acredito ser importante na minha vida

- Emocional
 105. Eu expresso as minhas emoções, dizendo o que sinto
 106. Eu digo não sem me sentir mal quando é necessário
 107. Eu permito que as pessoas me vejam mesmo quando não estou bem
 108. Existem partes de mim que eu tento esconder das pessoas
 109. Eu me envergonho de algumas partes de mim*
 110. Eu mantenho relações onde me sinto apoiada/o e compreendido/a
 111. Eu sinto que apoio e compreendo as pessoas da minha vida
 112. Eu tenho medo de ser quem realmente sou na frente dos outros*
 113. Eu me sinto confortável e acolhido/a em meio às pessoas na minha vida
 114. A minha vida social me traz uma sensação de pertencimento e completude
 115. Eu sinto que pessoas da minha vida dependem de mim para tudo*

Apêndice D – Formulário de avaliação dos juízes (adaptado do formato Excel)

Orientações aos juízes

Na aba "Avaliação do instrumento", pedimos que indique em relação a cada item:

A dimensão. Marque com um X a coluna correspondente ao item, na sua opinião (Cuidado de si, Cuidado por outros, ou Cuidado com outros). Caso o item pertença a mais de uma dimensão preencha todas aquelas que achar pertinente. A definição do construto e das dimensões está na aba "Definições" (abaixo).

O nível de clareza (na coluna G) com base no seguinte critério:

0 - Nada claro

1 - Clareza muito baixa

2 - Clareza baixa

3 - Clareza moderada

4 - Clareza substancial

5 - Clareza ideal

Suas observações, críticas e sugestões em relação a redação do item e sua pertinência (na coluna H). Tendo por base sua experiência, avalie a dimensão, os componentes e o conteúdo de cada item. Não hesite em declarar o que não está claro no item, em dizer como ele poderia ser melhorado, ou em dar uma sugestão de como ele pode ser redigido, caso não esteja de acordo. Todos os seus comentários a respeito do item são bem-vindos.

Quaisquer outras observações ou comentários podem ser feitos na linha 119 da aba "Avaliação do instrumento" (intitulada "Outras observações") ou através de comentários no documento, inclusive sobre as instruções ao público-alvo. Agradeço desde já todas as suas contribuições.

Definições

Informações sobre o construto Autocuidado

Definição geral:

Autocuidado é definido como uma gama de atividades planejadas ao longo da vida para prevenir doenças, e para promover e manter a saúde física, mental e emocional. Essas ações abrangem o suporte social e a satisfação de necessidades sociais e psicológicas, assim como a colaboração com profissionais da saúde e com o sistema de saúde como um todo, dentro ou fora de uma situação de doença ou incapacidade física. Ele possui três dimensões: cuidado de si (ações que a pessoa executa para si mesma em benefício da sua saúde), cuidado por outros (ações de cuidado com a sua saúde que o indivíduo delega a outras pessoas), e cuidado com outros (ações visando o seu bem-estar que realiza em benefício das suas relações com a sua família e sua comunidade) (Godfrey et al., 2011). Todas essas dimensões têm atributos físicos, mentais e emocionais, formando uma matriz.

Definição das dimensões do Autocuidado e dos seus atributos

Dimensão Cuidado de si: é aquele que o indivíduo faz sozinho para a promoção e manutenção da sua saúde e bem-estar. São ações que visam curar doenças, descansar, nutrir, manter hábitos

saudáveis, e atender às necessidades físicas, mentais e emocionais do próprio indivíduo que as executa (Godfrey et al., 2011).

Atributos:

Físico: Atividades diárias que o indivíduo realiza com o objetivo de prevenir ou curar doenças físicas, manter a saúde do próprio corpo e promover hábitos saudáveis em prol da sua saúde física. Exemplos incluem atividades físicas adequadas, alimentação saudável, higiene apropriada, sono regular e o uso correto de produtos e/ou medicações. (Godfrey et al., 2011; Webber et al., 2015).

Mental: Atividades diárias que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista cognitivo. Inclui atividades como o aprimoramento de habilidades, o desenvolvimento do autoconhecimento, estabelecimento de uma rotina, momentos que proporcionem reflexão, cultivo de pensamentos construtivos, desenvolvimento da criatividade e avaliação de riscos para a saúde (Godfrey et al., 2011; Saakvitne, Pearlman, & Traumatic Stress Institute [TSI], 1996).

Emocional: Atividades diárias que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista emocional. Inclui atividades que fomentem a autoconsciência e a conexão consigo, busquem o equilíbrio emocional e nutram o amor-próprio, como expressar as emoções de forma saudável, cultivar atividades prazerosas de lazer e acolher suas emoções frente a situações difíceis (Godfrey et al., 2011; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

Dimensão Cuidado por outros: é aquele que requer a ajuda de outra pessoa para ser realizado, seja um profissional da saúde ou cuidador informal (Godfrey et al., 2011). Esta ajuda se dá quando o indivíduo conta com alguém para guiar e orientar a ação de autocuidado, proporcionar cuidado físico e psicológico para que a ação seja completa, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, ensinar a realizar a ação de fato, ou mesmo fazer a ação no seu lugar (Pires et al., 2015).

