



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Mariana Bonomini Fogaça de Almeida

O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental

Florianópolis

2019

Mariana Bonomini Fogaça de Almeida

O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Profa. Magda do Canto Zurba, Dra.

Coorientador: Prof. Fabrício Augusto Menegon, Dr.

Florianópolis

2019

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

Almeida, Mariana Bonomini Fogaça de Almeida

O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental / Mariana Bonomini Fogaça de Almeida Almeida ; orientadora, Magda do Canto Zurba, coorientadora, Fabrício Augusto Menegon, 2019.

78 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. autocuidado em saúde. 3. sofrimento mental. 4. transtorno mental comum. 5. revisão sistemática. I. do Canto Zurba, Magda.

II. Augusto Menegon, Fabrício. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. IV. Título.

Mariana Bonomini Fogaça de Almeida

O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental

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

Prof.(a) Iúri Novaes Luna, Dr.(a)

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Daniela Ribeiro Schneider, Dr.(a)

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Prof.(a) Sérgio Fernando Torres de Freitas, Dr.(a)
Coordenador(a) do Programa

Prof.(a) Magda do Canto Zurba, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2019.

AGRADECIMENTOS

À minha família, meus pais Milene e Spártaco, meus irmãos João Pedro e Clara e meu padrasto Paulo pelo amor e apoio incondicional sempre! Por fazerem tudo possível.

Ao meu namorado Vinícius por compreender todas as minhas ausências, pelo companheirismo e dedicação, por acreditar em mim e nos meus sonhos sem medidas.

Ao meus amigos e amigas por todos os bons momentos, todas as risadas, pelos incentivos, pela leveza da vida. Por contribuírem para minha saúde mental.

À Natália e Taynara, em especial, por me acompanharem tão de perto da seleção à defesa e, carinhosamente, me encorajarem a continuar nos momentos mais difíceis.

Ao meus colegas de mestrado pelas amizades e aprendizados compartilhados.

À minha amiga Rafaela, com quem tive, anteriormente, a honra de aprender a profissão e, hoje, trabalhou ao meu lado como revisora tornando este trabalho possível.

Às bibliotecárias, Sirlene e Karen, da Universidade Federal de Santa Catarina que me auxiliaram no processo de desenvolvimento da revisão sistemática.

Aos Professores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina que marcaram minha vida, em especial aos Professores Carmen Moré, Iúri Luna, Maiana Nunes e Roberto Cruz, fundamentais para eu prosseguisse minha trajetória na academia.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial por ampliarem e enriquecerem meus conhecimentos e perspectivas sobre o fazer saúde.

Aos meus orientadores, Magda e Fabrício, pela liberdade e confiança que me depositaram para desenvolver esse trabalho de forma tão autônoma.

Muito obrigada!

Muita gente diz ter medo da morte.

E me espanto quando vejo como vivem: bebem além da conta, fumam além da conta, trabalham além da conta, reclamam além da conta, sofrem além da conta.

E vivem de um jeito insuficiente.

Gosto de provocar dizendo que são pessoas corajosas.

Têm medo da morte e se apressam loucamente em encontrá-la. [...]

O respeito pela morte traz equilíbrio e harmonia nas escolhas.

Não traz imortalidade física, mas possibilita a experiência consciente de uma vida que vale a pena ser vivida, mesmo que tenha sofrimentos aliviados, tristezas superadas por alegrias, tempo de beber para celebrar, de fumar para refletir, de trabalhar para realizar-se. [...]

Não morremos somente no dia de nossa morte.

Morremos a cada dia que vivemos, conscientes ou não de estarmos vivos.

Mas morremos mais depressa a cada dia que vivemos privados dessa consciência.

Morreremos antes da morte quando nos abandonarmos.

(ARANTES, 2016, p.60)

Ana Cláudia Quintana Arantes – Livro: A morte é um dia que vale a pena viver.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 650 milhões de pessoas no mundo atendem critérios diagnósticos para Transtorno Mental Comum, sinônimo de sofrimento mental, compreende sintomas depressivos, ansiosos e de somatização, que correspondem aos quadros mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde. No contexto mundial, projeções para 2030 incluem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano. O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde assinala que menos de 1% dos recursos da saúde são investidos em ações para a saúde mental, mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera. Como estratégia para promover saúde mental aposta-se no comportamento de autocuidado: prática de atividades para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício. Pergunta de pesquisa: **O comportamento de autocuidado é fator de proteção para sofrimento mental?** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura: processo de revisão abrangente, imparcial, sistemático e reproduzível. Objetivos específicos: caracterizar os estudos primários incluídos na síntese qualitativa de acordo com: ano; país; área de conhecimento; desenho do estudo; amostra; instrumento de mensuração dos desfechos; identificar estratégias de autocuidado e intervenções em saúde produtoras de bem-estar/qualidade de vida. A partir de uma estratégia de busca específica foram elegidas oito bases de dados de alcances nacional e internacional: BDNF, CINAHL, Cochrane Library, LILACS, PUBMED, SCIELO, SCOPUS e Web of Science. Foram definidos como critérios de inclusão: estudos que tratavam da relação entre autocuidado & sofrimento mental, tendo portanto os dois constructos ou seus similares. Foram considerados similares para autocuidado: resiliência, autoeficácia, autogestão, estilo de vida saudável, bem-estar, bem-estar psicológico ou a descrição do comportamento de autocuidado sem nomeá-lo. Para sofrimento mental: stress psicológico, stress, depressão, ansiedade, somatização, sofrimento, tristeza, angústia. Foram identificados 2028 estudos. Excluídos 210 documentos entre duplicados, entrevistas e editoriais. 1809 estudos integraram a etapa de triagem, passando por 3 avaliadores. 24 estudos integraram a etapa de leitura na íntegra para aplicação dos critérios de elegibilidade, desses 1 foi publicado somente no idioma alemão, 2 não se conseguiu acesso e 3 foram excluídos por não completarem os critérios de elegibilidade. 18 estudos integraram a síntese qualitativa. Os resultados evidenciam que o comportamento de autocuidado e o sofrimento mental são componentes correlacionados para saúde mental e revelaram uma série de estratégias de autocuidado passíveis de serem introduzidas em ações e programas de saúde, como: visão otimista, esquematizar metas, atividades de lazer e agradáveis, dieta nutritiva, atividade física, sono reparador, desenvolver *self-talk* positivo. Também chamaram atenção para fatores sócio demográficos na configuração do estado de saúde das populações, destacando a importância de articulação de setores intergovernamentais e demonstrando que impera a noção dos determinantes sociais da saúde. Ainda revelaram uma série de programas bem sucedidos que a partir da implementação do comportamento de autocuidado reduziram a sintomatologia dos transtornos mentais comuns e melhoraram o bem-estar psicológico; portanto, podem servir de inspiração para fomentar ações de saúde e qualidade de vida mais assertivas.

Palavras-chave: transtorno mental comum; sofrimento mental; autocuidado em saúde; revisão sistemática.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) estimates that more than 650 million people worldwide meet diagnostic criteria for Common Mental Disorder, synonymous with psychological distress, comprising depressive, anxious and somatizing symptoms, which correspond to the most prevalent conditions in Attention Primary to Health. In the global context, projections for 2030 include these disorders among the most disabling in humans. The WHO and Pan American Health Organization report notes that less than 1% of health resources are invested in mental health actions, over 40% of countries still lack mental health politics, and 30% have no programs in this sphere. As a strategy to promote mental health, we focus on self-care behavior: practice of activities to maintain life, health and well-being, performed by the individual for their own benefit. Research Question: **Is self-care behavior a protective factor for psychological distress?** This is a systematic review that consisting of a comprehensive, impartial, systematic and reproducible review process. Specific objectives: to characterize the primary studies included in the qualitative synthesis according to: year; country; knowledge area; study design; sample; outcome measurement instrument; identify self-care strategies; and identify well-being / quality of life health interventions. Based on a specific search strategy, eight national and international databases were chosen: BDENF, CINAHL, Cochrane Library, LILACS, PUBMED, SCIELO, SCOPUS and Web of Science. Inclusion criteria were: studies that dealt with the relationship between self-care & mental distress, thus having both constructs or their similar. The following were considered similar for self-care: resilience, self-efficacy, self-management, healthy lifestyle, well-being, psychological well-being or the description of self-care behavior without naming it. For psychological distress: psychological stress, stress, depression, anxiety, somatization, suffering, anguish. 2028 studies were identified. Excluded 210 documents between duplicates, interviews and editorials. 1809 studies were part of the screening stage, including 3 evaluators. 24 studies were part of the full reading step for the application of the eligibility criteria, of which 1 was published in the German language only, 2 could not be accessed and 3 were excluded because they did not meet the eligibility criteria. 18 studies integrated the qualitative synthesis. The results show that self-care behavior and psychological distress are correlated components for mental health and revealed a series of self-care strategies that could be introduced into health actions and programs, such as: optimistic vision, setting goals, leisure and pleasant activities, nutritious diet, physical activity, restful sleep, developing positive self-talk. They also drew attention to socio-demographic factors in shaping the health status of populations, highlighting the importance of articulating intergovernmental sectors and demonstrating that the notion of social determinants of health prevails. They also revealed a series of successful programs that, through the implementation of self-care behavior, reduced the symptomatology of common mental disorders and improved psychological well-being; therefore, they can serve as inspiration to foster more assertive health and quality of life actions.

Keywords: common mental disorder; psychological distress; self-care; psychological well-being; systematic review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Análise dos dados de acordo com o *fluxograma prisma (Flow Diagram)*.....39

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Componentes da pergunta de pesquisa, seguindo-se o acrônimo PICO..... | 34 |
| Tabela 2 – Listagem das bases de dados e suas especificações..... | 34 |
| Tabela 3 – Tabela de descritores..... | 35 |
| Tabela 4 – Resultados de estudos primários por bases de dados conforme estratégia de busca em anexo 1, dezembro/2018..... | 38 |
| Tabela 5 - Descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa..... | 68 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| DALY | Disability Adjusted Life of Years |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DM2 | Diabetes Mellitus tipo 2 |
| EEG | Eletroencefalograma |
| EVPE | Eventos de Vida Produtores de Estresse (Stressful Life Events) |
| ICPE | Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica |
| IPP | Intervenções Psicológicas Positivas |
| ISI | Institute for Scientific Information |
| Mesh | Medical Subject Headings |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TM | Transtorno Mental |
| TMC | Transtorno Mental Comum |
| UPA | Unidades de Pronto Atendimento |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO..... | 13 |
| 2. INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 3. OBJETIVOS | |
| 3.1. Objetivo Geral..... | 19 |
| 3.2. Objetivos Específicos..... | 19 |
| 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | |
| 4.1. O Autocuidado em Saúde Mental..... | 20 |
| 4.2. O Sofrimento Mental..... | 24 |
| 4.3. Cenário e Agenda de Saúde no Brasil..... | 27 |
| 5. METODOLOGIA | |
| 5.1. Delineamento da pesquisa..... | 33 |
| 5.2. Formulação da pergunta de pesquisa | 34 |
| 5.3. Fontes de Coleta de Dados..... | 34 |
| 5.4. Procedimentos de Coleta de Dados..... | 35 |
| 5.5. Seleção e avaliação inicial dos estudos..... | 39 |
| 6. SÍNTESE DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS..... | 41 |
| 7. CONCLUSÕES..... | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 57 |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE 1: Protocolo de Busca nas Bases de Dados..... | 62 |
| APÊNDICE 2: Descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa..... | 68 |
| ANEXO 1: Protocolo PRISMA..... | 72 |

1. APRESENTAÇÃO

Terminei minha graduação em Psicologia em agosto de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina e tive a oportunidade de estar ingressando no mesmo momento no Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Vim com o desejo de descobrir um tema que fizesse muito sentido para mim, pessoalmente. A certeza que tinha era de que eu queria estudar sobre saúde, não doença. Eu queria estudar algo que despertasse, movesse, conectasse as pessoas para a vida. Posso dizer que tive dois grandes divisores de água no meu processo de tornar-me mestre e que contribuíram para o rumo do projeto de pesquisa.

Um primeiro foi conhecer a área de conhecimento da epidemiologia, na qual eu dediquei um ano da minha formação e que delineou a estrutura metodológica do projeto. E um segundo que desenhou o tema de estudo, foi quando conheci o Livro “A morte é um dia que vale a pena viver” de Ana Claudia Quintana Arantes, médica com residência em geriatria e gerontologia que dedica-se especialmente aos cuidados paliativos, a “cuidar de pessoas que morrem” (p.30). O livro é intenso, profundo, e me proporcionou, sobretudo, uma reflexão sobre a condição e existência humana.

No início do livro ela relata uma palestra em que foi:

“Uma mãe levou o filho até Mahatma Gandhi e implorou-lhe:

- Por favor, Mahatma, diga a meu filho para não comer mais açúcar...

Depois de uma pausa Gandhi pediu à mãe:

- Traga seu filho de volta daqui a duas semanas.

Duas semanas depois, ela voltou com o filho.

Gandhi olhou bem no fundo dos olhos do garoto e lhe disse:

- Não coma açúcar...

Agradecida, porém perplexa, a mulher perguntou a Gandhi:

- Por que me pediu duas semanas? Podia ter dito a mesma coisa a ele antes!

E Gandhi respondeu-lhe:

- Há duas semanas, eu estava comendo açúcar.

Em poucos instantes, eu havia compreendido o que estava para ser o grande passo da minha carreira, da minha vida. Naquele dia, eu me dei conta de que a maior resposta que eu procurava havia chegado: todo o trabalho de cuidar das pessoas na sua integralidade humana só poderia fazer sentido se, em primeiro lugar, eu me dedicasse a cuidar de mim mesma e da minha vida. Desse dia em diante eu teria a certeza de estar com os pés no meu

caminho: posso cuidar do sofrimento do outro, pois estou cuidando do meu” (ARANTES, 2016, p.40-41).

