

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
---	--

P974	Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] / Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
------	--

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-170-1
DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE	
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira	
Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE	
PROXIMIDADE	
Ximene Rego	
Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO	
DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro	
Mariana Teixeira Baptista de Carvalho	
Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros	
Osvaldo Silva	
Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni	
Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO,	
PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves	
Susana Barros da Fonseca	
Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes	
Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva	
Iolete Ribeiro da Silva	
Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros	
Pablo Casagrande	
Didier Mongelos	
Montserrat Giménez	
Amilcar Miño	
Ana Arevalos	
Elder Oliveira da Silva	
Suelen dos Santos Ferreira	
Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão	
Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos	
Mônica Cristina Marques de Aragão	
Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO, PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL

Ana Berta Correia dos Santos Alves

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

Susana Barros da Fonseca

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

Lia João Pinho Araújo

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de
Educação
Viseu – Portugal

RESUMO: Assiste-se a um aumento de problemas de saúde psicossocial - stresse ocupacional e burnout - nos profissionais com intervenção em contextos sociais e humanos (VICENTE et al., 2013). O autocuidado pode constituir-se como uma proteção, pois está associado ao aumento do bem-estar geral e à menor perceção de stresse (MARTORELL-POVEDA et al., 2015). Dada inexistência de um instrumento validado para a população portuguesa capaz de mensurar o autocuidado, validou-se a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado – EACAC (SILVA; KIMURA, 2002). Esta escala permite estimar as habilidades individuais fundamentais para a autoavaliação e a interpretação de dados, a utilização de recursos e a execução de ações

para promover e manter a saúde e o bem-estar. A validação contemplou a adaptação cultural e a verificação das propriedades operacionais e psicométricas. Os resultados permitiram considerar a EACAC válida para a amostra, constituída por profissionais do contexto social (n=200). O instrumento revelou propriedades psicométricas adequadas, no que concerne à sua consistência interna ($\alpha=0,879$). A análise fatorial exploratória realizada permitiu constatar que os fatores extraídos explicam uma percentagem considerável da variância (58,3%). A EACAC pode beneficiar a determinação das capacidades de autocuidado, a relação com outras variáveis e a definição de ações educativas que promovam o bem-estar individual e organizacional, indo ao encontro das diretrizes de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Escala Autocuidado; Profissionais do contexto social; Promoção da saúde ocupacional.

ABSTRACT: There is an increase in psychosocial health problems - occupational stress and burnout - in professionals with intervention in social and human contexts (VICENTE et al., 2013). Self-care may be a protection, because it is associated with increased general well-being and reduced stress perception (MARTORELL-POVEDA et al., 2005). Given the lack of a validated

instrument for the Portuguese population able to measure self-care, the Self-Care Capacity Scale (EACAC) (SILVA; KIMURA, 2002) was validated. This scale makes it possible to estimate the individual skills essential for self-assessment and data interpretation, resource utilization, and the implementation of actions to promote and maintain health and well-being. Validation included cultural adaptation and verification of operational and psychometric properties. The results allowed to consider the valid EACAC for the sample, constituted by professionals of the social context (n=200). The instrument revealed adequate psychometric properties with respect to its internal consistency ($\alpha = 0.879$). The exploratory factorial analysis showed that the extracted factors explain a considerable percentage of the variance (58.3%). The EACAC can benefit the determination of self-care capacities, the relationship with other variables and the definition of educational actions that promote individual and organizational well-being, in accordance with health care guidelines.

KEYWORDS: Self-care Scale; Professionals from the social context; Promotion of occupational health.

1 | INTRODUÇÃO

Com vista à prevenção de acidentes, à redução de riscos de saúde químicos e físicos e à redução do número de horas de trabalho, assistiu-se, no começo do século XX, à implementação de algumas medidas políticas nos locais de trabalho, nomeadamente, nas sociedades ocidentais (JAMAL, 2007). Tais iniciativas dirigiam-se, sobretudo, à preocupação com ameaças à saúde física dos trabalhadores. Todavia, e a partir de meados do mesmo século, as preocupações com questões de saúde começaram a incidir, principalmente, numa ameaça mais específica do contexto de trabalho, o stress ocupacional e respetivas consequências físicas e psicossociais (GOMES. et. al, 2008).

Atualmente, o acentuado interesse pelo estudo do stress ocupacional assenta, para além das questões científicas e humanistas, nas preocupações económicas e políticas inerentes à severidade das suas consequências negativas, quer ao nível individual, quer para as próprias organizações (JAMAL, 2007).