Atributos:

Físico: Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a saúde do próprio corpo através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas. Inclui atividades como buscar a ajuda de profissionais de saúde, seguir as recomendações desses profissionais e aceitar ajuda de outros para tarefas que são fisicamente difíceis (Godfrey et al., 2011; Silva et al., 2009; Pires et al., 2015).

Mental: Atividades que buscam promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista cognitivo através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas, tais como a busca por conhecimento profissional em saúde e o uso de sistemas de organização, tecnologias e protocolos comprovados para tratar da saúde ou evitar riscos (Godfrey et al., 2011; Pires et al., 2015; Webber et al., 2015).

Emocional: Atividades que procuram promover, manter ou prevenir a própria saúde do ponto de vista emocional através da ajuda de profissionais ou do apoio de outras pessoas. Buscar terapeutas especializados no seu problema, pedir ajuda para pessoas de sua confiança, permitir-se ficar emocionalmente vulnerável perante pessoas e estabelecer uma rede de apoio emocional são exemplos deste comportamento (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015; Cook-Cottone & Guyker, 2018).

Dimensão Cuidado com outros: é caracterizado pelas ações em que a pessoa se responsabiliza pelo cuidado do seu relacionamento com outras pessoas, sejam filhos, outros familiares ou membros da sua comunidade (Godfrey et al., 2011). O cuidado com outros é incorporado ao autocuidado ao se admitir que o comportamento das pessoas são melhor compreendidos quando situados em um contexto. O cuidado com outros é um relacionamento dinâmico que vincula a percepção de si mesmo e a necessidade de pertencimento e completude. A identidade do ser humano é construída por interrelações baseadas na coexistência, no zelo, na dedicação e na inquietude para com o outro. A convivência em sociedade possibilita que a promoção do bem-estar e a preservação sociocultural e política de valores importantes à espécie humana sejam baseadas no cuidado. Cuidar de si e dos outros reflete, nesse sentido, uma necessidade básica (Silva et al, 2009). Nessa construção é importante, no entanto, não perder de vista a prioridade de cuidar de si, para que se possa estar inteiro para cuidar do outro. Desta forma, o cuidado com o outro só é uma atividade de autocuidado quando ela não ultrapassa os limites da saúde do próprio indivíduo (Dalben, 2008; Silva et al., 2009).

Atributos

Físico: Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas a cuidarem da sua saúde física, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui cozinhar, alimentar, limpar, transportar e realizar tarefas em benefício de outras pessoas, assim como passar tempo com pessoas significativas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

Mental: Atividades que procuram promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas do ponto de vista cognitivo, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui ensinar, auxiliar outras pessoas a refletir sobre as suas vidas, ajudá-las a tomar decisões e dar apoio na resolução de problemas, assim como organizar tarefas coletivas (Godfrey et al., 2011; Silva et al, 2009; Pires et al., 2015).

Emocional: Atividades que têm o objetivo de promover, manter ou prevenir a própria saúde ao ajudar outras pessoas do ponto de vista emocional, fortalecendo vínculos com outros significativos. Inclui dar apoio emocional a outras pessoas, estabelecer limites saudáveis às relações, ouvir a opinião do outro e acolher as suas emoções, e o cultivo de relações recíprocas (Godfrey et al., 2011; Cook-Cottone & Guyker, 2018; Saakvitne, Pearlman & TSI, 1996).

Instruções para o público alvo

Orientação para o preenchimento

Você responderá um instrumento que contém frases que descrevem comportamentos, pensamentos e emoções que buscam medir o seu autocuidado. Por favor, leia com atenção cada uma das frases e avalie com que frequência você age, pensa ou se sente da forma descrita. Marque no local apropriado a sua resposta para cada item de acordo com as instruções abaixo:

Para cada item, você tem a opção de marcar a sua resposta em cinco colunas diferentes, variando entre “Sempre”, “Com frequência”, “Às vezes”, “Raramente”, e “Nunca”. Utilize o seu bom senso e a sua experiência no cuidado com a sua saúde para avaliar qual resposta marcar. Instruções mais detalhadas estarão disponíveis quando necessário.

Item	<u>Sempre</u>	<u>Com frequência</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
Eu faço o que posso para prevenir riscos à minha saúde					

Não existem respostas certas ou erradas, simplesmente responda da maneira mais sincera possível. Você levará cerca de 15 à 20 minutos para responder os 115 itens que compõe esse instrumento.