Esse insight que ela relata no livro era muito próximo do que eu buscava pesquisar. Será que as pessoas se dão conta de que é preciso estarem atentas aos seus afetos, suas emoções, seu corpo, sua saúde? Será que as pessoas entendem que cuidar de si é ganhar tempo – e não perder tempo? As pessoas contam os segundos na rotina diária, trabalham 10h/12h por dia no escritório e, a noite, ainda se mantém ao telefone em casa, têm dificuldade em saírem de férias, se propõem a darem conta dos pais & dos avós & dos amigos. Esgotam-se. Eu queria encontrar uma maneira de demonstrar para essas pessoas o quanto é importante cuidar de si mesmo: ter tempo para almoçar, ter horas razoáveis de sono, encontrar amigos, praticar atividade física, relaxar, ter lazer e ócio. Para dar conta dos outros e de todas as nossas tarefas é preciso, antes de tudo, existir. Quando digo existir não é estar de corpo presente, e sim, conectado com seus próprios afetos, presente na sua própria vida. Atento consigo mesmo.

Um modelo experimental da ausência é entrarmos no metrô. Quem está no metrô nunca está lá; apenas sai de um lugar para chegar a outro. Naquele monte de gente não tem ninguém presente. Quando estamos no metrô pensamos: ‘quanto tempo falta para chegar à minha estação?’ Para muitas pessoas a vida é como estar no metrô com os olhos vendados: elas entram em um lugar que não sabem direito aonde fica, não sabem onde vão descer e não estão presentes! Simplesmente estão dentro (ARANTES, 2016, p.71).

O meu convite é que, enquanto é tempo, desçam do metrô para experimentar a vida em equilíbrio mais intensamente: que se trabalhe, que se de conta daqueles que ama, que se ganhe dinheiro, e que também cuide de si, concretize seus sonhos, se realize, ria, durma, ame, viaje. Produza conectado e atento a si mesmo: de uma maneira mais consciente e harmoniosa.

2. INTRODUÇÃO

Entender a associação dos conceitos de saúde mental, autocuidado e sofrimento mental é o ponto nodal para a discussão da presente pesquisa. Já é conhecido que o entendimento de saúde como ausência de doença foi superado. Saúde pela Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization* – WHOa, 2013; WHOb, 2013; WHOc, 2013) é compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O que significa que uma pessoa é considerada saudável quando está: ajustada fisicamente; estável mentalmente; capaz de funcionar pacificamente e efetivamente na sociedade; capaz de realizar funções diárias em casa e no trabalho; capaz de viver uma vida socialmente e economicamente produtiva e satisfeita.

Da mesma forma, historicamente, o conceito de saúde mental passou por transformações e ganhou amplitude, além da ideia de doença mental. Sob esta ótica as Políticas de Saúde Mental no Brasil foram construídas impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica e as ações em saúde mental passam a ser pensadas para a valorização da pessoa em sofrimento psíquico e resgate da cidadania (LANCETTI, AMARANTE, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHOc, 2013), saúde mental é uma parte integrante da capacidade do indivíduo para liderar uma vida plena, o que inclui, por exemplo: a capacidade para formar e manter relações, para estudar e trabalhar, para atividades de lazer, para tomar decisões diariamente e fazer escolhas.

Neste trabalho, o termo “cuidado em saúde” será tratado como sinônimo do termo “cuidado em saúde mental”. Isto porque na epistemologia da saúde mental (LANCETTI, AMARANTE, 2012) entendemos que não é possível prevenir ou promover saúde mental sem que a descrição dessas ações passem pelo cuidado em saúde de modo geral. A partir da noção dos “determinantes sociais em saúde” (BUSS, PELLEGRINI, 2007) entendemos que o modo como uma pessoa vive é o modo como ela adocece. O modo como se alimenta, como se exercita, como descansa, como trabalha (ou como não faz tudo isso), descreve o comportamento preventivo de adoecer ou promover saúde. Além disso, no âmbito da reforma psiquiátrica, a denominação “mental” – na junção do termo “saúde mental” – aparece apenas para justificar a quebra com o antigo modelo hegemônico e excludente dos quadros descritos como “doença mental”. Para além disso, não existe dicotomia corpo-mente que explique o adoecimento no corpo ou na mente separadamente. Vale ressaltar inclusive os marcadores dos critérios diagnósticos do DSM-V (e todos os anteriores), que são todos marcadores comportamentais – não há distinção corpo-mente nem mesmo nos DSMs.

Neste estudo; portanto, parte-se do reconhecimento da complexidade do conceito de saúde levando-se em consideração fatores físicos, mentais e sociais implicados na sensação de bem-estar. Acrescenta-se a tal perspectiva uma visão não estática de saúde e doença, compreendido como um processo dialético de manifestação de modos de vida, contextual e singular para cada sujeito em cada momento (LANCETTI, AMARANTE, 2012). Ou seja, compreende-se que a etiologia e o curso dos transtornos mentais são multifacetados e entende-se que há uma multideterminação para configuração do estado de saúde mental: determinada pela interação de diversos fatores de risco e proteção que contemplam dimensões pessoal; familiar; comunitária; institucional. Aqui, opta-se por estudar focalizando-se sob a dimensão pessoal, no âmbito do sujeito, com o objetivo de entender o que cada um pode fazer, de forma deliberada, para prevenir e dar manutenção à sua própria saúde. Nesse sentido, o autocuidado é entendido como a prática de atividades para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, realizadas pelo indivíduo em seu próprio benefício (OREM, 1991; WHOc, 2013), portanto, define-se como uma atividade auto reguladora, já que, quando efetivo promove autoconhecimento e equilíbrio do processo saúde-doença através de uma percepção acurada sobre si próprio.

Os Transtornos Mentais (TM), genericamente, são compreendidos como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa. Para a literatura, o sofrimento mental é tratado como sinônimo de Transtorno Mental Comum (TMC) que compreende sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade. A denominação de TMC refere-se a transtornos mentais menos rigorosos, sendo, às vezes, difusos e inespecíficos em comparação com outros quadros mais definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos vigentes. Todavia, como qualquer TM, os TMC tem impacto no desempenho em âmbitos pessoal, social, ocupacional e familiar, prejudicando a qualidade de vida e bem-estar do sujeito; bem como, geram alto custo social e econômico pois causam incapacitações graves e longas que elevam a demanda nos serviços de saúde (SOUZA ET AL, 2017; BRASIL, 2013; SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde estima que mais de 650 milhões de pessoas em todo o mundo devem atender critérios diagnósticos para transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade (WHOa, 2013), sendo que a ansiedade, por exemplo, apresenta-se como o transtorno mental mais frequente em vários países, como a Austrália, Estados Unidos, Alemanha, Holanda (DAMÁSIO, BORSA, KOLLER, 2014); fazendo-se mister; portanto,

pensar sobre cuidado e autocuidado em saúde mental. Em termos do impacto na economia nacional, os transtornos mentais estão associados a altas taxas de desemprego e também baixo desempenho e produtividade no trabalho. Um estudo atual do Fórum Econômico Mundial estima que o impacto global cumulativo dos transtornos mentais em termos de perda econômica será de 16 trilhões de dólares nos próximos 20 anos (WHOa, 2013).

Especificamente no Brasil, o último levantamento epidemiológico indicou que cerca de 5 milhões de brasileiros sofrem de algum transtorno mental severo e persistente, sendo o país com maior prevalência de transtornos mentais em adultos dentre os países latino-americanos (ABREU, BARLETTA, MURTA, 2015). Os transtornos mentais constituem 13% do impacto total dos problemas de saúde - considerando indicadores econômicos, taxas de morbidade e mortalidade -, superando tanto a doença cardiovascular como o câncer. Depressão é o terceiro principal contribuinte para tal impacto e espera-se que até 2030 seja a doença com maior ônus em países de alta renda. No Brasil, 7,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 4,1% da população, são afetados pela depressão e os transtornos mentais são uma das principais causas de afastamento do trabalho por invalidez (DAMÁSIO, BORSA, KOLLER, 2014).

Isto implicou, em 2011, mais de 1 bilhão de reais investidos em ações e programas extra hospitalares e mais de 525 milhões de reais em hospitais psiquiátricos. O custo da depressão e dos transtornos de ansiedade por perda de produtividade e uso dos serviços de saúde aloca-os como as cinco mais caras doenças, incluindo todos os agravos. Além do elevado custo emocional que os transtornos mentais representam para o próprio sujeito, familiares, cuidadores e os setores governamentais; depressão, ansiedade e outros transtornos mentais estão relacionados a enormes perdas de qualidade de vida (DAMÁSIO, BORSA, KOLLER, 2014; ABREU, BARLETTA, MURTA, 2015).

A saúde mental é necessária para levar uma vida feliz, social e economicamente produtiva e satisfeita. Ou seja, ter saúde mental é condição essencial para o desenvolvimento humano e prerrogativa para estruturação da vida. E, é nesta perspectiva, que surge a pergunta de pesquisa: **“O comportamento de autocuidado é fator de proteção para sofrimento mental?”** entendendo que o comportamento de autocuidado, sabidamente, produz qualidade de vida; a pergunta sustenta-se em descobrir se o autocuidado apresenta-se apenas enquanto condição que promove bem-estar ou *determinante* para prevenir sofrimento mental.

Destaca-se que esta questão norteadora orienta-se também a luz dos “determinantes sociais em saúde” (BUSS, PELLEGRINI, 2007); ou seja, não se tem a intenção de avaliar se o comportamento de autocuidado tem maior peso ou relevância para determinação do sofrimento

mental do que outras variáveis, como sociodemográficas ou contextuais. Mantem-se o entendimento da multideterminação para configuração do estado de saúde mental, apenas opta-se por direcionar o foco de estudo para uma dessas dimensões: a pessoal, buscando entender, no âmbito do sujeito, o que pode-se fazer, de forma deliberada, para prevenir e dar manutenção à sua própria saúde e o quanto esse comportamento de autocuidado impacta para prevenir uma condição de sofrimento mental. Nesse sentido, tem-se clareza de que a presença de sofrimento mental, caso venha a existir e esteja associada ao comportamento precário de autocuidado, não deve ser responsabilizada exclusivamente ao sujeito, uma vez que, mais variáveis são associadas para produzir a condição de saúde, reiterando sua condição de multideterminação.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão sistemática da literatura a fim de analisar a relação entre o comportamento de autocuidado & o sofrimento mental.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os estudos primários incluídos na síntese qualitativa de acordo com as seguintes variáveis: autores; ano; país; área de conhecimento; desenho do estudo; amostra; instrumento de mensuração dos desfechos.
- Identificar estratégias de autocuidado a partir dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa.
- Identificar intervenções em saúde produtoras de bem-estar/qualidade de vida a partir dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica desta dissertação foi construída a partir de uma revisão de literatura integrativa porque tinha como objetivo uma exploração inicial e abrangente sobre a temática com vistas a contextualizar e oferecer uma aproximação teórica aos constructos trabalhados na pesquisa. Portanto, foram utilizados tanto periódicos indexados, quanto livros e materiais oficiais, como cartilhas e cadernos do Ministério da Saúde e legislação de políticas de saúde. Entende-se que a fundamentação teórica a partir de uma revisão de literatura integrativa foi suficiente porque o objetivo geral, bem como a coleta, tratamento e síntese dos dados, cumpre o rigor sistemático para produção de evidências.

4.1. O AUTOCUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (OREM, 1991). Em consonância o constructo também é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS – *World Health Organization - WHOc*, 2013) como a capacidade dos indivíduos e comunidades de promover e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença e as incapacidades. Isso inclui: ter uma dieta balanceada, realizar exercício físico, participar de atividades sociais, ter comportamento de higiene e de prevenção.

Essas ações são afetadas por uma série de determinantes – os quais Orem (1991) nomeia de fatores condicionantes básicos de autocuidado –, tais como: idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de atendimento à saúde (modalidades de diagnóstico e de tratamento), fatores familiares, padrões da vida (engajamento regular em atividades), fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos (OREM, 1991).

A conduta do autocuidado apresenta-se; portanto, como uma problemática multidimensional, atravessada por diversos determinantes que interagem continuamente entre si e vão convergir para delinear uma prática efetiva, ou precária, de autocuidado. A qual vai depender de um processo de auto-observação e de uma participação ativa do sujeito, percebendo-se como centro de qualquer mudança em sua própria vida e saúde (NETA, SILVA, SILVA, 2015; GUERRERO-PACHECO, GALÁN-CUEVAS, CAPPELLO, 2017).

A partir das bases de dados Scielo e Periódicos Capes com os descritores: autocuidado AND saúde e autocuidado AND “saúde mental”, filtrando-se os últimos cinco anos, percebeu-se que o comportamento de autocuidado foi estudado majoritariamente sob o manejo de doenças crônicas, na lógica do tratamento e reabilitação; entretanto, identificam-se ainda os mesmos determinantes apontados por Orem (1991) como intervenientes na conduta do autocuidado. Jaimovich et al (2015) avaliaram se foi possível modificar condutas associadas ao sobrepeso e à obesidade a partir de um instrumento de auto diagnóstico de condutas de autocuidado relacionadas à alimentação. Concluíram que há possibilidade, entretanto, a alteração de conduta na prática do autocuidado é um processo complexo que depende mais do que a simples entrega de informação, e sim, de uma aprendizagem que integre fatores contextuais, cognitivos e afetivos, bem como, a participação efetiva do indivíduo.

Neta, Silva, Silva (2015) analisaram o autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia de Saúde da Família, em Teresina-PI. Os resultados mostraram que fatores de ordem pessoal, socioeconômica e cultural, podem influenciar o autogerenciamento dos cuidados. Também destacaram a importância da família como componente de motivação, uma vez que influencia na tomada de decisão. Da mesma forma os amigos exercem papel determinante na vida diária das pessoas; portanto seu apoio, associado ao apoio familiar, repercutem positivamente para a melhoria nas condutas de autocuidado.