O stress ocupacional traduz, numa perspetiva transacional, o desequilíbrio que a pessoa percebe entre determinadas exigências do trabalho e as suas capacidades para responder às mesmas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e incorpora, segundo o modelo holístico de stress (NELSON; SIMMONS, 2003), tanto respostas positivas (eustresse), como negativas (distresse) a stressores de trabalho, com repercussões na satisfação profissional, na saúde e no bem-estar. A fase final do stress profissional crónico define-se por síndrome de *burnout*. Esta síndrome caracteriza-se pela experiência de estar emocionalmente esgotado, por atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas com as quais se trabalha e ao próprio papel profissional, apresentando três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuída

realização pessoal (MASLACH; LEITER; SCHAUFELI, 2009). Esta resposta ocorre com mais frequência nos profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas (VICENTE et al., 2013).

O stresse relacionado com o trabalho e o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos apresentam-se como conceitos relevantes e constituem temas importantes do ponto de vista social e individual, pois a sua ação negativa pode fazer sentir-se, não só no trabalhador, mas também em todos aqueles que constituem o seu ambiente pessoal e profissional (GOMES et al., 2008).

Entre estes profissionais, a literatura tem privilegiado aqueles com intervenção na área da saúde. Porém, a intervenção social é considerada uma área com elevada exigência e desgaste nos tempos atuais, por ser das mais implicadas nas situações de vulnerabilidade, em ambientes disfuncionais, complexos e conflituosos, de contacto face-a-face com voz para voz, compartilhando, com os clientes e familiares, momentos de medo, angústia, ansiedade e sofrimento (RITTER; VAKALAH; KIERNAM-STERN, 2009) que podem, eventualmente, colocar o profissional em situações de desproteção, estando já, na literatura, associados a conceitos como trauma vicariante e fadiga da compaixão (ACINAS, 2012).

Os teóricos têm argumentado que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do stresse. A prática do autocuidado surge entre os fatores de proteção relacionados com *burnout* (HERNANDEZ, 2003, cit. por IPINZA, 2010). Para Smith e Moss (2009, cit. por THOMPSON et al., 2011), o *coping* é uma reação ao stresse, enquanto que o autocuidado é uma prática pró-ativa em termos da prevenção do sofrimento. Para estes os autores, é claramente mais importante o autocuidado no controlo do distresse e prevenção de danos.

A promoção da saúde reconhece o autocuidado como uma estratégia fundamental de manutenção da saúde e da capacidade funcional, uma vez que este considera uma participação ativa e informada das pessoas na sua própria saúde, por forma a orientar a autoconsciencialização, aumentando a vigilância, controlo e compromisso (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2010).

Apesar de ser associado à prática de hábitos saudáveis na literatura, percebe-se que o autocuidado envolve uma complexidade maior, relacionado ao modo de existir de cada um no mundo, as suas reflexões, crenças, julgamentos, atitudes, gostos, valores e hábitos, representação sobre saúde, história de vida, experiências anteriores, o momento presente e o contexto social. Estes fatores vão além da ação de cuidar de si, eles envolvem a reflexão sobre esta prática e as suas consequências.

É, assim, um processo cognitivo, afetivo e comportamental no qual o indivíduo assume a responsabilidade pela própria vida, conquistando integridade nas relações consigo e com o mundo em que está inserido. Para o exercício do cuidar é necessário tempo para o próprio, realizar atividades prazerosas, sem o peso do dever, limitação ou obrigação (SEGURO et al., 2007).

Orem (2001) denominou *self-care agency* como a capacidade do indivíduo para se envolver em ações de autocuidado. A teoria do autocuidado proposta pela autora baseia-se na premissa que o indivíduo desenvolve e implementa um conjunto de ações para o próprio benefício, inicia e executa atividades capazes de satisfazer as suas próprias necessidades, a partir de determinados requisitos, que podem ser fisiológicos, de desenvolvimento ou comportamentais (OREM, 2001). Estas ações dirigidas ao controlo de fatores internos e/ou externos têm por finalidade preservar a vida, a saúde e o bem-estar, também afetivo e social.

As capacidades de autocuidado referem-se aos conhecimentos, habilidades e experiências que as pessoas precisam de ter para a realização do autocuidado. Esta capacidade de se envolver e executar ações que atendam às próprias necessidades está sujeita aos, designados por Orem (2001), fatores condicionantes básicos. Estes referem-se aos aspetos internos e externos ao sujeito que afetam sua capacidade para se ocupar do seu autocuidado, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento e o estado de saúde; o meio sociocultural, o sistema de saúde, o sistema familiar, o padrão de vida, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos.