Instruções específicas (que serão apresentadas antes do item 99):

Para os próximos itens você também tem a opção de marcar a sua resposta em cinco colunas diferentes, no entanto, pedimos que você considere esta frequência daqui para frente da seguinte forma:

<u>Sempre</u>	<u>Com frequência</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
Se você faz isso todos os dias	Se isso acontece pelo menos 3 vezes por semana	Se isso se dá pelo menos uma vez por semana	Se você faz isso pelo menos de quinze em quinze dias	Se você não tem esse hábito

Avaliação do instrumento (somente um exemplo)

N	Item (Instrução: Pense com que frequência você realizou as ações a seguir, usando como base o último mês)	Dimensão Cuidado de si	Dimensão Cuidado por outros	Dimensão cuidado com outros	Clareza do Item	Observações, críticas e sugestões
1	Eu faço o que posso para prevenir riscos à minha saúde					

Apêndice E – Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item

Nº	Item (Instrução: Pense com que frequência você realizou as ações a seguir, usando como base o último mês)	IVC
1	Eu faço o que posso para prevenir riscos à minha saúde	0.66
2	Eu procuro profissionais da saúde para me ajudar com os meus problemas físicos	1
3	Eu sei o que preciso fazer para melhorar os meus problemas de saúde ou para manter a saúde que tenho	1
4	Eu me envergonho de algumas partes de mim	0.57
5	Eu luto por aquilo que eu acredito	0.85
6	Procuo ajuda profissional quando eu tenho dificuldade de manter um hábito saudável (como alimentação balanceada ou exercícios físicos)	1
7	Eu me desafio com coisas novas e interessantes	1
8	Procuo ajuda profissional quando tenho dificuldade para eliminar um hábito não saudável (como fumar ou beber em excesso)	1
9	Eu me sinto desconfortável em pedir ajuda quando algo é fisicamente difícil para mim	0.57
10	Eu me permito errar	1
11	Eu tenho consciência dos meus desejos e necessidades	0.85
12	Eu passo tempo com as pessoas que eu gosto	1
13	Eu recebo ajuda para manter o ambiente que eu vivo limpo e agradável	1
14	Eu respeito os meus sinais de fome	0.85
15	Eu respeito os meus sinais de saciedade	0.85
16	Eu sou uma pessoa que os outros procuram quando precisam de ajuda	1
17	Eu tenho consciência das minhas necessidades físicas	0.85
18	Eu faço tudo para todo mundo	0.85
19	Eu me alimento pelo menos 3 vezes ao dia	1
20	Quando eu tenho um problema de saúde eu tenho a quem recorrer	1
21	Eu sei o que fazer para ajudar as pessoas próximas de mim com seus problemas	1
22	Eu me alimento com calma	1
23	Eu me sinto amparada/o pelo meu sistema de saúde	0.85
24	A forma como me visto deixa-me satisfeita/o	1
25	Eu procuro atender às minhas necessidades básicas antes do que as dos outros	0.85
26	Eu planejo as minhas refeições e/ou meus lanches	0.85
27	Eu percebo o que se passa nos meus pensamentos	0.71
28	Eu contribuo com a minha comunidade	0.85
29	As atividades físicas que faço me dão prazer	0.85
30	Eu sei pedir o que eu preciso para as pessoas	0.85
31	Eu tenho momentos de prazer sexual	1
32	Eu falo para o profissional da saúde que está me tratando sobre todos os medicamentos que estou tomando, as dores que estou sentindo e como está sendo o processo	0.71
33	Eu sei colocar limites para que eu não me sinta exigida/o ou sugada/o demais	0.83
34	Eu percebo as minhas emoções	0.85
35	Eu reservo momentos para refletir sobre a minha vida	1
36	Eu tiro férias de pelo menos 15 dias uma vez ao ano	1
37	Eu faço os exames preventivos indicados para a minha idade	1
38	Eu reservo tempo longe dos eletrônicos só para mim	0.85
39	Eu pratico alguma atividade que me conecta com o meu corpo (Yoga, meditação ou similares)	1
40	Eu divido igualmente as responsabilidades pelo cuidado das pessoas na minha vida	0.71
41	Eu mantenho agradável o ambiente onde vivo	0.85
42	Eu procuro profissionais da saúde quando preciso	1
43	Eu faço a minha parte para cuidar das pessoas a minha volta	1
44	Eu vou ao médico quando estou com dor ou problema de saúde	1