Hermel, Pizzinato, Uribe (2015) também destacaram a preponderância dos fatores cultural e do apoio social para a implementação da conduta do autocuidado. Descreveram o apoio social como influente na saúde, tanto na moderação de impactos negativos, como promotor de saúde e de fatores protetivos; contribuindo para lidar com situações de estresse, crises ou vulnerabilidades e com momentos de incerteza. O apoio social propociona atenção, segurança e conforto, diminuindo o estresse e auxiliando no enfrentamento e na prevenção de riscos. Do ponto de vista cultural os autores colocaram o autocuidado como um conteúdo transmitido transgeracionalmente, determinado, especialmente, pelas concepções de gênero, representações sociais e fatores psicossociais do seio familiar e social.

Assunção, Fonseca, Silveira, Caldeira, Pinho (2017) que avaliaram o conhecimento e a atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde (APS) e fatores associados trouxeram a relevância das dimensões psicológica, emocional e motivacional para conduta do autocuidado. Seu estudo demonstrou que as adaptações psicológicas e emocionais negativas reduziram o envolvimento destes pacientes em seu tratamento e mesmo em estudos em que participantes diabéticos obtiveram bons escores de conhecimento não modificaram a

atitude para enfrentarem mais adequadamente a doença. Evidenciando que o conhecimento é apenas uma das variáveis que pode modificar as atitudes dos indivíduos, mas, isoladamente, não é suficiente. Evidenciaram também que atitudes positivas estão diretamente relacionadas à melhora nos processos de autocuidado e no enfrentamento da doença. Além disso, os autores concluíram que são necessárias mudanças na educação em saúde voltadas para motivação dos pacientes e da sociedade em geral para que condutas de autocuidado sejam incorporadas.

Assunção, Fonseca, Silveira, Caldeira, Pinho (2017) ainda apontaram que estudos têm mostrado que a idade interfere nas necessidades de saúde e que é uma variável que influencia no autocuidado. Da mesma forma, a escolaridade está diretamente vinculada ao autocuidado: quanto mais baixo o grau de escolaridade menor o autocuidado, porque indivíduos com baixa escolaridade, geralmente, apresentam maior grau de dificuldade no acesso à informação e ao processo de aprendizagem para a realização de cuidados em saúde.

Tal revisão de literatura em artigos científicos permitiu ainda identificar determinantes, não apontados por Orem (1991), que interferem na conduta do autocuidado. Para Lima et al (2016) as práticas de autocuidado constituem-se elementos indissociáveis das formas de vida, das cosmovisões e dos sistemas de valores e de significações de cada cultura local. Compreende-se; portanto, que a espiritualidade concebida enquanto valores, crenças e visão de mundo dos indivíduos – não arreigada a qualquer religião - influencia o estado de saúde e bem-estar, tanto por predizer um modo de ser e de agir, quanto por fomentar um sentido de vida e prevenir o vazio existencial.

Guerrero-Pacheco, Galán-Cuevas, Cappello (2017) buscaram identificar as variáveis sociodemográficas e psicológicas relacionadas com o autocuidado e a qualidade de vida em adultos mexicanos com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dentre as variáveis encontradas indicaram que a percepção positiva de autoeficácia estava significativamente relacionada à conduta do autocuidado: quando as pessoas com DM2 perceberam que possuíam recursos pessoais e materiais para cuidar de si mesmas, tiveram maior comportamento de autocuidado. Da mesma forma, sintomas associados à ansiedade e depressão afetaram consideravelmente o nível de autocuidado: o estado de saúde livre de ansiedade e depressão foram fatores determinantes para o autocuidado e a qualidade de vida.

Gómez (2017) procurou determinar em que medida os recursos de enfrentamento, a autoeficácia percebida, a saúde mental positiva e as crenças saudáveis, em interação, prediziam a ocorrência de orientações de autocuidado em uma amostra de 570 adultos jovens. Dentre seus achados estava que a prática de autocuidado tem relação diretamente positiva: com a resolução

de problemas, proporcionando baixos níveis de estresse psicossocial e queixas somáticas, bem como maior bem-estar subjetivo; com as habilidades sociais de regulação de impulsos, confiança, automonitoramento, autoestima e assertividade, que permitem aos sujeitos ajustar seu comportamento para evitar situações de risco; com os recursos de enfrentamento, que permitem o desenvolvimento de competências para lidar com situações estressantes; e com as demandas do contexto.

Gómez (2017) ainda indicou que as crenças saudáveis apareceram como potencializadoras de comportamento de autocuidado, na medida em que identificou que aqueles que tiveram crenças negativas sobre sua saúde apontaram uma tendência maior para estilos de enfrentamento pouco adaptativos e, portanto, não assumiram padrões eficazes de autocuidado. Evidenciou também uma correlação importante entre práticas de autocuidado e uma percepção positiva do sujeito sobre sua própria saúde. Apontou ainda que existem diferenças significativas na conduta de autocuidado entre mulheres e homens, sendo elas mais interessadas em práticas saudáveis.

Torna-se evidente que a conduta do autocuidado constitui-se uma problemática multidimensional, já que é atravessada por diversos determinantes que interagem continuamente entre si e vão convergir para delinear uma prática efetiva, ou precária, de autocuidado. A partir de tal embasamento fica evidente que a prática do autocuidado depende de um processo de auto-observação e de uma participação ativa do sujeito, percebendo-se como centro de qualquer mudança em sua própria vida e saúde. O autocuidado precário, ao longo do tempo, traz consequências prejudiciais para saúde física, mental e social das pessoas; entretanto, quando realizado eficazmente, contribui para a manutenção da integridade e funcionamento humano e para mudanças no estilo de vida que implicam em prevenção de saúde e redução de complicações em caso de tratamento (NETA, SILVA, SILVA, 2015; GUERRERO-PACHECO, GALÁN-CUEVAS, CAPPELLO, 2017).

Nesse contexto, de práticas efetivas de autocuidado, Hermel, Pizzinato, Uribe (2015) propõem duas direções que tais condutas zelosas proporcionam: uma em que o cuidado oferece maior empoderamento, e outra, em que o cuidado oferece um encontro consigo mesmo, a possibilidade de olhar para si próprio. O empoderamento está associado ao processo de aquisição de autoestima gerado a partir do aprendizado e exercido nas relações sociais democráticas, tem; portanto, uma dimensão pessoal, mas que requer, a dimensão social: não é puramente psicológico e nem exclusivamente social. O empoderamento, proporcionado pelo autocuidado, pode ser entendido como uma estratégia ou dispositivo no qual o sujeito se torna

consciente de que possui competência para produzir, criar, gerenciar e transformar sua própria vida e seus entornos, tornando-se protagonista de sua história.

O Olhar para si, a outra direção do autocuidado, vai ao encontro de um cuidado dirigido a si mesmo. Relaciona-se a processos mais subjetivos, de sensibilização em relação aos aspectos pessoais, de aumento da capacidade de autopercepção e autoconhecimento que vão direcionar as condutas de autocuidado para conjuntos específicos de atividades escolhidas pelo sujeito percebidas como fontes de saúde e bem-estar (HERMEL, PIZZINATO, URIBE, 2015).

4.2. O SOFRIMENTO MENTAL

Para a literatura, o sofrimento mental é tratado como sinônimo de Transtorno Mental Comum (TMC) que compreende sintomas como insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade; ou seja, sintomas depressivos, ansiosos e de somatização. De fato, na Atenção Primária à Saúde (APS) os transtornos mentais mais prevalentes são o depressivo, o de ansiedade e o somatoforme. Além disso, observa-se que, na grande maioria das vezes, essas síndromes apresentam-se interseccionadas, a partir de quadros mistos, e não como diagnóstico puro; ainda, compartilham fatores de risco e tem um curso clínico semelhante. Dessa forma, a fim de evitar que se sobreponham comorbidades ou que se sucedam diagnósticos no tempo - que nada mais seriam do que intensidades diferentes da mesma combinação de sintomas – é consenso que a manifestação desse grupo mistos de sintomas expressam o sofrimento mental comum (SOUZA ET AL, 2017; BRASIL, 2013).

Portanto, o sofrimento mental comum diz respeito a uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização). A denominação de TMC, então, refere-se a transtornos mentais menos rigorosos, sendo, às vezes, difusos e inespecíficos em comparação com outros quadros mais definidos pelos sistemas classificatórios e diagnósticos vigentes. Todavia, tem impacto no desempenho social, familiar e laboral do sujeito e, portanto, sua prevalência também deve receber atenção por parte das políticas públicas (SOUZA ET AL, 2017; BRASIL, 2013).

Os Transtornos Mentais (TM), genericamente, são compreendidos como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. São universais, pois atingem pessoas de todas as idades, escolaridades ou classes sociais; e geram alto custo

social e econômico pois causam incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde (BRASIL, 2013; SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Ou seja, os TM assumem valores baixos de mortalidade, mas, possuem um grande peso de incapacidade de longa duração, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, o ônus dos transtornos mentais foi subestimado durante muito tempo, principalmente porque a forma de avaliar seu impacto na saúde valorizava apenas os índices de mortalidade. Os TM só foram reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (que tem como indicador o DALY – *disability adjusted life of years* –, ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade). Nesse estudo, das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), a esquizofrenia (4%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%) (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS revelou que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de TM na população adulta de 15-59 anos, com índices elevados para os transtornos de ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SANTOS, SIQUEIRA, 2010). Do mesmo modo, os Transtornos Mentais Comum possuem significativa prevalência nas sociedades modernas, no Brasil, a prevalência de TMC na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUZA ET AL, 2017). Em algumas capitais do País, as taxas de prevalência de TMC, a partir da APS, chegam a ser maiores que 50%: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 57,7% em Porto Alegre e 64,3% em Fortaleza (GONÇALVEZ ET AL, 2014). No contexto mundial, as projeções para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entre as mais incapacitantes do ser humano (SOUZA ET AL, 2017).

Dentre os resultados apresentados no estudo de Santos e Siqueira (2010) encontra-se com relação às prevalências específicas por diagnósticos, tanto as estimativas de TM na vida ou no ano, o transtorno de ansiedade em primeiro lugar, seguido dos estados fóbicos e depressivos e o uso, abuso ou dependência do álcool. O conjunto de distúrbios delirantes (esquizofrenias, manias e outros quadros psicóticos) atingiu prevalências que variaram entre 1% e 4%. A distribuição da prevalência global de TM de acordo com o gênero revelou que os

transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas constituiu o principal problema de saúde mental no grupo masculino. Nas mulheres, houve predomínio dos transtornos de ansiedade, estados fóbicos, depressões e transtornos somatoformes. Em relação ao gênero e prevalência de TM os resultados encontram-se congruentes com os do estudo de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008).

Tomando-se a idade como referência, o estudo de Santos e Siqueira (2010) indicou que indivíduos na faixa etária entre 25 e 54 anos apresentam maiores índices de TM. O estudo de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) apresentou a faixa etária de maior incidência o período entre 30 e 39 anos de idade, seguida da faixa etária entre 19 e 29 anos, e entre os 40 e 49 anos. Do mesmo modo, Souza et al (2017) destacam a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns na idade adulta. Provável que esta fase apareça em realce porque é um período no qual, geralmente, tem peso as responsabilidades, pessoais, com a família, com o trabalho e a comunidade, muitas vezes, facilitando situações de estresse e vulnerabilidade e por consequência inaugurando um quadro de sofrimento mental (SOUZA ET AL, 2017).

No estudo estatístico-descritivo de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) foi investigada a incidência dos transtornos mentais em serviços de saúde mental de seis instituições públicas entre 1997 a 2001 e verificou-se que os casos de internação psiquiátrica ocorreram majoritariamente (66,2%) nos homens entre 30 a 49 anos, revelando que a doença mental incidiu na etapa mais produtiva da vida dos indivíduos adultos, caracterizada pela constituição e consolidação da vida familiar e profissional. Nas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para uma melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso de transtornos psiquiátricos. Grande parte desta produção está voltada para o papel dos chamados eventos de vida produtores de estresse (*stressful life events*) como fatores de risco para transtornos mentais não-psicóticos (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Talvez a maior dificuldade em se avaliar o papel dos determinantes sociais na iniciação e curso dos transtornos mentais repouse na possibilidade de causalidade bidirecional associada a estes eventos. Fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao aparecimento e/ou à maior severidade no curso de grande parte dos transtornos mentais. Por outro lado, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego, ruptura de relações pessoais. Portanto, distinguir fatores de risco de efeitos adversos constitui um dos grandes desafios (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Na América Latina, e no Brasil em particular, existem uma série de fatores que contribuem para a elevada prevalência de eventos de vida estressantes e de transtornos mentais na população, tais como processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual da renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003). Santos e Siqueira (2010) também acrescentam a baixa escolaridade, o estado civil (divorciado, separado ou viúvo), o trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo. Outrossim, tanto no contexto nacional quanto no internacional, reconhece-se ainda: o desempenho insatisfatório de papéis sociais; problemas interpessoais; internações hospitalares e problemas de saúde; abuso do tabaco e do álcool; sedentarismo; ser do sexo feminino; ser imigrante (SOUZA ET AL, 2017).

Alguns estudos avaliaram a associação entre a ocorrência de eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e a presença de transtornos mentais comuns (TMC) e identificaram, realmente, relação significativa entre os dois eventos (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003; SOUZA ET AL, 2017; GONÇALVEZ ET AL, 2014). Nestes estudos as variáveis sexo, situação conjugal, anos de estudo e renda foram majoritariamente avaliadas como associação positiva para TMC; entretanto, ressalta-se que os eventos de vida produtores de estresse são contexto-dependentes e portanto não há consenso na literatura sobre uma variável ser mais relevante que a outra para determinação do TMC. De todo modo, diante deste cenário, justifica-se a relevância e atuação de setores governamentais para prover condições de saúde direcionadas à uma assistência integral.