Na teoria do autocuidado de Orem (1991), a estrutura da capacidade de autocuidado está representada por três tipos de traços/capacidades para o desempenho de atividades: fundamental, capacitação e operacional. Se fosse viável ordená-las quanto à sua formação e desenvolvimento num triângulo, poderiam considerar-se na base as capacidades fundamentais, as operações de autocuidado no vértice e os componentes de poder (capacitação) localizados como uma ponte entre ambas. Os traços fundamentais são capacidades pessoais para o autocuidado que consideram a sensação, a perceção, a memória e a orientação, alguma alteração numa dessas capacidades afetará a ação deliberada da pessoa; já os traços de capacitação representam o poder dos componentes da agência de autocuidado, que são capacidades pessoais específicas necessárias para o desempenho de atividades de autocuidado (conhecimento, habilidades, energia para o autocuidado, mobilidade, motivação, tomada de decisão, habilidades interpessoais, valores para a saúde, metas propositadas e persistência) (GAST et al., 1989, cit. por SOUSA, 2002). Por último, os traços operacionais são capacidades para organizar os recursos pessoais e ambientais e as condições e fatores que poderiam ser significantes para o autocuidado (operações estimativas); julgamento e tomada de decisão sobre o que pode, deveria e atualmente faz (operações transicionais) e o desempenho real das ações de autocuidado (operações produtivas) (OREM, 2001).

No contexto laboral, o autocuidado é, de facto, reconhecido como um componente importante de desenvolvimento, já previsto em distintos códigos de ética e deontologia, numa lógica de melhor competência profissional (KOEHLER, 2012; FOUAD et al., 2009, cit. por AYALA, 2015). Um programa contínuo de autocuidado, ao longo dos percursos profissionais, é tanto uma obrigação profissional, como um direito pessoal

(BANKS; NOHR, 2008)

É neste sentido, conscientes da importância do autocuidado e de uma correta avaliação/ mensuração das capacidades para o mesmo, que nos propusemos a adaptar e a avaliar as propriedades operacionais e psicométricas de um instrumento de avaliação, mais especificamente, a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), partindo da validação de Silva e Kimura (2002), que se sustenta no modelo teórico desenvolvido por Dorothea Orem (1991).

2. ESTUDO EMPÍRICO

Objetivo

O objetivo deste estudo centra-se na adaptação, validação e exploração das propriedades psicométricas da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC), de Silva e Kimura (2002), aplicada a profissionais portugueses do contexto social. Procurar-se-á, deste modo, salvaguardando os requisitos científicos do processo de adaptação, verificar a consistência interna e explorar a estrutura fatorial da escala quando aplicada a estes profissionais.

Método

Amostra

A amostra do estudo foi recolhida por conveniência e é constituída por 200 profissionais (169 do sexo feminino, correspondendo a 84,5% da amostra e 31 do sexo masculino, isto é, 15,5% da amostra), com intervenção/atuação em contexto social. Inclui, assim, todos os profissionais que trabalhem no âmbito da intervenção social, que integrem respostas sociais, sendo, portanto, independente do tipo de desempenho e habilitações literárias (4% com o 4º anos, 4,5% com o 6º ano, 14,5% com o 9º ano, 21% com 12º anos, 1% com bacharel, 42% com licenciatura, 12% com mestreado e 1% com doutoramento). A média de idades foi de 37,42 (DP=10,92), variando entre os 20 e os 65 anos.

Instrumento

O instrumento utilizado é constituído por dois grupos de questões. O primeiro grupo pretendeu reunir os dados pessoais e profissionais dos participantes, bem como recolher indicadores relativos à perceção de apoio/suporte social e à perceção de saúde e bem-estar, pois as capacidades de autocuidado podem ser afetadas, entre outros, pelo estado de saúde, os padrões de vida, o sistema familiar, o suporte

social (SILVA; KIMURA, 2002; OREM, 2001). Estas questões basearam-se, na sua construção, nas dimensões do Questionário de Estado de Saúde SF-36, versão 2 (FERREIRA; SANTANA, 2003).

O segundo grupo contemplou a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado – EACAC, constituída por 24 itens que admitem respostas numa escala Likert de cinco posições: 1=discordo totalmente, 2=discordo, 3=nem concordo nem discordo, 4=concordo e 5=concordo totalmente e dizem respeito à disponibilidade, vontade e condições da pessoa modificar a sua vida, melhorando-a; também avalia os cuidados com a alimentação, higiene e peso. Os itens aferem, ainda, se os participantes procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se procuram a rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado. O score da escala varia de 24 a 120 pontos, sendo que scores altos indicam um nível elevado de capacidades de autocuidado. A aplicação do instrumento pode ser realizada por entrevista estruturada ou questionário, sob as modalidades de autoadministração ou aplicação assistida (SILVA; KIMURA, 2002). Foi obtida autorização dos autores para a utilização e adaptação do instrumento.