45	Eu sei os problemas de saúde que posso ter herdado da minha família	1
46	Eu contribuo igualmente para que o meu espaço físico esteja limpo e agradável	0.71
47	Eu mantenho hábitos saudáveis	1
48	Eu faço atividades com profissionais para me sentir bem (massagens, exercícios relaxantes, meditação, Yoga, ou similares)	1
49	As pessoas da minha vida compreendem quando eu nego um pedido delas.	1
50	Eu evito ultrapassar meus limites físicos (ex: sono, fome, saciedade, dor)	1
51	Eu organizo a minha vida de forma que eu tenha tempo para as pessoas que são importantes para mim	1
52	Eu sinto que recebo apoio das pessoas na minha vida	1
53	Eu faço algo criativo para relaxar ou por diversão	0.71
54	Eu procuro informações especializadas sobre os meus problemas	1
55	Eu leio e entendo os rótulos dos alimentos que consumo	0.85
56	Eu leio e entendo as bulas dos remédios que tomo	0.85
57	Eu sei quais são as recomendações diárias necessárias para manter a minha saúde	0.71
58	Eu mantenho um equilíbrio entre o que os outros querem de mim e o que eu acredito ser importante na minha vida	1
59	Eu me incomodo quando outra pessoa está no controle da situação ou me fala o que fazer	0.85
60	Eu procuro aprender coisas novas	1
61	Quando eu tenho um problema de saúde eu procuro entender o que é e como funciona o tratamento que eu estou recebendo	1
62	Eu mantenho organizadas as coisas que são necessárias para a minha vida prática	0.71
63	Eu expresso as minhas emoções, dizendo o que sinto.	1
64	Eu me sinto mal quando alguém sabe mais do que eu sobre algum assunto	1
65	Eu digo não sem me sentir mal quando é necessário	1
66	Eu permito que as pessoas me vejam mesmo quando não estou bem	1
67	Eu tenho pessoas na minha vida para quem eu posso pedir ajuda	1
68	Eu me conecto com a natureza	1
69	Existem partes de mim que eu tento esconder das pessoas	0.85
70	Quando eu vou ao médico ou a outro profissional da saúde eu faço perguntas sobre o meu tratamento e tiro todas as minhas dúvidas	1
71	Eu tenho pensamentos positivos sobre mim mesma/o e a minha vida	1
72	Eu me sinto desapontado comigo mesma/o	1
73	Eu dou espaço para as coisas importantes da minha vida	1
74	Eu estou contente com a minha prática espiritual	1
75	Eu mantenho relações onde me sinto apoiada/o e compreendida/o	1
76	As minhas crenças me trazem satisfação e tranquilidade	1
77	Eu passo meu tempo com pessoas que me fazem bem e são gentis comigo	1
78	Eu tenho medo de ser quem realmente sou na frente dos outros	1
79	Eu me permito chorar	1
80	Eu me permito ter medo	1
81	Eu expresso a minha raiva de forma saudável	0.85
82	Eu sinto que apoio e compreendo as pessoas da minha vida	1
83	Eu tenho pessoas que eu procuro para me confortar	1
84	Eu procuro praticar atividades que me dão prazer e trazem conforto	0.85
85	Quando tenho dúvida sobre uma opinião profissional em saúde, eu procuro outro profissional para ter uma segunda opinião	1
86	Eu tenho momentos para rir ou ficar tranquila/o	1
87	Eu permito que outras pessoas tomem conta de mim	1
88	Eu me amo e me aceito	1
89	Eu sinto que estou seguindo o meu propósito de vida	1
90	Eu me sinto confortável e aceita/o pelas pessoas da minha vida	1

91	Eu procuro ajuda quando estou passando por um momento difícil emocionalmente	1
92	Eu tenho apoio e suporte de outras pessoas na minha vida	1
93	Eu percebo as minhas dificuldades ou faltas com gentileza	0.85
94	Eu tenho alguém que me ouça quando eu estou chateada/o	1
95	Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida	1
96	As relações na minha vida me trazem uma sensação de pertencimento e completude	1
97	Eu converso comigo mesma/o de maneira apoiadora	1
98	A minha vida me traz alegria e significado	1
99	Eu bebo pelo menos 2 litros de líquidos por dia	0.85
100	Eu como de forma equilibrada	0.85
101	Eu me sinto sobrecarregada/o	1
102	Eu durmo o suficiente para me sentir descansada/o	1
103	A minha alimentação é nutritiva	0.85
104	Eu tenho momentos de lazer	1
105	Meu sono é regular	0.85
106	Eu faço atividades físicas por pelo menos 30 a 60 minutos	1
107	Eu sigo as recomendações dos profissionais quanto a minha saúde	1
108	Eu consumo bebidas alcoólicas	1
109	Eu fumo	1
110	Eu escovo os dentes mais de uma vez ao dia	1
111	Eu evito o estresse na minha vida	1
112	Eu sinto que pessoas da minha vida dependem de mim para tudo	1
113	Eu planejo atividades para o meu bem-estar	1
114	Eu me julgo ou me critico duramente	1

Apêndice F – Itens finais do instrumento, incluindo as mudanças que foram feitas após a etapa de busca de validade de conteúdo