4.3. CENÁRIO E AGENDA DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) implementado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 consolida a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, promovendo uma reformulação da execução de políticas sociais e econômicas e assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde públicos e gratuitos. O SUS, portanto, a partir de uma Rede de Atenção à Saúde oferece condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde sob princípios da integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira buscando uma série de ressignificações no modelo de cuidado em saúde mental, até então biomédico e institucionalizado, redireciona o modelo assistencial em saúde mental a partir da construção da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental instituída pela Portaria nº3.088/11. Tendo como diretrizes e objetivos: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade; o combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; a diversificação das estratégias de cuidado; ênfase nos serviços de base territorial e comunitária; lógica do cuidado fundada na construção do projeto terapêutico singular; extensão do acesso à atenção psicossocial para população em geral.

Traz como pontos de atenção para o cuidado em saúde mental uma série de serviços que se apresentam substitutivos ao hospital psiquiátrico, como: os centros de saúde; os centros de convivência; os centros de atenção psicossocial (CAPS) para atendimento de usuários adultos, infante-juvenis e para aqueles que fazem uso e abuso de substâncias; o samu; as unidades de pronto atendimento (UPA), os pronto socorros em portas hospitalares; as comunidades terapêuticas; enfermarias em hospitais gerais (BRASIL, 2011).

A Lei nº 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica, orienta o cuidado nesses serviços ao afirmar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Teve como eixo norteador denunciar práticas asilares opressoras que feriam os direitos humanos dos usuários no campo da saúde mental e construir um novo estatuto social para o doente mental que o garanta cidadania, respeito aos seus direitos, à sua individualidade e à sua convivência com a sociedade. Traz como direitos do doente mental ser tratado com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a internação dos portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

O Sistema Único de Saúde; portanto, organiza-se em três níveis de atenção em acesso universal, igualitário e ordenado (BRASIL, 2011). Tradicionalmente, a agenda da saúde pública ocupa-se, sobretudo, do combate a doenças infecciosas e parasitárias; de políticas de fornecimento de água potável, saneamento básico, melhorias no ambiente urbano e limpeza das cidades; de políticas de que favoreçam a equidade social, acesso a serviços eficazes de saúde

para toda a população (ROUQUAYROL, FILHO, 1999; MEDRONHO, 2009). O que implica em estratégias de ações de saúde pública contextualizadas e descentralizadas, pautadas em indicadores de saúde de cada região de saúde do país, considerando a diversidade de cada região e de cada grupo populacional e o trabalho em conjunto com demais setores institucionais (assistência social, habitação, educação, saneamento, transporte).

Considerando-se o processo de transição demográfica brasileiro verifica-se que o país teve o perfil demográfico totalmente transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e risco de morte elevado na infância, passa-se a uma sociedade predominantemente urbana, com arranjos familiares diversos, com ou sem filhos, e risco de morte reduzido na infância. Quanto a estrutura etária, uma população predominante jovem em 1950 e 1960, que iniciou o processo de envelhecimento em 1970, e nos dias atuais, observa-se um contingente cada vez mais importante de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONCELOS, GOMES, 2012).

Destacam-se, ainda, diferenças sociais e econômicas entre as macrorregiões brasileiras - intrinsecamente vinculadas ao processo histórico de desenvolvimento, industrialização e urbanização de cada região – que explicam os diferentes níveis e ritmos de queda dos indicadores de mortalidade e fecundidade. O que corrobora para que a transição demográfica não tenha ocorrido de maneira simultânea, tampouco homogênea, ao longo do território brasileiro (VASCONCELOS, GOMES, 2012). Contribuindo para o processo de transição demográfica, do ponto de vista das políticas públicas, destacam-se as ações que proporcionaram maior acesso da população a redes de água e esgotamento sanitário e as políticas públicas em saúde que favoreceram maior acesso às ações, programas e serviços de saúde, às campanhas de vacinação que contribuíram decisivamente para a redução dos níveis de mortalidade no país e para o aumento da esperança de vida ao nascer da população brasileira.

Referente à transição epidemiológica, processo de mudança na incidência ou na prevalência de doenças (padrões de morbidade) e nas principais causas de morte de uma população ao longo do tempo - que em geral, ocorre em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas – identificam-se três mudanças básicas: a principal causa de morte deixa de ser por doenças transmissíveis e vem a ser por doenças não transmissíveis ou causas externas (acidentes e violências); a maior carga de morbidade deixa de ser dos idosos e passa a ser dos grupos mais jovens e; a morbidade passa a ser predominante sob a mortalidade. Isto relaciona-se com a progressiva melhora do padrão de vida das populações (habitação,

saneamento, alimentação, educação) e com o progresso da medicina (antibióticos, vacinas) (ROUQUAYROL, FILHO, 1999; MEDRONHO, 2009).

O Brasil, em especial, apresenta uma situação diferente da verificada nos demais países em desenvolvimento. Verifica-se uma polarização epidemiológica (transição e contra transição) com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas (como nos países desenvolvidos e em desenvolvimento), mais também, altas taxas de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias (doença de Chagas, esquistossomose, malária ocasionando uma situação grave na Amazônia, surtos de dengue), cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com as taxas de países desenvolvidos e de outros países da América Latina: mais do dobro da taxa verificada no Chile e quase quatro vezes a taxa verificada em Cuba (ARAÚJO, 2012).

Outra característica marcante dos índices da morbidade e mortalidade no Brasil é a disparidade entre as regiões Sul, Sudeste e Nordeste, que representam os extremos em termos de indicadores de saúde. Observa-se assim, no Brasil, ao lado da polarização entre tipos de agravos à saúde (doenças crônico-degenerativas X doenças infecciosas e parasitárias), um outro tipo de polarização: a geográfica, significando a existência de regiões com padrões de saúde comparáveis aos dos países desenvolvidos e regiões com índices de mortalidade comparáveis aos dos países mais pobres do hemisfério sul. Existe ainda a polarização social que se manifesta pelos desníveis nos indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais, dentro de uma mesma região, estado ou cidade. Ela é uma expressão das desigualdades de renda, da carência, de alimentação, moradia, saneamento, educação e, também, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2012).

Por último, a transição nutricional refere-se as mudanças no perfil alimentar e estilo de vida da população. Relaciona-se diretamente com as alterações nos hábitos de vida das pessoas, como: a redução da atividade física e aumento do sedentarismo e também com as mudanças nos hábitos alimentares: do consumo de alimentos naturais e nutritivos para o consumo de alimentos artificiais e ultra processados. Isto favoreceu a transição de uma população, anteriormente desnutrida para uma população obesa, devido ao consumo exagerado de alimentos, sobretudo, ricos em carboidratos (SCHMIDT ET AL, 2011).

Dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias, realizadas em áreas metropolitanas do Brasil entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis - de até 400% - na

compra de alimentos processados, como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos (SCHMIDT ET AL, 2011). Destaca-se que o padrão alimentar de uma população pode influenciar até mesmo na sua expectativa de vida, na medida em que, uma alimentação precária está associada a maior risco de doenças crônicas, como: diabetes, doenças renais, cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais.

No Brasil e no mundo, com os processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional, a carga de doenças relacionadas aos agravos não transmissíveis (doenças do coração; câncer; obesidade; violências/acidentes; doenças do trabalho; transtornos mentais) tem-se elevado rapidamente: combinação das altas taxas de prevalência, o início cada vez mais precoce, a redução da qualidade de vida; portanto, sua prevenção tem sido um grande desafio para saúde pública (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Dentro do campo da prevenção e promoção de saúde, a Organização Mundial da Saúde destaca a importância da conscientização e da educação em saúde (WHOa, 2013). As atividades preventivas em saúde mental têm por objetivo diminuir a incidência e a prevalência de transtornos mentais, por isso, têm ganhado destaque como uma prioridade da saúde pública ao se configurar como alternativa efetiva frente aos altos custos financeiros, emocionais e sociais dos transtornos mentais. Entretanto, embora tenha se percebido avanços em pesquisas acerca da prevenção em saúde mental no Brasil, a atuação profissional qualificada em atividades preventivas em saúde mental ainda é frágil, quando comparada ao tratamento e a reabilitação (ABREU; BARLETTA; MURTA, 2015).

A revisão de literatura de Abreu, Miranda e Murta (2016) objetivou identificar os centros de pesquisa brasileiros que desenvolvem intervenções preventivas em saúde mental. Foram incluídos 25 artigos científicos que descreveram 42 intervenções, nota-se a predominância de intervenções em grupo, de longa duração, realizadas em escolas, baseadas no modelo teórico comportamental e cognitivo-comportamental, focadas na promoção de habilidades sociais. Algumas fragilidades identificadas foram: a escassez de intervenções para a população adulta e a ausência de intervenções para idosos. A menor parte dos estudos foi apoiado por agências de fomento à pesquisa, grande parte dos centros de pesquisa se encontram na região sudeste e nenhum deles na região norte do Brasil. Destaca-se que o número crescente de artigos ao longo dos anos sugere que a área de prevenção em saúde mental no Brasil tem progredido (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

No campo da promoção em saúde as atividades visam a educação em saúde e adoção de políticas capazes de habilitar o indivíduo a melhorar e aumentar o seu controle sobre a sua

saúde. Dessa forma, a promoção da saúde tem como objetivo promover a autonomia da população para liderarem o desenvolvimento de sua saúde e a manutenção de seu bem-estar físico, mental e social (ABREU; BARLETTA; MURTA, 2015; ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde define uma série de atividades como específicas para cuidado em saúde mental, que em essência descrevem ações de autocuidado passíveis de serem implementadas como ações de promoção em saúde mental: passar tempo com os membros da família em atividades divertidas; fortalecer as boas relações entre os membros da família e com vizinhos; participar em atividades comunitárias; praticar atividades de relaxamento, como passatempos, meditação, ouvir música. Indica que fazer coisas divertidas, que se gosta e ter tempo de lazer compensam o estresse experimentado na rotina diária e traz equilíbrio de volta à vida, faz com que o corpo e a mente reenergizem-se e preparem-se para o dia seguinte. A OMS sugere também: desenvolver uma visão de mundo positiva; discutir e resolver problemas de maneira construtiva; descansar, dormir e relaxar. Estar regularmente sem dormir prejudica a concentração e a capacidade produtiva e declina os níveis de energia; portanto, o descanso tem um papel fundamental no autocuidado e na boa saúde, sendo vital, inclusive, para diminuir o estresse (WHOc, 2013).

Destarte, os transtornos mentais ainda configuram-se como um desafio aos programas e ações de prevenção e promoção em saúde, o relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa esfera. Entretanto, sabe-se ainda que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que consiste em um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial, sistemático e reproduzível, para responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada. Utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, bem como, sintetizar o conjunto de evidências dos estudos incluídos na revisão. Portanto, a revisão sistemática permite obter uma visão geral e confiável do fenômeno porque sua estrutura metodológica constitui-se como um sumário de evidências provenientes de estudos primários já que é conduzida para responder uma questão específica de pesquisa (COCHRANE, 2017).

As principais características de uma revisão sistemática são: ter um conjunto de objetivos claramente definidos com critérios de elegibilidade pré-definidos para os estudos; uma metodologia explícita e reproduzível; uma busca sistemática que tenta identificar todos os estudos que atendem aos critérios de elegibilidade; uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos; e uma apresentação sistemática e síntese das características e resultados dos estudos incluídos. A revisão sistemática é atualmente a forma de evidência mais confiável para a tomada de decisões em saúde porque minimiza o risco de vieses e fornece resultados mais confiáveis. Portanto, este tipo de estudo gera evidências para a tomada de decisão, contribuindo para avaliação dos riscos e benefícios das intervenções; também fornece subsídios para o desenvolvimento de diretrizes assistenciais; e ainda, proporciona informações sobre estudos prévios auxiliando os profissionais da saúde a manterem-se atualizados (COCHRANE, 2017, MEDRONHO, 2009).

Portanto, a partir dos resultados acredita-se que poderão ser aprimoradas as intervenções em promoção e prevenção de saúde mental para a população, adequadas ao atual contexto de morbimortalidade do país. Logo, em relação à sua natureza classifica-se como uma pesquisa aplicada, porque tem a intenção que seus resultados identifiquem possibilidades práticas para intervir na realidade, na medida em que, o conhecimento da carga de agravos que subsiste na população é essencial para as autoridades em saúde e esse conhecimento permite melhor utilização de recursos através da identificação e planejamento de programas e políticas de saúde prioritários à esta população (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010).

5.2. FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

Como primeiro passo para o desenvolvimento da revisão sistemática destaca-se a boa construção da pergunta de pesquisa (COCHRANE, 2017), para tanto, a prática baseada em evidências propõem que os problemas sejam decompostos utilizando-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo, sendo: P para paciente ou população, I para intervenção, C para comparação e O para *outcome* (desfecho). Os quatro componentes desta estratégia constituem-se os elementos fundamentais para construção da questão ou problema de pesquisa. A utilização da estratégia PICO justifica-se porque a pergunta de pesquisa adequada possibilita a definição correta de quais informações ou evidências são necessárias para a resolução da questão de pesquisa; também maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007). Sendo assim, a tabela a seguir apresenta a formulação da pergunta de pesquisa a partir da estratégia PICO.

Tabela 1 – Componentes da pergunta de pesquisa, seguindo-se o acrônimo PICO

| Descrição | Abreviação | Componentes da pergunta |
|---------------------|------------|---|
| População | P | Produção científica (estudos primários) sobre autocuidado & sofrimento mental |
| Intervenção | I | Comportamento de autocuidado |
| Comparação | C | Sem comparação |
| Outcome ou Desfecho | O | Bem-estar psicológico (ausência de TMC) |

Esta estratégia permitiu formular a seguinte questão norteadora: *O comportamento de autocuidado é fator de proteção para sofrimento mental?*

5.3. FONTES DE COLETA DE DADOS

Para o início da segunda etapa de localização e seleção dos estudos primários foram elegidas oito bases de dados. A definição por tais bases deu-se pelos critérios de relevância para o escopo temático, representatividade na área da saúde e abrangência latino-americana – por apresentar maior proximidade cultural com o país em que a pesquisa é desenvolvida – e também aquelas com alcance mundial por entender sua relevância científica. A tabela abaixo contém a listagem das bases selecionadas bem como sua especificação.