Procedimento

O processo de validação transcultural de um instrumento envolve a transformação linguística e cultural do instrumento original para ser usado noutros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder as suas propriedades psicométricas originais (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Esta adaptação pressupõe a combinação de duas etapas interligadas: (i) a tradução do instrumento e (ii) a sua adaptação cultural (equivalências conceituais e linguísticas), com verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento e do estabelecimento de valores normativos para a nova versão em populações relevantes. O objetivo deste processo é assegurar a consistência entre a versão original do instrumento e a versão adaptada (FERREIRA; MARQUES, 1998).

No caso do instrumento em estudo, a EACAC, o processo de validação não necessitará de passar pela fase da tradução, pois, e de acordo com os pré-requisitos definidos por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), o facto da língua ser a mesma, ainda que num país distinto, permite a supressão desta fase.

Assim, num primeiro momento, procedeu-se à adaptação do questionário, adequando o português do Brasil para o português Europeu, na qual foram considerados os aspetos linguísticos/semânticos, idiomáticos e conceituais. Neste sentido, uma professora de Português ajustou o questionário original, procedendo à substituição de determinadas palavras e modificações na construção dos itens, por os considerar mais compreensíveis.

Posteriormente, realizaram-se dois momentos distintos de reflexões faladas

com a finalidade de testar a equivalência operacional, relativamente ao formato e à aparência visual, à compreensão das instruções, à compreensão dos diferentes itens, à recetividade aos conteúdos e à relevância cultural do instrumento. As reflexões faladas foram conduzidas em dois grupos heterogéneos entre si quanto à escolaridade, mais especificamente, um grupo foi constituído por 5 elementos com formação superior (4 licenciados e 1 doutorado) e o outro grupo foi constituído por 5 elementos com escolaridade entre o 4º e 9º ano (1 com 4º ano, 1 com 6º ano, 3 com 9º ano). A clareza e compreensão de cada item da Escala foram avaliadas, com recurso a uma escala com as opções de resposta: fácil, razoável e difícil. Por unanimidade, todos os itens foram avaliados como fáceis. Da reflexão e avaliação feitas pelos participantes, apenas foi referido (por 2 elementos do 1º grupo) que alguns itens da Escala não eram concordantes com as opções de resposta, embora reforçando que este aspeto não inviabilizava a correta interpretação e respetiva resposta ao item, assim, não emergiu a necessidade de se proceder a ajustes adicionais. Verificou-se, ainda, que o tempo de resposta à escala variou entre os 7 e os 10 minutos.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e março de 2015, com recurso ferramenta Google Docs e de questionários em suporte papel. Os contactos foram efetuados pessoal e eletronicamente, tendo sido dirigidos, preferencialmente, aos diretores técnicos de diversas entidades com intervenção em contexto social, solicitando o reencaminhamento do *link* de resposta ou a entrega dos questionários em papel aos profissionais das instituições que dirigiam. Foram igualmente privilegiados os contactos informais, através de redes sociais, onde se divulgou o referido *link* junto dos sujeitos que preenchessem os requisitos indicados. Salientamos que, nestes casos, foram apenas utilizados grupos privados das redes sociais, de modo garantir a inclusão de elementos pertencentes à população.

Análise de dados

Os dados recolhidos através do questionário foram analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (versão 22.0)*, com exceção da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) que foi realizada com o *software* AMOS.

Através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o método de estimação *Maximum Likelihood*, foi indagada a adequação do modelo teórico aos dados empíricos, no âmbito da análise de equações estruturais (*SEM – Structural Equation Modeling*). Para tal, selecionaram-se seis índices de qualidade de ajustamento do modelo: o X^2/df , para o qual os valores inferiores a cinco podem ser interpretados como um indicativo de que o modelo teórico se ajusta aos dados; o *Goodness of Fit Index (GFI)*, que explica a proporção da variância, observada entre as variáveis manifestas, explicada pelo modelo ajustado e cujos valores inferiores a 0,90 indicam modelos com mau ajustamento aos dados e igual a 1 indicam um ajustamento perfeito; o *Comparative*

Fit Index (CFI), cujos valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento e iguais a 1 um ajustamento perfeito; *Parsimony CFI (PCFI)* e *Parsimony GFI (PGFI)* para os quais se considera que valores inferiores a 0,6 indicam um mau ajustamento e valores superiores a 0,8 são indicadores de um bom ajustamento e, finalmente, o *Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA)* que deve apresentar valores inferiores a 0.10 para a aceitação do modelo (MAROCO, 2010). A qualidade do ajustamento local avaliou-se tendo em consideração os pesos fatoriais e a fiabilidade individual dos itens.