Nº	Item final	Item original
3	Eu sei o que preciso fazer para melhorar os meus problemas de saúde ou para manter a saúde que tenho	IGUAL
5	Eu luto por aquilo que eu acredito	IGUAL
6	Procuo ajuda profissional quando eu tenho dificuldade de manter um hábito saudável (como alimentação balanceada ou exercícios físicos)	IGUAL
7	Eu me desafio com coisas novas e interessantes	IGUAL
8	Procuo ajuda profissional quando tenho dificuldade para eliminar um hábito não saudável (como fumar ou beber em excesso)	IGUAL
10	Eu percebo meus erros com naturalidade	Eu me permito errar
11	Eu tenho consciência dos meus desejos e necessidades	IGUAL
13	Eu recebo ajuda para manter o ambiente que eu vivo limpo e agradável	IGUAL
14	Eu respeito os meus sinais de fome (ex: como quando estou com fome e não esqueço de comer)	Eu respeito os meus sinais de fome
15	Eu respeito os meus sinais de saciedade (ex: paro de comer antes de me sentir muito cheia/o)	Eu respeito os meus sinais de saciedade
16	Eu sou uma pessoa que os outros procuram quando precisam de ajuda	IGUAL
17	Eu sei reconhecer as minhas necessidades físicas (sono, descanso, dores, fome, etc...)	Eu tenho consciência das minhas necessidades físicas
18	Eu faço tudo para todo mundo	IGUAL
19	Eu me alimento no mínimo 3 vezes ao dia	Eu me alimento pelo menos 3 vezes ao dia
20	Quando eu tenho um problema de saúde eu tenho a quem recorrer	IGUAL
21	Eu sei o que fazer para ajudar as pessoas próximas de mim	Eu sei o que fazer para ajudar as pessoas próximas de mim com seus problemas
22	Eu me alimento com calma	IGUAL
23	Eu me sinto amparada/o pelo meu sistema de saúde	IGUAL
24	A forma como me visto deixa-me satisfeita/o	IGUAL
25	Eu procuro sempre atender às necessidades das pessoas na minha volta	IGUAL
26	Eu planejo as minhas refeições e/ou meus lanches	IGUAL
27	Eu percebo quando os meus pensamentos estão me fazendo mal	Eu percebo o que se passa nos meus pensamentos
28	Eu contribuo com a minha comunidade	IGUAL
29	As atividades físicas que faço me dão prazer	IGUAL
30	Eu sei expressar para as pessoas da minha vida o que estou precisando (fisicamente e emocionalmente)	Eu sei pedir o que eu preciso para as pessoas
31	Eu tenho momentos de prazer sexual (seja sozinha/o ou com outra pessoa)	Eu tenho momentos de prazer sexual
34	Eu percebo as minhas emoções (ex: quando estou alegre, triste, ansiosa, com medo, com raiva, etc)	Eu percebo as minhas emoções
35	Eu reservo momentos para refletir sobre a minha vida	IGUAL
36	Eu tiro férias de pelo menos 15 dias uma vez ao ano	IGUAL
37	Eu procuro profissionais da saúde para realização dos exames preventivos indicados para a minha idade	IGUAL

38	Eu reservo tempo longe dos eletrônicos só para mim (ex: celular, computador, televisão, etc)	Eu reservo tempo longe dos eletrônicos só para mim
39	Eu pratico alguma atividade que me conecta com o meu corpo (ex: Yoga, meditação, dança ou outros)	IGUAL
41	Eu mantenho agradável o ambiente onde vivo	IGUAL
43	Eu faço a minha parte para cuidar das pessoas a minha volta	IGUAL
44	Eu procuro profissionais da saúde quando estou com dor ou com algum problema físico	Eu procuro profissionais da saúde quando estou com dor ou com algum problema físico
45	Eu sei quais são os problemas de saúde que posso ter herdado da minha família	IGUAL
47	Eu mantenho hábitos saudáveis	IGUAL
48	Eu faço atividades com profissionais para me sentir bem (massagens, exercícios relaxantes, meditação, Yoga, ou similares)	IGUAL
49	As pessoas da minha vida compreendem quando eu nego um pedido delas.	IGUAL
50	Eu respeito os meus limites físicos (ex: descanso quando preciso, cuido das minhas dores)	Eu evito ultrapassar meus limites físicos (ex: sono, fome, saciedade, dor)
51	Eu organizo a minha vida de forma que eu tenha tempo para as pessoas que são importantes para mim	IGUAL
54	Eu procuro informações especializadas sobre os meus problemas (ex: profissionais, financeiros, emocionais, de saúde, etc...)	Eu procuro informações especializadas sobre os meus problemas
55	Eu leio e procuro entender os rótulos dos alimentos que consumo	Eu leio e entendo os rótulos dos alimentos que consumo
56	Eu leio e procuro entender as bulas dos remédios que tomo	Eu leio e entendo as bulas dos remédios que tomo
58	Eu tenho o hábito de deixar de fazer o que é importante para mim para agradar aos outros.	Eu mantenho um equilíbrio entre o que os outros querem de mim e o que eu acredito ser importante na minha vida
61	Quando eu tenho um problema de saúde eu procuro entender o que é e como funciona o tratamento que eu estou recebendo	IGUAL
62	Eu mantenho organizadas as coisas que são necessárias para a minha vida (ex: para o meu trabalho ou estudos, na minha vida financeira, para meus compromissos sociais, coisas do meu dia a dia, etc)	Eu mantenho organizadas as coisas que são necessárias para a minha vida
63	Eu expresso as minhas emoções aos outros, dizendo com clareza como me sinto.	Eu expresso as minhas emoções, dizendo o que sinto.
65	Eu digo não sem me sentir mal quando é necessário	IGUAL
66	Nos meus relacionamentos pessoais com frequência eu finjo estar bem	Eu permito que as pessoas me vejam mesmo quando não estou bem
68	Eu me conecto com a natureza	IGUAL
70	Quando eu vou ao médico ou a outro profissional da saúde eu não tenho vergonha ou receio de fazer perguntas sobre o meu tratamento e de tirar todas as minhas dúvidas	Quando eu vou ao médico ou a outro profissional da saúde eu faço perguntas sobre o