Tabela 2 – Listagem das bases de dados e suas especificações.

| Nº | Bases de Dados | Especificação |
|----|------------------|---|
| 1 | BDENF | Específica da literatura científica sobre enfermagem gerada no Brasil. |
| 2 | CINAHL | Base de dados internacional de informação científica em enfermagem e em saúde. |
| 3 | Cochrane Library | Abrange literatura científica cujos textos desenvolvem a prática clínica baseada em evidências. |

| | | |
|---|----------------|--|
| 4 | LILACS | Especializada em área de ciências da saúde, internacional, com abrangência na América Latina e Caribe. |
| 5 | PUBMED | Especializada na área de ciências médicas, biomédicas e ciências da vida, internacional. |
| 6 | SCIELO | Biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. |
| 7 | SCOPUS | Internacional, com indexação mais ampla de revistas latino-americanas. |
| 8 | WEB OF SCIENCE | É o conjunto de bases de dados compiladas pelo Institute for Scientific Information – ISI. Contêm artigos de periódicos e documentos científicos nas áreas de ciências, ciências sociais, artes e humanidades. |

5.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Primeiramente identificou-se descritores adequados para abranger os estudos relevantes sobre o tema, sempre verificando se o descritor continha congruência semântica com o constructo que se procurava pesquisar. A estratégia consistiu na utilização tanto do thesaurus (vocabulário controlado) do Mesh (*medical subject headings* “diretório de matérias médicas”) quanto do DeCS (descritores em ciências da saúde). Além disso, a autora também inseriu palavras-chaves que considerou relevante de acordo com sua revisão prévia de literatura.

Tabela 3 – Tabela de descritores.

| Eixo temático | Descritores (inglês, espanhol e português) | Fonte | Definição | Sinônimos selecionados |
|--------------------------|--|-------|--|--|
| SOFRIMENTO MENTAL | Stress, Psychological | Mesh | Estresse em que fatores emocionais predominam | Psychological Stress; Psychological Stresses; Life Stress; Life Stresses; Psychologic Stress; Psychological Stressor; Psychological Stressors; Emotional Stress; Mental Suffering; Anguish |
| | Mental Disorders | Mesh | Doenças psiquiátricas ou doenças manifestas por colapsos nos processos de adaptação manifestos, principalmente, por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo angústias ou comprometimentos das funções. | Mental Disorder; Behavior Disorders; Emotionally Disturbed; Common Mental Disorder; Common Mental Disorders |
| | Estrés Psicológico | Decs | Estresse em que predominam fatores os emocionais | Estrés relacionado con los aspectos de la vida; Estrés Emocional; Tensión Vital; Tensión de la Vida; Sufrimiento Psíquico; Sufrimiento Mental |
| | Trastornos Mentales | Decs | Doenças psiquiátricas que se manifestam por rupturas no processo de adaptação expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento. | Trastorno del comportamiento; Trastornos del comportamiento; Enfermedad mental; Trastorno Mental Común; Trastornos Mentales Comunes |

| | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------|---|---|
| | Estresse Psicológico | Decs | Estresse em que predominam fatores os emocionais | Estresse da Vida; Estresse Relacionado a Aspectos da Vida; Angústia; Estresse Emocional; Tensão Vital; Tensão da Vida; Sofrimento Psíquico; Sofrimento Mental |
| | Transtornos Mentais | Decs | Doenças psiquiátricas que se manifestam por rupturas no processo de adaptação expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento. | Transtorno Mental; Transtorno do Comportamento; Transtornos do Comportamento; Doença Mental; Transtorno Mental Comum; Transtornos Mentais Comuns |
| AUTOCUIDADO | Self Care | Mesh | Cuidar de si mesmo quando doente ou adotar ações positivas e comportamentos para prevenir doenças. | Self Care; Self-Care |
| | Healthy Lifestyle | Mesh | Um padrão de comportamento envolvendo as escolhas de um estilo de vida que garantem uma ótima saúde. Exemplos são: comer bem; manter o bem-estar físico, emocional e espiritual e adotar medidas preventivas contra doenças transmissíveis. | Healthy Lifestyle; Healthy Life Styles; Healthy Lifestyles; Healthy Life Style; psychological well-being |
| | Autocuidado | Decs | Cuidado para consigo mesmo quando doente ou tomada de ações e adoção de comportamentos positivos para prevenção de doenças. | Autoayuda |
| | Estilo de Vida Saludable | Decs | Padrão de comportamento que envolve escolhas de estilo de vida que garantem a saúde ótima. Exemplos incluem comer bem, manter o bem-estar físico, emocional e espiritual e adotar medidas contra doenças transmissíveis. | Comportamiento saludable; Comportamientos saludables; Conducta Saludable; Conductas saludables; Estilos de vida saludables; Hábito saludable; Hábitos saludables; Prácticas saludables; Vida sana; bienestar psicológico |
| | Autocuidado | Decs | Cuidado para consigo mesmo quando doente ou tomada de ações e adoção de comportamentos positivos para prevenção de doenças. | Autoajuda |
| | Estilo de Vida Saudável | Decs | Padrão de comportamento que envolve escolhas de estilo de vida que garantem a saúde ótima. Exemplos incluem comer bem, manter o bem-estar físico, emocional e espiritual e adotar medidas contra doenças transmissíveis. | Comportamento Saudável; Comportamentos Saudáveis; Conduta Saudável; Condutas Saudáveis; Estilos de Vida Saudável; Estilos de Vida Saudáveis; Hábito Saudável; Hábitos Saudáveis; Práticas Saudáveis; Vida Sadia; bem-estar psicológico; bem estar psicológico |
| | Protective Factors | Mesh | Aspecto do comportamento pessoal ou estilo de vida, | Protective Factors; Protective Factor |

| | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------|--|---|
| FATOR DE PROTEÇÃO | | | exposição ambiental ou característica inata ou hereditária, que, com base em evidências epidemiológicas, é conhecida por estar associada à prevenção ou mitigação de uma condição relacionada à saúde considerada importante para prevenir. | |
| | Adaptation, Psychological | Mesh | Um estado de harmonia entre as necessidades internas e as demandas externas e os processos usados para alcançar essa condição. | Psychologic Adaptation; Psychological Adaptation; Coping Behavior; Coping Behaviors; Coping Skills; Coping Skill; Adaptive Behavior; Adaptive Behaviors |
| | Factores Protectores | Decs | Aspecto do comportamento ou do estilo de vida pessoal, exposição ambiental ou característica herdada ou inata que, baseada em evidência epidemiológica, é conhecido por estar associado com a prevenção ou mitigação de uma condição considerada importante a ser prevenida. | Factores de protección; Factor de protección |
| | Adaptación Psicológica | Decs | Estado de harmonia entre as necessidades internas e as exigências externas, e os processos usados na conquista desta condição. | Comportamiento de Enfrentamiento; Estrategias de Enfrentamiento; Comportamiento adaptativo; Estrategia de Adaptación |
| | Fatores de Proteção | Decs | Aspecto do comportamento ou do estilo de vida pessoal, exposição ambiental ou característica herdada ou inata que, baseada em evidência epidemiológica, é conhecido por estar associado com a prevenção ou mitigação de uma condição considerada importante a ser prevenida. | Fatores Protectores; Fator de Proteção |
| | Adaptação Psicológica | Decs | Estado de harmonia entre as necessidades internas e as exigências externas, e os processos usados na conquista desta condição. | Enfrentamento; Comportamento de Enfrentamento; Estratégias de Enfrentamento; Comportamento Adaptativo; Estratégia de Adaptação |

Concluída a listagem dos descritores, iniciou-se o processo de construção das estratégias de busca a partir da utilização dos operadores booleanos, levando-se em conta as características peculiares de cada base de dados para construção das estratégias de busca (apêndice 1). Essas três etapas descritas: definição das bases de dados; avaliação dos descritores e; construção das estratégias de busca foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2018. Todos esses procedimentos minuciosos justificam-se porque a busca de evidências requer

adequada definição da pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica de evidências na literatura, que facilitam e maximizam o alcance da pesquisa (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

Por último, em dezembro de 2018, realizou-se; então, as buscas em cada uma das oito bases de dados, a partir dos campos título, palavras-chave e resumo. O acesso as bases de dados foi por meio da redeUFSC, da Universidade Federal de Santa Catarina. As produções científicas coletadas foram exportadas para o gerenciador bibliográfico Mendeley, a fim de garantir que nenhuma publicação fosse acidentalmente descartada da revisão sistemática, bem como, que o processo de manuseio das publicações fosse facilitado pela própria estrutura do software.

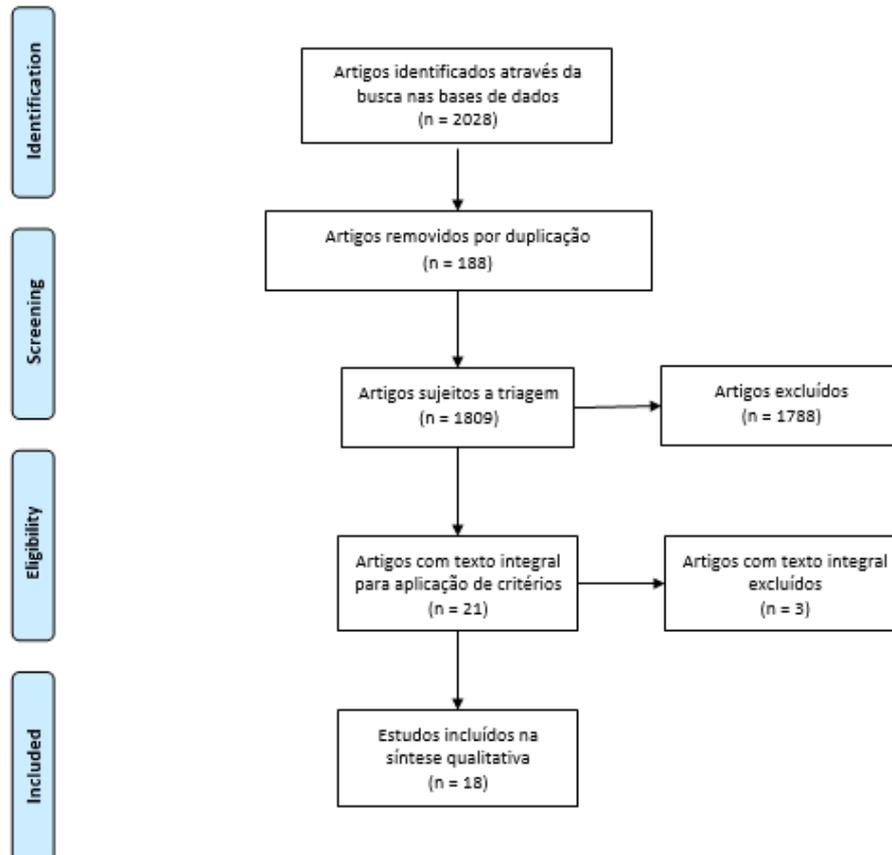
Tabela 4 – Resultados de estudos primários por bases de dados conforme estratégia de busca em anexo 1, dezembro/2018.

| Nº | Bases de dados | Nº de estudos primários |
|-----------|-----------------------|--------------------------------|
| 1 | BDEF | 9 |
| 2 | CINAHL | 4 |
| 3 | Cochrane Library | 23 |
| 4 | LILACS | 12 |
| 5 | PUBMED | 1.438 |
| 6 | SCIELO | 3 |
| 7 | SCOPUS | 528 |
| 8 | WEB OF SCIENCE | 11 |
| | TOTAL | 2.028 |

5.5. SELEÇÃO E AVALIAÇÃO INICIAL DOS ESTUDOS

A análise dos dados deu-se de acordo com o *fluxograma prisma (Flow Diagram)* que possui quatro grandes etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão.

Figura 1 – Análise dos dados de acordo com o *fluxograma prisma (Flow Diagram)*



Sistematicamente, consistiu nos seguintes passos: os 2.028 estudos primários identificados foram organizados no Mendeley, foram excluídos os duplicados, excluídos 10 documentos importados sob a nomeação de *no title*, que não carregavam qualquer informação, 11 entrevistas e 10 editoriais porque o interesse da pesquisa é pela evidência científica e os dois últimos são tipos textuais repletos de opinião e subjetividade. O processo de triagem deu-se pela avaliação a partir de título, palavras-chave e resumo, feita individual e simultaneamente por duas avaliadoras, de todos os 1.809 estudos, selecionando-se os que completavam os critérios de inclusão. Ao final desse processo, as duas avaliadoras chegaram a uma planilha com 62 artigos, dentre os quais haviam concordâncias e discrepâncias, elas dialogaram e reavaliaram esses artigos chegando a uma planilha final com 40 artigos que repassaram a um terceiro avaliador para validar os critérios de inclusão frente aos estudos selecionados. O conjunto

desses três avaliadores definiu os estudos primários que foram lidos na íntegra e aplicado os critérios de inclusão (N=24).

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos que tratavam da relação entre autocuidado & sofrimento mental, tendo portanto os dois constructos ou seus similares. Foram considerados similares para autocuidado: resiliência, autoeficácia, autogestão, estilo de vida saudável, bem-estar, bem-estar psicológico ou a descrição do comportamento de autocuidado sem nomeá-lo. Para sofrimento mental: stress psicológico, stress (excluindo a literatura típica de coping), depressão, ansiedade, somatização, sofrimento, tristeza, angústia.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados aqueles estudos que avaliaram apenas comportamento de autocuidado, sem relacioná-lo ao sofrimento mental; aqueles que avaliaram comportamento de autocuidado exclusivamente relacionado ao manejo de doenças crônicas, como diabetes ou hipertensão arterial; aqueles que avaliaram apenas o sofrimento mental, sem relacioná-lo com o autocuidado; aqueles que estudaram transtornos mentais graves e psicoses; aqueles que estudaram transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias.