Foi utilizada a análise fatorial exploratória (método das componentes principais), com rotação Varimax, para definir a estrutura subjacente à escala, bem como resumir e reduzir os dados (HAIR et. al, 2005). Para aferir a consistência interna do fator extraído foi calculado o valor *alpha* de Cronbach.

Resultados

A análise da distribuição através do teste de Kolmogorov-Smirnov revelou não estarem cumpridos os pressupostos da normalidade ($p < ,05$), o que de acordo com Pallant (2001) é bastante comum em grandes amostras. Verificou-se a existência de um *outlier* com valor extremo que foi retirado. Pela análise da assimetria e curtose foi possível constatar que estas não são iguais a zero, sendo que os valores da assimetria se situam, para a globalidade dos itens, entre -,076 e ,174 e os valores da curtose se situam entre ,628 e ,346. Contudo, Pallant (2001) relembra que esta ocorrência é comum em investigações na área das ciências sociais.

Os valores obtidos não se revelaram como aceitáveis para escala unifatorial (Tabela 1), ao contrário do verificado na Escala validada pelos autores Silva e Kimura (2002).

X^2 / gl	GFI	CFI	PCFI	PGFI	RMSEA
800,020/ 252	,688	,748	,683	,578	,106

Tabela 1 – Resultados obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória.

Foi testada a dimensionalidade do instrumento recorrendo-se ao método de análise fatorial exploratória em componentes principais, com rotação Varimax. Para averiguar a viabilidade da utilização desta análise estatística foi utilizado o teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) tendo-se obtido um valor de ,901, considerado um valor muito bom (PESTANA; GAGUEIRO, 2014). O resultado do teste de esfericidade de Bartlett permite também concluir que a matriz de correlações é significativa ($c^2_{(276)} = 1954,706$; $p < ,000$), pelo que podemos assumir o método da análise fatorial exploratória como viável.

Foram realizadas análises fatoriais sucessivas no sentido de eliminar itens que apresentassem: a) valores de comunalidades inferiores a ,40; e b) saturações

inferiores a ,40 (STEVENS, 1986, cit. por FONSECA; JORDÃO, 2014) e c) saturações simultâneas em dois fatores (com diferença < 0,10). Assim, foi excluído o item 17 por apresentar um valor de comunalidade inferior a 0,40 e os itens 5, 7, 8, 15 e 16 por saturarem simultaneamente em dois fatores.

Retirados estes itens obtivemos resultados satisfatórios que nos permitiram estruturar a escala em quatro fatores que na totalidade explica 58,319% da variância total, com a componente 1 a contribuir com 23,493%, a componente 2 com 12,872%, a componente 3 com 11,367% e, finalmente, a componente 4 a contribuir com 10,58% da variância. O teste KMO (,883) e o teste de Bartlett ($C^2_{(153)} = 1304,425$; $p=,000$) continuaram a ser satisfatórios, assim como os valores das comunalidades. O cálculo do coeficiente *alpha* de Cronbach para a escala revelou um valor de fidelidade elevado ($\alpha= 0,879$), apontando para uma boa consistência interna do instrumento (PESTANA; GAGEIRO, 2014) (Tabela 2).

	Componente			
	1	2	3	4
Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, tento fazer as mudanças necessárias para me manter saudável (1)	-	,770	-	-
Geralmente, vejo se tudo aquilo que faço para manter a minha saúde está certo (2)	-	,744	-	-
Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro arranjar uma forma de resolver o problema (3)	-	,571	-	-
Tento manter limpo e saudável o lugar onde vivo (4)	-	-	-	,629
Sempre que posso, cuido de mim (6)	,601	-	-	-
Procuro alimentar-me de maneira a manter o meu peso adequado (9)	-	,646	-	-
Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo (10)	,651	-	-	-
Sempre que posso, no meu dia-a-dia, faço ginástica e descanso (11)	,684	-	-	-
Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar (12)	-	-	-	,644
Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado (13)	,679	-	-	-
Quando recebo informações sobre a minha saúde, coloco questões para esclarecer aquilo que não compreendo (14)	-	-	,659	-
Normalmente, faço por manter a minha segurança e a da minha família (18)	-	-	-	,622
Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado (19)	,597	-	-	-
No meu dia-a-dia, geralmente, encontro tempo para cuidar de mim (20)	,866	-	-	-

Se tenho algum problema de saúde, sei como obter informações para o resolver (21)	-	-	,658	-
Procuro ajuda, quando não tenho condições para cuidar de mim (22)	-	-	,757	-
Sempre arranjo tempo para mim (23)	,839	-	-	-
Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente, consigo cuidar-me como gostaria (24)	.531	0 mm	-	-
Valores próprios	6,040	1,943	1,371	1,144
Variância explicada (%)	23,493	12,872	11,367	10,586
			58,318	
Total				
Alpha de Cronbach Total			,879	

Tabela 2 - Estrutura fatorial final e valor alpha de Cronbach.