		meu tratamento e tiro todas as minhas dúvidas
71	Eu tenho pensamentos positivos sobre mim mesma/o e a minha vida	IGUAL
72	Eu me sinto desapontado comigo mesma/o	IGUAL
73	Eu dou espaço para as coisas importantes da minha vida	IGUAL
74	Eu estou satisfeita/o com a minha espiritualidade	Eu estou contente com a minha prática espiritual
77	Eu passo meu tempo com pessoas que me fazem bem e são gentis comigo	Eu passo meu tempo com pessoas que me fazem bem e são gentis comigo
78	Na frente dos outros eu tenho medo de ser quem realmente sou	Eu tenho medo de ser quem realmente sou na frente dos outros
79	Eu compreendo que sentir emoções negativas (como raiva, medo, tristeza, etc) faz parte da vida	Eu me permito sentir emoções negativas
79	Chorar pra mim é sinal de fraqueza	Eu me permito chorar
80	Eu me acolho quando eu tenho medo	Eu me permito ter medo
81	Eu consigo sentir raiva sem fazer mal a mim ou aos outros	Eu me permito sentir raiva
82	Eu sinto que apoio e compreendo as pessoas da minha vida	Eu sinto que apoio e compreendo as pessoas da minha vida
83	Eu tenho pessoas que eu procuro para me confortar quando estou chateada/o	Eu tenho pessoas que eu procuro para me confortar quando estou chateada/o
85	Quando tenho dúvida sobre uma opinião profissional em saúde, eu procuro outro profissional para ter uma segunda opinião	Quando tenho dúvida sobre uma opinião profissional em saúde, eu procuro outro profissional para ter uma segunda opinião
86	Eu tenho momentos para rir ou ficar tranquila/o	Eu tenho momentos para rir ou ficar tranquila/o
87	Eu deixo que os outros cuidem de mim	Eu me permito ser cuidada/o
88	Eu me amo e me aceito	Eu me amo e me aceito
91	Eu procuro ajuda profissional quando estou passando por um momento difícil emocionalmente	Eu procuro ajuda profissional quando estou passando por um momento difícil emocionalmente
92	Eu recebo apoio e suporte das pessoas na minha vida	IGUAL
93	Eu percebo as minhas dificuldades ou faltas sem me julgar	Eu percebo com gentileza as minhas dificuldades ou faltas
95	Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida	Eu me sinto preenchida/o pelo que eu faço na minha vida
96	As minhas relações me trazem uma sensação de que eu pertencem a algum lugar	As minhas relações me trazem uma sensação de pertencimento
97	Eu converso comigo mesma/o de maneira apoiadora	IGUAL
111	Eu evito o estresse na minha vida	IGUAL (mudou de lugar)
112	Eu sinto que pessoas da minha vida dependem de mim para tudo	IGUAL (mudou de lugar)

101	Me sinto sobrecarregada/o	IGUAL (mudou de lugar)
99	Eu bebo pelo menos 2 litros de água por dia	IGUAL
100	Eu como de forma equilibrada e nutritiva (ex: todos os alimentos recomendados, incluindo, açúcares, gordura, carboidrato, proteínas, vegetais, frutas).	Eu como de forma equilibrada
102	Eu durmo o suficiente para me sentir descansada/o	IGUAL
104	Eu tenho momentos de lazer	IGUAL
106	Eu faço atividades físicas por pelo menos 30 a 60 minutos	IGUAL
107	Eu sigo as recomendações dos profissionais quanto a minha saúde	IGUAL
108	Eu consumo bebidas alcoólicas	IGUAL
109	Eu fumo	IGUAL
110	Eu escovo os dentes mais de uma vez ao dia	IGUAL
113	Eu planejo atividades para o meu bem estar	IGUAL
114	Eu me julgo ou me critico exageradamente	Eu me julgo ou me critico duramente
115	A minha lista de afazeres é razoável	IGUAL
84	Eu procuro fazer coisas que me dão prazer e trazem conforto	IGUAL (mudou de lugar)

Apêndice G – Questionário sociodemográfico e de saúde

CPF: _____

E-mail: _____

1. Idade (anos completos): _____

2. Peso (Kg): _____

3. Altura (escrever sem vírgula, exemplo - 163): _____

4. Gênero com o qual se identifica: () Feminino; () Masculino; () Outro

5. Estado Civil:

() Solteiro; () Casado/União estável; () Divorciado/Separado; () Viúvo

6. Filhos (mais de um tipo pode ser selecionado)

() Não tenho; () Biológicos; () Enteados; () Adotivos

6.2 - Quantos filhos? _____

7. Escolaridade Máxima:

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Especialização ou Pós Graduação completa

() Mestrado Incompleto

() Mestrado Completo

() Doutorado Incompleto

() Doutorado Completo

8. Qual a sua ocupação atual?

() 1- trabalhando em tempo integral - CTPS

() 2- trabalhando em tempo parcial (um turno) - CTPS

() 3- funcionário público

() 4- trabalhando como autônomo

() 5- trabalha informalmente

() 6- realiza trabalho voluntário

() 7- em benefício

() 8- aposentado

() 9- pensionista

() 10- nunca trabalhou

() 11- dona de casa

() 12- desempregado

() Outro: _____

9. Qual a sua profissão? _____

10. Assinale o que você possui (pode ser mais de uma opção):

() Automóvel

() Moto

() Máquina de lavar roupa

- Micro-ondas
- Geladeira
- Freezer
- Internet em casa
- Você tem empregado ou diarista?