Posteriormente, quando foi-se localizar os estudos selecionados para leitura na íntegra (N=24) verificou-se que um foi publicado somente no idioma alemão, o que impossibilitou a leitura, e dois não se conseguiu acesso por nenhuma plataforma. Dessa forma, foi feita a leitura na íntegra de 21 estudos, mais uma vez, avaliando-se se cumpriam os critérios de inclusão. Três não cumpriram e foram excluídos da revisão sistemática. Os estudos incluídos, então, foram analisados com vistas a responder os objetivos e a pergunta de pesquisa que deram origem ao processo de revisão sistemática.

6. SÍNTESE DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS

Foram encontrados 18 artigos que tratam da relação entre autocuidado & sofrimento mental, desses, 11 com enfoque sobre as dimensões do autocuidado, passíveis de identificar-se estratégias de autocuidado e 7 que relatam intervenções produtoras de bem-estar. A partir da tabela 5 que contém a descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa (apêndice 2) percebe-se que há uma crescente produção científica, com intervalos cada vez mais próximos entre os anos de publicações e destaques para os anos de 2009 com 3 estudos, 2013 também 3 estudos e 2015 com 4 estudos. A maioria dos estudos (9) são desenvolvidos nos Estados Unidos, seguido da China (3) e Austrália (2).

Todos os estudos são produzidos por departamentos da área da saúde e não verifica-se prevalência de áreas específicas. Há predomínio de estudos com cortes transversais (5), seguido de estudos de intervenção (4) e então igualmente distribuídos entre desenhos de: survey (3), ensaio clínico randomizado (3) e qualitativo (3). Quando observa-se os estudos de intervenção junto aos ensaios clínicos randomizados, verifica-se que a maioria (5) compara com grupo controle, entretanto, apenas 3 realizam o *follow-up*.

Percebe-se ainda que grande parte dos estudos (6) tem como amostra alunos da área da saúde, como medicina e enfermagem, seguido de recortes de base populacional (3) e com escolares (3). Quanto aos instrumentos de mensuração, verifica-se que apenas 2 estudos não utilizam nenhum instrumento. Para mensuração do sofrimento mental o instrumento mais utilizado é o *The Perceived Stress Scale* por 4 estudos, seguido do *Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS)* por 3 estudos, depois o *Kessler Psychological Distress Scale (K10)* por 2 estudos. Para avaliação do bem-estar/autocuidado o único instrumento que coincide em 2 estudos é o *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMRS-R)*.

Ao todo são verificados 15 diferentes instrumentos para mensurar sofrimento mental (depressão, ansiedade, estresse) e 7 instrumentos diversificados para avaliar bem-estar psicológico. Destaca-se também o instrumento *Brief COPE* identificado em 3 estudos para mensurar as estratégias de enfrentamento. Ademais identificam-se instrumentos para avaliar suporte social, otimismo e habilidades sociais. A tabela 5, anexo 2, contém a descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa da qual foram retiradas todas estas informações descritivas.

Dimensões e estratégias de autocuidado

De acordo com Meng & D'Arcy (2015) o bem-estar psicológico e o sofrimento mental são componentes correlacionados para saúde mental e/ou transtorno mental. Realizaram uma pesquisa de base populacional (N=36.984) no Canadá e confirmaram a hipótese que: o sofrimento mental foi positivamente relacionado à estratégias de enfrentamento negativas, e negativamente relacionado à estratégias de enfrentamento positivas. Ainda, que as estratégias de enfrentamento positivas previram um maior nível de bem-estar psicológico. Os resultados ainda sugeriram que o sofrimento mental foi o preditor mais importante para o bem-estar psicológico. As estratégias de enfrentamento negativas tiveram um grande impacto no sofrimento mental para todos os subgrupos demográficos; entretanto, para a população com transtornos mentais, o sofrimento foi a correlação mais importante na determinação do bem-estar psicológico; mais do que às estratégias de enfrentamento. Este dado sugere que o sofrimento mental quando atinge certas proporções torna-se altamente incapacitante, destacando a relevância de implementar programas de prevenção e promoção de saúde mental focados em estimular hábitos de vida saudável.

A revisão de literatura de Li & Lambert (2007) e de Roohafza et al (2009), em consonância com Meng & D'Arcy (2015), também identificaram que as estratégias de enfrentamento positivas ou adaptativas (como: resignificação, resolução de problemas planejada, apoio social) foram associadas ao estado de bem-estar psicológico; enquanto que, as estratégias de enfrentamento negativas ou desadaptativas (como: distanciamento, fuga-evitação) foram associadas ao estado de bem-estar psicológico negativo ou sofrimento mental. Este dado pode sugerir que não basta desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com os obstáculos, desafios ou doenças; faz-se necessário desenvolver estratégias eficazes, que realmente desenvolvam um comportamento de saúde e lidem com a situação posta. A partir da literatura é importante identificar quais são essas estratégias positivas ou adaptativas de modo que possam ser incorporadas aos programas de promoção de saúde mental e qualidade de vida para a população.

Proudfoot et al (2015) investigaram o uso de estratégias positivas pelos homens australianos a partir de uma pesquisa on-line nacional (N=465) e mostraram uma relação inversa entre risco de depressão dos participantes e uso regular de estratégias de autocuidado. Como primeiro resultado identificaram que os homens utilizavam estratégias diferentes para prevenir e para lidar com o sofrimento, a depender do humor e da presença ou severidade dos sintomas. As estratégias de prevenção mais destacadas foram: ter uma dieta saudável, manter-

se ocupado, exercitar-se, usar o humor para aliviar e reformular os pensamentos e sentimentos, fazer algo para ajudar outra pessoa, recompensar a si mesmo com algo agradável, alcançar algo (meta), distrair a si mesmo de pensamentos ou emoções/sensações negativas. Os autores consideraram que todas as estratégias podem ser integradas em três categorias: atividades agradáveis, relações ou conexões sociais, e implementar a saúde física. Apareceram ainda como estratégias de prevenção ao sofrimento mental: escutar música, ler, viajar, tirar fotos, escrever, tocar instrumentos musicais, cozinhar, se masturbar, relação sexual, assistir filmes, estar junto da natureza, ter uma rotina, ter objetivos/projeto de vida.

Dentre as estratégias de autocuidado para lidar com o sofrimento mental foram indicadas: ter um tempo livre, recompensar a si mesmo com algo agradável, manter-se ocupado, exercitar-se, passar tempo junto à animal de estimação, alcançar algo (meta), fazer algo para ajudar outra pessoa, conversar com alguém próximo e confiável sobre o problema, chorar, perceber os pensamentos e mudar a perspectiva. A grande variedade de estratégias apresentadas mostrou que os homens vêem sua saúde mental integrada à sua saúde física, valorizam suas conexões sociais, ajudando e conversando com os outros. Parecem lidar bem com alguns obstáculos, fazendo uso de recompensas, senso de humor, e não sendo muito duros consigo mesmo. Esses achados vão ao encontro de uma pesquisa australiana anterior, que descobriu que intervenções de estilo de vida (como atividade física e relaxamento) são úteis para promover saúde mental (PROUDFOOT ET AL, 2015).

McKenzie & Harris (2013) descreveram como estratégias de autocuidado utilizadas para mudar ou manter um comportamento saudável: incorporar novos hábitos e atividades saudáveis; aprender a dizer *não*, empoderar-se; atividade física; dieta nutritiva; esquematizar metas e alcançá-las, passo a passo, na medida em que vê-se os resultados inspira-se a continuar; meditação regular; fazer uso de seu suporte social; e ter comprometimento consigo mesmo para mudar o comportamento disfuncional. Os autores consideram que a ênfase – principais moderadores - está no sujeito criar estratégias capazes de: controlar os gatilhos ambientais (estressores externos), construir e fazer uso do apoio social, e a avaliação de suas crenças ou valores sobre o comportamento identificando hábitos e crenças ineficazes.

O estudo de Kinnier et al (2009) trouxe que sujeito acreditar no seu tratamento e na sua recuperação pode ser o preditor de recuperação mais importante. Verificaram que os indivíduos atribuíram a recuperação ao desejo e ao compromisso de mudar, acreditando na sua própria capacidade de assumir o controle da situação, no seu senso de poder e responsabilidade. Ao encontro do estudo de McKenzie & Harris (2013) que descreveram o empoderamento e

comprometimento como estratégias de autocuidado. Para além disso, esse dado destaca a subjetividade do processo de saúde-doença, a intervenção que é proposta, as estratégias de autocuidado devem fazer sentido para o sujeito, de forma que ele acredite que será eficaz; porque somente desta forma, realmente será. Uma proposta de cuidado verticalizada, descolada da história de vida do sujeito, acaba não sendo implementada como estilo de vida, não há produção de saúde.

Lyon (2002), corroborando com a noção de comprometimento e responsabilidade de McKenzie & Harris (2013) e Kinnier et al (2009), destacou que fazer escolhas intencionais para evitar a sensação de sobrecarga ou aliviar emoções aflitivas é uma forma de autocuidado. Para o autor, na medida em que o sujeito entende que a origem do estresse psicológico está no seu pensamento; ou seja, no significado que ele dá às situações, no que escolhe para se concentrar, o fenômeno do estresse torna-se passível de controle pessoal. As demandas mais problemáticas são auto geradas; portanto, o primeiro passo para prevenção e possível eliminação do estresse seria criar consciência e sensibilidade para as demandas indutoras de estresse auto geradas. Para tanto, destaca como estratégias de autocuidado para prevenir estresse psicológico e promover bem-estar: valorizar o que foi feito dentro das possibilidades (e não aquilo que não se conseguiu fazer), fazer um planejamento passo a passo com metas atingíveis, encontrar o que há de positivo na situação, desenvolver um “*self-talk*” positivo.

Sumi (1997) também trouxe em destaque o desenvolvimento de uma perspectiva positiva frente às situações como estratégia de autocuidado. Para o autor tanto o otimismo quanto o apoio social são concebidos como recursos-chaves para moderar o efeito do estresse na saúde. De acordo com sua revisão de literatura, estudos mostraram que os sujeitos que mantiveram otimismo e suporte social em níveis elevados reportaram um estado de bem-estar psicológico melhor do que aqueles sujeitos que apresentaram baixos níveis de otimismo e suporte social. Como resultado, seu estudo comprovou uma interação significativa na seguinte tendência: os sujeitos que reportaram maior nível de otimismo e satisfação com suporte social também apresentaram menores pontuações para somatização, depressão, ansiedade e estresse percebido. Bem como, os sujeitos que reportaram maior otimismo e apoio social também tenderam a relatar melhor estado de bem-estar psicológico.

Li & Lambert (2007) estudaram as estratégias de enfrentamento e preditores do bem-estar em mulheres com câncer de mama na República Popular da China, assim como Proudfoot et al (2015), McKenzie & Harris (2013) e Sumi (1997) destacaram o apoio/suporte/conexões social como estratégia-chave. Altos níveis de desamparo ou desesperança foram considerados

significativos preditores de morbidade psiquiátrica. As mulheres que tiveram percepções mais elevadas de apoio social tendiam a aumentar uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas/positivas, o desenvolvimento de um senso de apego e integração social foi importante para lidar com câncer de mama e o nível de sofrimento mental foi inferior. Ainda, corroborando com os estudos de Proudfoot et al (2015) e Sumi (1997) identificaram que as mulheres que fizeram uso do otimismo e do humor, como estratégias de enfrentamento, pareceram se adaptar melhor ao câncer de mama do que as mulheres que não usaram tais métodos de enfrentamento.

Li & Lambert (2007) identificaram como as três estratégias mais utilizadas pelas mulheres para lidar com o câncer de mama: o planejamento, a resignificação dos fatos/eventos, e a auto-distração. Entendendo tais estratégias da seguinte forma: o planejamento, no sentido de esquematizar metas e trabalhar para alcançá-las, passo a passo; a resignificação dos fatos/eventos, no sentido de avaliar valores, pensamentos, sentimentos sobre o comportamento usual identificando hábitos e crenças ineficazes; e a auto-distração, engajando-se em atividades agradáveis de lazer e hobbies. Essas três estratégias também são verificadas nos estudos de Proudfoot et al (2015) e McKenzie & Harris (2013) que estudaram outras populações e contextos, o que pode sugerir alta aplicabilidade para implementar um estado de bem-estar psicológico.

De acordo com Roohafza et al (2009) grandes estudos, como o Inquérito de Saúde da População do Canadá, tem demonstrado que a atividade física no lazer, organizada e regular, está associada a maiores níveis de saúde física e bem-estar psicológico e menores índices de doença mental. Inclusive pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento adaptativa à saúde mental, implementando comportamento de autocuidado e mediando o estresse ou sofrimento mental. Dentre os resultados, o estudo de Roohafza et al (2009) demonstrou que a atividade física apresentou-se como um estilo de enfrentamento fracamente aplicado em ambos os sexos. Da mesma forma, Proudfoot et al (2015), McKenzie & Harris (2013), Kinnier et al (2009) apontam a atividade física associada a melhores condições de bem-estar psicológico.

Ademais, desenvolver uma dieta nutritiva também é destacada como comportamento de autocuidado e associada a melhores condições de saúde por Proudfoot et al (2015), McKenzie & Harris (2013), Kinnier et al (2009). A meditação, enquanto estratégia de autocuidado em saúde, também aparece em comum nos estudos de McKenzie & Harris (2013) e Kinnier et al (2009).

Deveras, a construção de um comportamento de estilo de vida saudável é um processo fluído, que sofre a influência dos pensamentos, crenças, sentimentos; depende do conjunto de circunstâncias no qual o sujeito se encontra naquele momento específico (MCKENZIE & HARRIES, 2013). Também, os traços de personalidade podem somar nesse processo de escolha comportamental (MENG & D'ARCY, 2015). De fato, entre os indivíduos existem grandes diferenças nas escolhas das estratégias de enfrentamento dependendo de suas características de desenvolvimento, pessoais, e fatores ambientais (ROOHAFZA ET AL, 2009).