Nota: O método de extração de fatores utilizado foi a análise de componentes principais com rotação Varimax.

A análise fatorial exploratória permitiu constatar que a estrutura da escala deve apresentar apenas 18 itens, distribuídos pelos componentes: Comportamentos de Autocuidado Individual (CAI), Autoconsciência/ Autorregulação (AA), Recursos/ Estratégias de Autocuidado (REA) e Comportamentos de Autocuidado Coletivo (CAC), conforme quadro 1.

Componente	Itens
Comportamentos de autocuidado individual (CAI)	6, 10, 11, 13, 19, 20, 23 e 24
Autoconsciência/autorregulação (AA)	1, 2, 3 e 9
Recursos/estratégias de autocuidado (REA)	14, 21 e 22
Comportamentos de autocuidado coletivo (CAC)	4, 12 e 18

Quadro 1 – Distribuição dos itens da EACAC e componentes

Nova Análise Fatorial Confirmatória (AFC), realizada com o *software* AMOS, foi efetuada para averiguar a adequação do modelo teórico aos dados empíricos, no âmbito da análise de equações estruturais (*SEM – Structural Equation Modeling*). Os resultados obtidos na análise confirmatória dos fatores resultantes da análise fatorial exploratória permitem aceitação deste modelo, conforme Tabela 3.

χ^2 / gl	CFI	GFI	PCFI	PGFI	RM-SEA
240,854 / 129	,905	,875	,763	,660	,067

Tabela 3 – Resultados obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória dos fatores resultantes da Análise Fatorial Exploratória.

No sentido de complementar o estudo de adaptação da EACAC, versão para profissionais portugueses com intervenção em contexto social, foram calculadas as correlações entre as quatro subescalas (Tabela 4), através do coeficiente de correlação de *Spearman* e os resultados obtidos apoiam a validade de construto do questionário, pois revelam correlações significativas e no sentido esperado entre as diferentes subescalas.

	CAI	AA	REA	CAC
CAI	1	,561**	,427**	,313**
AA	,561**	1	,412**	,382**
REA	,427**	,412**	1	,391**
CAC	,313**	,382**	,391**	1

Tabela 4 - Correlação entre as quatro subescalas encontradas na versão para profissionais com intervenção em contexto social da EACAC.

** A correlação é significativa a .01 (2-tailed).

Uma vez definida a estrutura fatorial da EACAC na amostra em estudo, procurou-se avaliar a precisão deste instrumento, mais precisamente a sua consistência interna, ou seja, o grau de consistência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem cada fator, mediante o cálculo dos respetivos coeficientes *alpha* de Cronbach e das correlações inter-item (Tabela 5)

	α	Nº Itens	Correlação Inter-item		Correlações Item-total		Média
			Min	Max	Min	Max	Correlações Inter-item
CAI	,871	8	,294	,766	,488	,812	,466
AA	,730	4	,297	,557	,403	,599	,412
REA	,649	3	,369	,435	,438	,484	,392

CAC	,503	3	,163	,418	,249	,411	,277
------------	------	---	------	------	------	------	------

Tabela 5 - Correlação inter-itens das quatro subescalas encontradas na versão para profissionais com intervenção social da EACAC.

Apesar do valor de consistência interna na subescala CAC ser considerado pobre, pois encontra-se entre .50 e .60 (GEORGE; MALLERY, 2003), este pode justificar-se se atentarmos no número reduzido de itens que a compõem (PALLANT, 2001). Um bom indicador da precisão do instrumento verifica-se, também, quando todos os itens de cada subescala têm valores de correlação com o valor total do questionário acima dos 0,30 (FIELD, 2005, cit. por FONSECA; JORDÃO, 2014) no caso, todas as subescalas cumprem esta condição, à exceção da componente CAC - que apresentou um valor abaixo do indicado apenas num dos itens que a compõe. Ainda assim, assumiu-se a inclusão desta componente (CAC), pois a consistência interna do instrumento não sofre qualquer alteração no seu valor total com a retirada dos itens que lhe correspondem. Se admitirmos, ainda, o valor teórico, apontado em diferentes investigações, do impacto dos conteúdos considerados nestes itens no autocuidado, nomeadamente o suporte social, reforçamos a decisão tomada.