11. Informe sua renda familiar (soma da renda de todos os trabalhadores que residem com você):

- Menor que um salário mínimo (R\$998,00)
- Entre 1 e 5 salários mínimos
- Entre 6 e 10 salários mínimos
- Entre 11 e 15 salários mínimos
- Acima de 15 salários mínimos

12. Com quem você mora atualmente? (Pode assinalar mais de uma opção)

- Sozinho
- Esposo (a)
- Filhos
- Pais
- Outros parentes não contemplados nas opções anteriores
- Amigo(a)
- República
- Instituição

13. Você depende de outras pessoas para ajudar realizar suas atividades pessoais (banho, alimentar-se, vestir-se, outros)? () Sim; () Não

14. Você pensa que seu estilo de vida atual pode contribuir para um aumento de peso?

- Sim; () Não

15. Como você se considera:

- Abaixo do peso; () Peso normal; () Acima do peso; () Obeso

16. Condições médicas que esteja recebendo tratamento médico (mais de uma opção pode ser assinalada):

- Nenhuma
- Hipertensão Arterial
- Diabetes
- Enfermidade Cardiovascular
- Apneia do sono
- Síndrome Metabólica
- Outras. Qual? _____

17. Internação - Você já passou por alguma situação de hospitalização?

- Sim; () Não

18. Quais foram os motivos da(s) sua (s)hospitalização (ões)?

19. Acompanhamento psicológico ou Psiquiátrico (mais de uma opção pode ser assinalada)

- Nunca realizei
- Atendimento Psicológico atualmente
- Atendimento Psicológico no passado
- Atendimento Psiquiátrico atualmente

Atendimento Psiquiátrico no passado

20. História de ganho de peso? Sim; Não

21. Se ganhou peso, descreva com que idade começou? _____

22. Existe na família histórico de obesidade? Sim; Não

23. Assinale todos os procedimentos que você já realizou com a intenção de perder peso ou evitar ganhar peso (pode assinalar mais de um):

Dieta

Exercício

Medicação

Tratamento com nutricionista

Tratamento psiquiátrico/psicológico

Uso de laxantes

Uso de diuréticos

Enema

Participação de Grupos pra perder peso

Cirurgia Bariátrica

24. Se já realizou cirurgia bariátrica, escreva há quanto tempo (em anos). Deixe em branco se não realizou. _____

25. Se já realizou a cirurgia bariátrica, houve reganho de peso? Sim; Não

26. Você faz exercícios físicos?

Não; Às vezes; Sempre (ao menos 5 vezes por semana)

27. Onde você costuma realizar sua atividade física? (mais de uma opção pode ser indicada)

Academia; Em casa; Ao ar livre; Outro: _____

28. Que tipo de atividade física você realiza? (mais de uma opção pode ser indicada)

Aeróbico; Musculação; Outro(s): _____

Apêndice H - Autorização Institucional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Pela presente autorização, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, sobre os objetivos e a justificativa do projeto de pesquisa intitulado: “Autocuidado na obesidade e na compulsão alimentar”. Dessa forma, autorizo a realização da pesquisa.

Autorizo, também, a utilização dos dados coletados em eventuais trabalhos acadêmicos, publicações científicas, sem a identificação do local nem de seus participantes.

Entendo que os pesquisadores, vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, manterão sigilo sobre os dados e que, após sua utilização na consecução dos objetivos propostos pela pesquisa, os mesmos serão inutilizados.

Assinatura do responsável pela instituição

_____, ____ de _____ de 2019

Identificação do responsável pela instituição:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo estudar o **autocuidado na obesidade e compulsão alimentar**. Com a realização deste estudo espera-se avaliar o comportamento de autocuidado em pessoas obesas com e sem Transtorno de Compulsão Alimentar. A responsabilidade técnica desta pesquisa é do professor e orientador Dr. Roberto Moraes Cruz e da psicóloga e mestranda do curso de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Raquel Vieira Costa de Carvalho. Esta pesquisa se destina à população de pessoas com obesidade da grande Florianópolis, sendo que menores de 18 anos não serão cotados para participação. Este termo foi elaborado com base na RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, que prevê: o assentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa; compromisso com o sigilo da identidade do participante, bem como com a sua integridade física e moral; o respeito à sua privacidade e o combate a qualquer forma de discriminação.