Nesse sentido, os fatores sóciodemográficos também são destacados como intervenientes para comportamento de autocuidado, Roohafza et al (2009) colocam que sujeitos com diferentes características demográficas, incluindo sexo, idade, nível de escolaridade e emprego têm maneiras distintas de lidar com o estresse. Proudfoot et al (2015) identificaram como fatores de proteção à depressão/sofrimento mental: emprego e níveis mais altos de educação. Como fatores de risco: idade mais jovem e eventos mais estressantes. Li & Lambert (2007) também destacaram o nível educacional maior como proteção e manutenção ao estado de bem-estar psicológico, principalmente no que se refere ao desenvolvimento das estratégias de enfrentamento ou recursos psicológicos e ao apoio social. Segundo os autores a educação pode enriquecer recursos pessoais e instrumentalizar as estratégias de enfrentamento; além disso, receber uma educação pode levar ao desenvolvimento de fortes redes sociais que incluem amizades duradouras, colegas profissionais e conexões no trabalho.

Roohafza et al (2009) defendem que o status socioeconômico é diretamente relacionado às estratégias positivas/adaptativas de enfrentamento, influenciando o bem-estar psicológico. Dentre seus resultados encontraram que níveis mais altos de educação foram positivamente relacionados às estratégias de enfrentamento adaptativas e inversamente às mal-adaptativas. Os sujeitos que possuíam um nível mais elevado de educação, tinham a capacidade de aprender e desenvolver comportamentos mais positivos de saúde resultando em estilos mais adaptativos e assumindo um estilo de vida mais saudável. De fato, um dos achados epidemiológicos sociais mais consistentes na área da saúde pública é a associação entre o status socioeconômico e a saúde mental. Baixo nível socioeconômico tem sido associado a desfechos desfavoráveis de saúde mental, pela incapacidade de adotar estilos de enfrentamento adequados ou adaptativos devido a combinação de múltiplas variáveis, como: baixa escolaridade, baixa renda, sofrimento emocional.

Estudos primários com amostra de estudantes e profissionais da saúde

Em comum, dentre todos os artigos que trataram de profissionais ou estudantes da área da saúde, está a discussão de que o comportamento de autocuidado fornece recursos tanto pessoais quanto para auxiliar no cuidado com os outros. Porque as estratégias de autocuidado reabastecem os estudantes/profissionais deixando-os mais capazes de cuidar dos outros e também modelam comportamentos saudáveis, de grande valia, já que estudantes e profissionais de saúde tem papel como educadores em saúde. Ademais, também é consenso que a rotina intensa e desgastante dificulta a implementação de um estilo de vida saudável (LAM ET AL, 2010; CRARY, 2013; GREESON, TOOHEY, PEARCE, 2015; NEVINS & SHERMAN, 2015; KRAERMER ET AL, 2016; XU ET AL, 2018). Inclusive esta pode ser a hipótese que justifique a elevada produção de comportamento de autocuidado & sofrimento mental tendo como amostras estudantes ou profissionais da área da saúde. De todo jeito, o que se verificou é que esta população é capaz de desenvolver estratégias de autocuidado embora contextos demandantes.

Nevins & Scherman (2015) avaliaram a percepção de estudantes de graduação de enfermagem (N=53) sobre suas práticas de autocuidado, os resultados indicaram que alunos classificaram seu estado de saúde como muito bom e em porcentagens a maioria está envolvida em comportamentos de saúde. Dieta, exercício e sono destacaram-se como atividades de autocuidado que promovem um status saudável. Dieta e sono apareceram como fortes indicadores da eficácia do aluno em atividades de autocuidado. Como objetivos de saúde, indicaram: a necessidade de perda de peso e diminuição do estresse. Em destaque, a pesquisa mostrou que para desenvolver um comportamento de autocuidado consistente é necessária uma dedicação de tempo diária à essas práticas, de forma que, sejam adotadas como parte do estilo de vida do sujeito.

Crary (2013) também descreveu as práticas de autocuidado dos estudantes de graduação em enfermagem: atividade física, estar junto à natureza; participar de atividades religiosas; ioga; arte e música; escrever em um diário; atividade meditativa; atividades de relaxamento; atividades de respiração; reiki; artes marciais; mantras ou afirmações. Lam et al (2010) examinaram as estratégias de autocuidado para depressão, ansiedade e estresse de estudantes de medicina do último ano de Hong Kong, como os principais recursos destacaram: fazer uma pausa do trabalho, por exemplo: dormir, tirar férias, engajar-se em um hobby e apoio/conexão social: dentro do ciclo profissional, enfatizando a camaradagem e a empatia, e também fora, como a família e amigos.

Intervenções em saúde produtoras de bem-estar/qualidade de vida

O bem-estar psicológico é considerado um fator crítico na promoção da qualidade de vida. Há uma série de estudos sobre o poder preditivo do bem-estar psicológico em saúde e longevidade. Por exemplo, Xu e Roberts estudaram 6.856 sujeitos do condado de Alameda na Califórnia durante um período de 28 anos (1966 a 1993), os resultados indicaram que manter afetos positivos e a satisfação com a vida, nos diversos domínios, são correlacionados com menor risco de mortalidade por todas as causas e por causas naturais. O bem-estar psicológico não é apenas um desfecho desejável, mais também, um importante preditor para futuros desfechos (XU ET AL, 2018).

O comportamento de resiliência ou a tolerância ao sofrimento psicológico pode ser benéfico tanto para gerenciar os sintomas momentâneos quanto para impedir o desenvolvimento de desfechos psicológicos negativos ao longo do tempo. De fato, programas para implementar o comportamento de autocuidado, aumentando a resiliência ao sofrimento psicológico e seus fatores de risco, foram bem sucedidos: reduzindo a sintomatologia e melhorando o bem estar psicológico. Uma abordagem que aparece em destaque na literatura é a medicina mente-corpo que enfatiza a interação da capacidade da mente para afetar o funcionamento corporal e, por consequência, a sintomatologia. Terapias mente-corpo incluem: relaxamento, meditação, biofeedback, imagens guiadas. Demonstram-se eficazes na redução da sintomatologia; melhorias na depressão, ansiedade, empatia, espiritualidade e níveis de cortisol, bem como, maior autoeficácia para gestão do estresse e autocuidado (KRAEMER ET AL, 2016).

A partir dos sete estudos identificados que descrevem propostas de intervenções em saúde, em diferentes populações e contextos, é possível apresentar alguns modelos quanto à estrutura metodológica: número de encontros e propostas temáticas. Greeson, Toohey, Pearce (2015) realizaram um workshop com estudantes de medicina com duração de 4 sessões semanais de 1 hora e 30 minutos e prática em casa. Cada sessão tinha a seguinte estrutura: prática meditativa no início com o intuito de favorecer a atenção para o trabalho grupal; compartilhamento da prática feita em casa, onde os facilitadores reforçavam as realizações semanais e as mudanças positivas de comportamentos de autocuidado; didática referente a gestão do estresse na qual os participantes tinham a oportunidade de praticar habilidades de autorregulação; seguido de um período de discussão sobre a experiência prática e dúvidas. Como resultados, embora não tenham uma avaliação a longo prazo, os alunos relataram uma

diminuição de 32% no nível de estresse e um aumento de 16% na atenção plena. Dos 36 alunos que retornaram a avaliação pós workshop 70% relataram cuidar melhor de si mesmos e 75% relataram praticar comportamentos de autocuidado durante a semana.

Destacam-se nessa intervenção que: a média de tempo dos exercícios solicitados para prática em casa foi de 12 minutos; encorajando a prática diária e demonstrando que não é necessário dedicar uma grande quantidade de tempo para alcançar um estado mais relaxado e consciente. Além disso, os alunos foram convidados a manter um registro semanal de automonitoramento da meta de autocuidado, o que gera um demonstrativo do progresso experienciado por eles. Essas atividades podem ser potentes como produção de saúde porque, não só, convidaram os alunos a implementarem o comportamento de autocuidado na sua rotina diária, ainda, sem despende grandes esforços; além disso, comprovando que ao introduzir hábitos saudáveis produz-se um estado de bem-estar mais elevado.

Kraemer et al (2016) propuseram uma intervenção para estudantes de medicina com a mesma estrutura proposta por Greeson, Toohey, Pearce (2015) porém com extensão de 11 semanas, com sessões semanais de 2 horas de duração. Dentre os resultados 66,7% dos estudantes expressaram que o grupo melhorou o nível de estresse e bem estar geral; 54,1% descreveram que utilizaram efetivamente em suas vidas diárias as habilidades para gerenciamento do estresse aprendidas; 45,8% descreveram sentir-se mais conscientes de suas experiências e que foram capazes de responder de forma mais eficaz a estados afetivos angustiantes, afetando positivamente seus funcionamentos acadêmicos e pessoais; 45,8% acreditavam ter desenvolvido uma perspectiva melhor sobre o equilíbrio entre trabalho e vida e, agora, valorizar a importância do autocuidado. Os estudantes do grupo intervenção evidenciaram uma melhora modesta em todas as subescalas de tolerância ao sofrimento. Ou seja, aumentando a capacidade de tolerar, aceitar e regular estados emocionais negativos pode ser o processo através do qual melhora-se o funcionamento psicológico. Ademais, visto que a mesma estrutura temática de intervenção foi aplicada por dois estudos distintos pode-se sugerir sua efetividade para promoção em saúde, principalmente para os profissionais da área da saúde.

Smith et al (2011) decreve a intervenção a partir do programa Pathfinders, que tinha como objetivo reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer através de ferramentas como reestruturação cognitiva e imagens guiadas para reforçar a resiliência do paciente: o modelo conceitual presumia que mudanças nos recursos psicossociais levariam a melhores resultados relacionados à qualidade de vida. A intervenção consistiu em

encontros mensais durante um período de 6 meses, incluiu técnicas para o fortalecimento e aquisição de habilidades de enfrentamento, reconhecimento das forças internas e desenvolvimento de um plano de autocuidado. Como resultados, os participantes do Pathfinders experimentaram mudanças no suporte social, habilidades de enfrentamento, autoeficácia, espiritualidade e otimismo aprendido. As melhorias nestes recursos foram independentemente associadas com melhorias no sofrimento, desespero, bem-estar emocional, qualidade de vida geral e fadiga. Ou seja, as mudanças nos recursos psicossociais visados pela intervenção estiveram associados à melhoria da qualidade de vida. Portanto, destaca-se uma outra população e contexto no qual uma intervenção que implemente comportamentos de autocuidado também se mostra eficaz para promover saúde.

De uma maneira geral, Kinnier et al (2009) propõem que a intervenção deve ser estruturada e ter uma lógica clara, deve ser promovida em um ambiente favorável e otimista, que proporcione ao sujeito se sentir entendido e cuidado. Chamam atenção também para o desenvolvimento de um vínculo entre o cliente e o terapeuta/coordenador, de forma que o sujeito se sinta seguro no processo. Por último, entendem que a intervenção deve exigir um cliente ativo entre as sessões e fornecer o feedback de progresso.

Meng & D'Arcy (2015) realizaram uma pesquisa de base populacional (N=36.984) no Canadá e identificaram que estratégia de enfrentamento (positiva ou negativa) foi o mais forte preditor para lidar com o sofrimento; portanto, a prevenção e promoção da saúde mental em uma população geral deve ter como alvo reduzir estratégias de enfrentamento negativas para melhorar o bem-estar psicológico, aumentar o conhecimento e a prática do público em geral em estratégias de enfrentamento adaptativas ou positivas. Os autores destacam algumas atividades potentes na determinação da saúde física e mental, contribuindo para reduzir o risco de ocorrência de cânceres, doenças cardiovasculares, obesidade e aprimorar as habilidades de enfrentamento: aumentar a atividade física, melhorar a dieta, mudar ambiente de trabalho, aumentar a participação social, psicoterapia, exercícios de relaxamento. Este estudo destaca-se pela sua aplicabilidade à programas inseridos na área da saúde coletiva, visto a dificuldade da literatura de estender amostras e contextos, criando iniciativas muito contexto dependentes.

Xu et al (2018) examinaram as atividades alfa frontais antes e após intervenções psicológicas positivas (IPP): técnicas e atividades intencionais auto administradas que visavam cultivar sentimentos positivos, comportamentos ou cognições (comportamentos de autocuidado). A hipótese dos autores era de que as IPP poderiam impulsionar um estado de bem-estar psicológico ao ponto de melhorar capacidade de regular adequadamente as emoções,

o que se manifestaria como aumento do coeficiente de assimetria frontal de eletroencefalograma (EEG) alfa. A intervenção consistiu em sessões semanais com duração de 2 horas por 10 semanas consecutivas. A primeira sessão foi uma introdução à intervenção buscando estabelecer um ambiente amigável para o trabalho em grupo. As sessões dois e três trabalharam no sentido de desenvolver a gratidão pelos eventos passados; as sessões quatro, cinco e seis focaram sob a satisfação; as sessões sete, oito e nove trabalharam as emoções positivas orientadas para o futuro cultivando um pensamento otimista, esperançoso e direcionado a objetivos; a sessão dez refletiu sobre a prática de habilidades aprendidas aplicada à vida cotidiana.

Os resultados indicaram que as IPP (comportamentos de autocuidado) podem contribuir para promover um aumento do estado de bem-estar psicológico dos indivíduos e mitigar o sofrimento mental, na medida em que, a capacidade de regular adequadamente as emoções melhorou, observado a partir de um aumento do coeficiente de assimetria frontal de EEG alfa do pré ao pós-tratamento no grupo intervenção. Outrossim, no grupo intervenção, a leitura da ativação pré-frontal no EEG permitiu identificar a ativação de estruturas reguladoras, sugerindo aquisição de repertório comportamental. Ou seja, quando na intervenção os participantes foram estimulados a relizar determinado comportamento; quando mais tarde, enfrentarem situações semelhantes, os recursos utilizados para a intervenção possivelmente podem ser evocados traduzidos em estratégias mais adaptativas e, por sua vez, respostas comportamentais (XU ET AL, 2018). Em destaque tem-se a comprovação por biomarcadores fisiológicos da efetividade de uma intervenção em saúde, a partir do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado.