3 | DISCUSSÃO

Para uma correta avaliação das capacidades de autocuidado e das suas dimensões é necessário ter instrumentos devidamente validados, também por forma a homogeneizar as medições que possam ser realizadas em diversas pesquisas comparativas. Este estudo teve como objetivo a validação da versão portuguesa da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC) (SILVA; KIMURA, 2002), em profissionais com intervenção em contexto social.

Com base nos resultados obtidos, verifica-se que EACAC permite ser considerada válida, o que possibilita a sua utilização para futuras investigações sobre o tema. O instrumento revelou boas propriedades psicométricas, no que concerne à sua consistência interna ($\alpha = 0,879$) (PESTANA; GAGEIRO, 2014).

A análise fatorial exploratória permitiu constatar que os fatores encontrados explicam uma percentagem considerável da variância (58,3%) e que a estrutura da escala deve apresentar 18 itens, compreendendo as subescalas: CAI (comportamentos de autocuidado individual), que incluem qualquer atividade desenvolvida pelo indivíduo, com o objetivo de promover, proteger ou manter a sua saúde; AA (autoconsciência/ autorregulação), relativas à identificação dos próprios sentimentos e emoções, bem como das capacidades, forças e limites e ao processo dinâmico em que o indivíduo estabelece objetivos pessoais e mobiliza, de forma estratégica, as suas cognições, motivações, emoções e comportamentos, no sentido de os atingir; REA (recursos/ estratégias de autocuidado), que auxiliam o indivíduo a identificar e a estabelecer metas

pessoais e a mobilizar os seus processos/ recursos internos e externos, no sentido da promoção da sua saúde e bem estar pessoal, e, finalmente, o CAC (comportamentos de autocuidado coletivo), que se referem às ações que são planeadas e desenvolvidas em cooperação (entre os membros de uma comunidade, família, grupo ou organização), que procuram um meio físico e social afetivo e solidário.

Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos em que: 1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Nem concordo, nem discordo, 4 = Concordo e 5 = Concordo totalmente. O score da Escala varia de 18 a 90 pontos, sendo que scores superiores indicam um nível mais elevado de capacidades de autocuidado.

A capacidade para realizar o autocuidado precisa de ser estimulada por meio de práticas e ações educativas que contemplem o desenvolvimento desta capacidade e a consciencialização da sua importância (JOHNSON et al., 2014).

A EACAC ao partir, como já referido, das conceções teóricas de Orem (1991), onde o autocuidado, a capacidade de autocuidado e os fatores condicionantes básicos surgem como conceitos fundamentais, permite a fundamentação de ações de promoção e educação em saúde, assim como em ações para o desenvolvimento de habilidades gerais e específicas para o *engagement* no autocuidado, indo ao encontro das diretrizes de atenção à saúde (HEWITT-TAYLOR et al., 2012; EVERS et al., 1986, cit. por SILVA et al., 2012).

O autocuidado não se restringe a uma intervenção após o comprometimento pessoal/ profissional; é antes um processo contínuo e pró-ativo, considerado além da esfera individual - é uma necessidade ética e um imperativo moral (BANKS; NOHR, 2008).

Assim, futuros estudos podem beneficiar do uso da EACAC para a determinação das capacidades de autocuidado, na relação com outras variáveis e na definição de estratégias que promovam o bem-estar individual e facilitem a resiliência individual e organizacional, pois estas podem representar uma importante forma de “tratamento preventivo” para os indivíduos em risco de problemas psicossociais posteriores (JOHNSON et al., 2014; SHAPIRO et al., 2007), face aos desafios e fatores de stresse a que estão expostos estes profissionais.

Fica um contributo para um caminho reconhecido, mas pouco explorado na investigação, que exige continuidade, quer pela via da replicação por mais amostras, quer pela via de amostras com outro tipo de representatividade. Seria, ainda, vantajosa uma análise de carácter longitudinal que verificasse eventuais alterações ao nível da perceção de stresse e *burnout*, mediante a implementação de tais intervenções e programas de autocuidado nos estudantes/ profissionais.

REFERÊNCIAS

ACINAS, M. Burn-Out Y Desgaste por Empatía en Profesionales de Cuidados Paliativos. **Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia**, v.2, n.4, p.11-18, 2012.