Convidamos você a participar como voluntário (a) desta pesquisa. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Também tem direito a receber uma síntese adequada das condições de tratamento das informações e orientação, a qualquer momento. Para tanto, basta entrar em contato com um dos pesquisadores. Se você concordar em participar da pesquisa, deve ter conhecimento de que a participação é voluntária, e não há qualquer incentivo financeiro ou remuneração de qualquer espécie, a não ser a contribuição com o avanço do conhecimento científico na área de autocuidado e comportamento alimentar. Tampouco há qualquer ônus ou contrapartida. O estudo prevê um risco muito baixo à integridade física e moral dos participantes, em função de serem questionários de autorrelato e anamnese simples são esperadas chances de baixa probabilidade de desconforto ao respondê-las. Como medida protetora, caso você se sinta desconfortável e queira interromper sua participação na pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer momento, sem que haja nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Neste caso, será adotado o seguinte procedimento: o participante deverá entrar em contato com o responsável pelo projeto e solicitar a retirada de seus dados da pesquisa, o que será feito prontamente. O pesquisador também estará à disposição para acolhê-lo no que for necessário e esclarecer todos os objetivos de pesquisa mais de uma vez, até você se sentir plenamente confortável e de acordo, e ciente de seus direitos.

As informações fornecidas por você serão armazenadas em um banco de dados para análises psicométricas e epidemiológicas. Não serão divulgadas informações que permitam a identificação do seu nome. Serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos seus dados. Além disso, de modo algum as informações fornecidas implicarão em prejuízo de pessoas e/ou comunidades. Sua identidade estará protegida em todas as etapas da pesquisa. Despesas provenientes de sua participação nesta pesquisa serão ressarcidas, bem como haverá compensação de eventuais danos que estejam vinculados a esta participação.

DADOS DOS PESQUISADORES

Raquel Vieira Costa de Carvalho, Matrícula (UFSC): 201901337. E-mail: raquelvlcosta@gmail.com
tel: (48) 98823-0069

Dr. Roberto Moraes Cruz: Universidade Federal de Santa Catarina - Laboratório Fator Humano - CFH, Prédio E, 5º andar - Campus Universitário - Trindade - CEP 88.040-970 – Florianópolis - SC
- Fone: +55 (48) 3721-9904

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Nome completo: _____

Documento de Identificação: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

Eu **(nome do participante)**, declaro que em ___/___/20___, ter recebido uma explicação clara e completa sobre a etapa preliminar da pesquisa “Relações de autocuidado e cuidado com outros na Obesidade e Compulsão Alimentar”, e dos objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. As informações fornecidas, por mim, aos pesquisadores serão utilizadas somente para atender aos objetivos e finalidades da pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Não receberei nenhuma remuneração e reconhecimento a compensação de eventuais danos que porventura advenham de minha participação. Em função do meu consentimento espontâneo, concordo em participar do presente projeto de pesquisa. Também estou ciente de que poderei interromper a minha participação se assim o desejar, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto.

Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação nesta pesquisa, poderei entrar em contato: Raquel Vieira Costa de Carvalho, tel: 48 988230069, email: raquelvlcosta@gmail.com

_____, ____ de ____ de 20____
(local) (data)

(Assinatura do participante/voluntário)

Raquel Vieira Costa de Carvalho

Anexo A – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (BES)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

- # 1**
- 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
 - 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.
- # 2**
- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
 - 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
 - 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
 - 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.
- # 3**
- 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
 - 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
 - 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
 - 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.
- # 4**
- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
 - 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
 - 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
 - 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.
- # 5**
- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
 - 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
 - 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
 - 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.
- # 6**
- 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
 - 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
 - 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- # 7**
- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
 - 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
 - 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
 - 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".
- # 8**
- 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
 - 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
 - 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
 - 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).
- # 9**
- 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
 - 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
 - 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
 - 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".
- #10**
- 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
 - 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
 - 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
 - 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- 1. Eu não penso muito sobre comida.
- 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Anexo B – Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado – Revisada (ASAS-R)

Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado

Instruções: Marque a melhor resposta para cada uma das afirmações abaixo, seguindo a escala.

Por exemplo: você concorda com a pergunta número 1? Se sim, você dirá ou assinalará com um X no espaço concordo ou concordo totalmente. A diferença entre concordo e concordo totalmente é que a resposta “concordo totalmente” dá uma ideia de sempre e a “concordo”, dá uma ideia de na maioria das vezes.

EXEMPLO: Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado

RESPOSTA: Se você é uma pessoa que sempre dorme o suficiente para se sentir descansada, você vai dizer/assinalar “CONCORDO TOTALMENTE” com essa frase. Agora, se você, na maioria das vezes, dorme o suficiente para se sentir descansada, você irá dizer/assinalar “CONCORDO”.

Esse exemplo vale para as opções de resposta s “DISCORDO TOTALMENTE” e “DISCORDO”.

1 = DISCORDO TOTALMENTE

2 = DISCORDO

3 = NÃO SEI

4 = CONCORDO

5 = CONCORDO TOTALMENTE

Itens	Discordo Totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Totalmente
1. À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável.	1	2	3	4	5
2. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.	1	2	3	4	5
3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável.	1	2	3	4	5
4. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.	1	2	3	4	5
5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.	1	2	3	4	5
6. Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.	1	2	3	4	5
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	1	2	3	4	5
10. Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.	1	2	3	4	5
11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.	1	2	3	4	5
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	1	2	3	4	5
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
14. Eu raramente tenho tempo para mim.	1	2	3	4	5
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.	1	2	3	4	5