- AYALA, E. **Does self-care moderate the relation of stress to quality of life of female doctoral students in professional psychology?** 2015. 53f. Dissertation (Doctor of Philosophy) - University at Albany, State University of New York, 2015.
- BANKS, S.; NOHR, K. *Ética e Prática para as Profissões do Trabalho Social*. Porto: Porto Editora, 2008.
- FERREIRA P.; SANTANA P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.21, n.2, p.15-30, 2003.
- FONSECA, S.; JORDÃO, F. Adaptação e validação da *EustressScale* para professores portugueses. **Psychologica**, v. 57, n.1, p. 95-114, 2014.
- GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**. 4.ed. Boston: Allyn & Bacon, 2003.
- GOMES. et. al. Stresse, saúde física, satisfação e Burnout em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In: PEREIRA, M. SIMÕES, C. & MCINTYRE, T. (ed). **Atas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde**. Braga: Universidade do Minho, 2008, p.178-192.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Adaptação transcultural de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde: revisão de literatura e diretrizes propostas. **Journal Clinical Epidemiology**, v.46, n.12, p.1417-32, 1993.
- HAIR, J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R.; BLACK, W. **Análise multivariada de dados**. São Paulo: Bookman, 2005.
- HEWITT-TAYLOR, J.; HEASLIP, V.; ROWE, N. Applying research to practice: exploring the barriers. **Brasil Journal Nurses**, v.21, n.6, p.356-359, 2012.
- IPINZA, A. **Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile**. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago do Chile, 2010.
- JAMAL, M. Job stresses and job performance controversy revisited: an empirical examination in two countries. **International Journal of Stress Management**, v.14, n.2, p.175-187, 2007.
- JOHNSON, J. et. al. Preparing Trainees for Lifelong Competence: Creating a Communitarian Training Culture Training and Education. **Professional Psychology**, v.8, n.4, p.211–220, 2014.
- LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- KOEHLER, C. Effects of a self-care intervention for counselors on compassion fatigue and compassion satisfaction. 2012. 96f. Dissertation (Doutor on Philosophy) - University of North Texas, EUA, 2012.
- MAROCO, J. **Análise estatística: Com utilização do SPSS**. 3.ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2010.
- MARTORELL-POVEDA, M. et. al. Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. **International Journal of Mental Health Systems**, v.9, n.9, p.2-11, 2015.
- MASLACH, C.; LEITER, M.; SCHAUFELI, W. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v.14, n.3, p.204-220, 2009.

- NORCROSS, J. C.; GUY, J. D. **Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care.** New York: Guilford, 2007.
- NELSON, D.; SIMMONS, B. Health psychology and work stress: A more positive approach. In: QUICK, J. & TETRICK, T. (Ed). **Handbook of Occupational Health Psychology.** Washington DC: American Psychological Association, 2003, p.97-119.
- OREM, D. **Nursing: Concepts of practice.** 4.ed. St. Louis: Mosby, 1991.
- OREM, D. (2001). **Nursing: Concepts of Practice.** 6.ed. St.Louis: Mosby, 2001.
- PALLANT, J. **SPSS Survival Manual.** Buckingham: Open University Press, 2001.
- PENDER, N. J., MURDAUGH, C.; PARSONS, M. **Health promotion in nursing practice.** 6.ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2010.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais.** 6.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014.
- RITTER, A.; VAKALAH H.; STERN-KIERNAN, M. **101 Careers in Social Work.** New York: Springer Publishing Company, 2009.
- SHAPIRO, S.; WARREN-BROWN, K.; BIEGEL, G. Teaching self-care to caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training. **Training and Education in Professional Psychology**, n.1, p.105-115, 2007.
- SEGURO A.; NEVES, J.; BRANQUINHO, R.; SOUSA, E. O cuidar: A dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.2, n.2, 2007. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/viewFile/90/99>. Acesso em: mar.2015.
- SILVA J.V. et.al. Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.4, n.1, p.185-199, 2012. Disponível em: http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_016.pdf. Acesso em: mar.2015.
- SILVA J.; KIMURA M. **Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidades de Autocuidado Appraisal of self-care agency scale.** 2002. 96f. Dissertação (Doutorado Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paula, 2002.
- SOUSA, V. Conceptual analysis of self-care agency. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n.3, 2002.
- THOMPSON E.; FRICK, M.; TRICE-BLACK, S. Counselor-in-Training Perceptions of Supervision Practices Related to Self-Care and Burnout. **The Professional Counselor: Research and Practice**, v.1, n.3, p.152-162, 2011.
- VICENTE, C.; OLIVEIRA, R.; MAROCO, J. Análise fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Revista Psicologia, Saúde & Doencas**, n.14, p.152-167, 2013.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