Dentro dos estudos de intervenção alguns tiveram como foco os adolescentes, Melnyk et al (2013) testaram a eficácia do programa COPE (Criando Oportunidades para o Empoderamento Pessoal) através do desenvolvimento de um estilo de vida saudável. O COPE é um programa de desenvolvimento de habilidades educacional e cognitivo-comportamental de 15 sessões orientado pela teoria cognitiva. A atividade física é componente de cada sessão, com cerca de 15 a 20 minutos de exercício (por exemplo: caminhada, dança, kick-boxing) com o objetivo de construir crenças nos adolescentes que eles podem se envolver e manter algum nível de atividade física regularmente. Pedômetros também foram utilizados durante toda a intervenção, a fim de reforçar o componente de educação em atividade física. Os alunos foram solicitados a aumentar as contagens de passos em 10% a cada semana, independentemente dos níveis de referência, e a registrar suas etapas diárias em uma folha de acompanhamento para

determinar se atingiram sua meta semanal. Ainda, os adolescentes receberam um manual do COPE com atividades de tarefa de casa para cada uma das 15 sessões, reforçando o conteúdo e as habilidades do programa. Como parte das tarefas, quatro vezes durante o programa foi enviado um boletim informativo aos pais, com a instrução de que os adolescentes fizessem a leitura junto com eles.

Entre os adolescentes, 78% relataram que o programa foi útil. Os alunos relataram que os elementos mais úteis do programa foram os conteúdos sobre estresse e enfrentamento, nutrição e exercícios. Os resultados também indicaram impacto positivo na atividade física, IMC, psicossociais e desempenho escolar. A avaliação teve vários comentários escritos pelos alunos indicando que o COPE os ajudou a lidar eficazmente com o estresse e a raiva, além de se sentirem melhor consigo mesmos. Entre os pais, 92% indicaram que o programa foi útil para os adolescentes e 94% relataram que recomendariam o programa para familiares ou amigos. Um total de 82% dos pais concordaram que a informação compartilhada com eles através dos boletins era útil (MELNYK ET AL, 2013).

O programa COPE portanto teve o potencial de melhorar os resultados de saúde, psicossociais e acadêmicos em adolescentes. Outrossim, na medida em que a baixa autoestima e os níveis mais altos de ansiedade e depressão estão relacionados a crenças e escolhas de comportamento menos saudáveis, a construção de habilidades comportamentais saudáveis (ou desenvolver comportamentos de autocuidado) em adolescentes pode ser uma estratégia-chave para implementar um estilo de vida saudável e melhorar suas habilidades sociais e resultados de saúde mental (MELNYK ET AL, 2013).

Leventhal et al (2016) testaram a efetividade de uma intervenção em saúde (Girls First) a partir da comparação de quatro grupos distintos, mediante um desenho de ensaio clínico randomizado. A hipótese principal era de que o programa Girls First, que tinha no currículo a combinação de fatores psicossociais e físicos à saúde, iria melhorar as condições de saúde (física e bem estar psicológico) das participantes em comparação ao grupo controle. E as hipóteses secundárias eram de que o Girls First ainda iria melhorar a saúde física e bem estar psicológico em uma extensão maior do que o programa dos fatores psicossociais sozinho e o programa da saúde física sozinho. Os resultados comprovaram todas as hipóteses: encontraram evidências de que o Girls First melhorou os desfechos de saúde comparado ao controle; e que, as melhoras alcançadas nos desfechos de saúde pelo Girls First foram maiores das alcançadas pelos componentes individuais do programa (dimensões psicossociais ou física). Este estudo forneceu evidências empíricas de que as dimensões psicossociais representam uma peça chave

para melhorar as condições de saúde, essas descobertas sugerem claramente que o bem estar psicossocial deve receber apoio mais amplo para integrar os currículos dos programas de promoção em saúde.

Ruini et al (2009) também testaram a eficácia de um programa escolar para adolescentes para promoção do bem-estar psicológico. A intervenção teve a extensão de 6 encontros, uma vez por semana com duração de 2 horas, as sessões tiveram a seguinte estrutura: (1) os alunos foram treinados para identificar, reconhecer e expressar uma ampla gama de emoções (positivas e negativas) a fim de que reconhecessem a variedade de emoções que podem sentir e como todas essas emoções podem influenciar seu comportamento; (2) com enfoque na relação entre pensamentos e emoções, os alunos foram solicitados para relatar suas situações cotidianas em um diário (auto observação) e posteriormente foram acessorados na interpretação de como tais situações podem influenciar suas emoções; (3) baseada na reestruturação cognitiva e realizada através de dramatizações e jogos, os alunos foram ensinados a identificar pensamentos negativos e pensamentos úteis, também foram instruídos a reconhecer suas habilidades cognitivas possibilitando encontrar alternativas mais positivas para lidar com as situações; (4) as relações interpessoais, a amizade e o olhar do outro foram trabalhadas a partir do feedback de elogios, os alunos foram convidados a reconhecer características positivas de si mesmos e de seus colegas; (5) com foco em autonomia e objetivos a serem alcançados no futuro, os estudantes foram solicitados a escrever, para si mesmos, um horóscopo descrevendo suas atividades pessoal, sociais, escolares, de esportes e lazer para o ano seguinte; (6) com enfoque na felicidade e no bem estar emocional, os estudantes foram convidados a compartilhar com colegas momentos muito positivos que eles tenham experimentado durante a sua vida e também reconhecer os momentos positivos diários.

Os resultados do estudo de Ruini et al (2009) evidenciaram que a intervenção foi eficaz na promoção de bem-estar psicológico, com particular referência ao crescimento pessoal, comparado com o grupo placebo. Além disso, verificou-se ser eficaz na diminuição do sofrimento, em particular para as escalas de ansiedade e somatização. Destaca-se desta intervenção que os efeitos benéficos foram mantidos no follow-up; outrossim, Ruini et al (2009) destacam estudos anteriores que apontam um potencial papel de prevenção para intervenções que estimulem o desenvolvimento do comportamento de autocuidado, denominada pelos autores de Terapia de Bem-Estar. O fato é, que os autores apostam na hipótese de que desenvolver ambientes/condições que promovam o funcionamento positivo e criem forças individuais (recursos psicológicos) pode ser mais benéfico a longo prazo do que

simplesmente abordar sintomas (tratamento pontual). Isto porque, este efeito de longo prazo é provavelmente devido ao fato de que desenvolver o comportamento de autocuidado/ bem-estar psicológico dos indivíduos e promover funcionamento saudável/positivo produz mudanças pessoais duradouras que atuam como fatores de proteção contra o estresse e adversidades futuras.

7. CONCLUSÕES

Referente a caracterização dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa identificou-se crescente produção científica, com intervalos cada vez mais próximos entre os anos de publicações, sendo a maioria dos estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e todos por departamentos da área da saúde. Há 5 estudos com cortes transversais, 4 estudos de intervenção, e então igualmente distribuídos entre desenhos de: survey (3), ensaio clínico randomizado (3) e qualitativo (3). Há 6 estudos com amostra de alunos da área da saúde, como medicina e enfermagem, seguido de recortes de base populacional (3) e com escolares (3). Quanto aos instrumentos para mensuração dos desfechos não se verifica grande consenso de uso entre os estudos.

A pesquisa de revisão sistemática da literatura que sintetiza estudos que buscam evidências sugere que o comportamento de autocuidado e o sofrimento mental são componentes correlacionados para saúde mental. Nesse sentido, os resultados revelaram uma série de estratégias de autocuidado passíveis de serem introduzidas em ações e programas de saúde: desenvolver uma perspectiva otimista; identificar hábitos e crenças ineficazes; esquematizar metas; ter atividades de lazer; dieta nutritiva; atividade física; apoio social. Também chamaram atenção para fatores sócio demográficos na configuração do estado de saúde das populações, destacando a importância da articulação de setores intergovernamentais (saúde, educação, trabalho, infraestrutura) e demonstrando que impera a noção dos determinantes sociais da saúde e realçando a condição de multideterminação à saúde mental pela interação de diversas variáveis (pessoal, familiar; comunitária; institucional).

A pesquisa de revisão sistemática da literatura que sintetiza estudos que buscam evidências também revelou uma série de programas com formatos metodológicos específicos e contextos diferentes: escolar, médico de ensino, e em pacientes com câncer. As amostras também variaram de 36 sujeitos a 3000 participantes; os desenhos: de estudos randomizados à estudos sem grupos controle. Mas todos tinham a intenção de que as tarefas e os comportamentos desenvolvidos fossem aplicados à vida cotidiana e como resultados foram bem sucedidos: a partir da implementação de comportamentos de autocuidado reduziram a sintomatologia dos transtornos mentais comuns e melhoraram o estado de bem-estar psicológico.

Enquanto implicações para a prática e o contexto existente, as evidências sintetizadas sugerem que para além de componentes relacionados, o comportamento de autocuidado apresenta-se como fator de proteção ao sofrimento mental na medida em que favorece

desfechos positivos de saúde. Nesse sentido as intervenções e atividades apresentadas permitem fomentar ações e programas de saúde dentro de uma nova perspectiva, buscando maneiras mais assertivas e facilitadas de incorporar atividades de saúde no cotidiano dos sujeitos. Sugere-se, ainda, para pesquisas futuras realizar maior articulação entre as estratégias de autocuidado e as intervenções de saúde identificadas na revisão sistemática de literatura e as políticas e programas de saúde existentes no País, de modo a, verificar aproximações e adequações e tornar palpável um delineamento aplicado à saúde coletiva e atenção psicossocial. Este tipo de pesquisa também denota uma iniciativa pioneira e de extrema relevância visto que não foi identificado nenhum estudo brasileiro dentre os estudos primários da revisão, indicando um silêncio no País frente a este temática de estudo e conseqüentemente de programas e ações em saúde.

Nesse sentido, um ponto de atenção da pesquisa refere-se a própria aplicabilidade ao contexto brasileiro, visto que todos os estudos primários foram desenvolvidos em países estrangeiros. Portanto, podem haver estratégias ou intervenções tais quais que não representem ou se adequem ao cenário e a população brasileira; portanto, requer que sejam avaliadas com cautela pelas autoridades em saúde. Ainda pode ser que existam outras estratégias positivas utilizadas pelas populações brasileira que não tenham sido apresentadas nesta revisão, embora conste uma ampla gama de estratégias de autocuidado identificadas.

Como limitações da pesquisa aponta-se a dificuldade de identificar os descritores exatos, verificada pela diferença da quantidade entre os estudos primários identificados e os selecionados pelos critérios de elegibilidade; ou seja, uma chave de busca com muito ruído: que acabou captando muitos estudos que não respondiam à pergunta de pesquisa. Ainda tem-se a possibilidade da chave de busca não ter captado algum outro estudo relevante; fato que toda revisão sistemática fica sujeita, embora todo o procedimento de busca (identificação e grafia dos descritores, disposição dos operadores booleanos, seleção das bases de dados) tenha sido cuidadosamente executado. Ademais, finalizada a revisão sistemática ela foi avaliada pelo protocolo *prisma* averiguando-se que cumpriu todos os requisitos estruturais e metodológicos exigidos (anexo 1).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, S.; BARLETTA, J. B. & MURTA, S. G. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: Murta, S. G. et al. *Prevenção e Promoção em Saúde Mental*. Nova Hamburgo: **Sinopsys**, 2015.

ABREU, S.; MIRANDA, A. A. V.; MURTA, S. G. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental?. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 1, p. 163-177, jan./abr. 2016

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192p.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):533-538, 2012.

ASSUNÇÃO, S.C., FONSECA, A.P., SILVEIRA, M.F., CALDEIRA, A.P., PINHO, L. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, 21(4), 2017. p.1-7.

BONITA, R. BEAGLEHOLE, R., KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar], 2 ed. São Paulo: Santos Editora, 2010. 213p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 182, p. 18055-18059, 20 de setembro de 1990. Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 69-E, p. 2, 09 de abril de 2001. Seção 1.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n. 123, p. 1-3, 29 de junho de 2011. Seção 1.

BRASIL. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, nº 96, p.37/38. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental*, 1ªed, nº34, 176p. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, P. M; F. PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 17 (1), 2007. p. 77-93.

CRARY, P. Beliefs, Behaviors, and Health of Undergraduate Nursing Students. **Holist Nurs Pract**;27(2), 2013, p.74–88

COCHRANE. **Handbook for systematic reviews of interventions** [on line], 2017. Disponível em: https://community.cochrane.org/book_pdf/764 Acesso em 13 de março de 2019.

DAMÁSIO, B. F., BORSA, J. C. & KOLLER, S. H. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**, 27(2), 2014. p. 323-330.

GÓMEZ, A. Predictores psicológicos del autocuidado en salud. **Hacia promoc. salud.**, v.22, nº1, 2017. p. 101-112.

GONÇALVEZ, D. A., MARI, J. J, BOWER, P., GASK, L., DOWRICK, C., TÓFOLI, L. F., CAMPOS, M., PORTUGAL, F. B., BALLESTER, D., FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, 2014

GREESON, J. M., TOOHEY, M. J., PEARCE, M. J. An adapted, 4-week mind-body Skills group for medical Students: Reducing stress, increasing mindfulness, and enhancing self-care. **Explore**, 2015, p.1-21.

GUERRERO-PACHECO, R., GALÁN-CUEVAS, S., CAPPELLO, O. S-A. Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. **Acta Colombiana de Psicología**, 20 (2), 2017. p. 158-167

HERMEL, J. S., PIZZINATO, A., URIBE, M. C. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. **Revista de Psicología**, v.33, nº 2, 2015. p. 439-467.

JAIMOVICH, S. et al. Efectos de una intervención on line em conductas de autocuidado asociadas a la alimentación. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, nº 39, 2015. p. 72-83.

KINNIER, R. T., HOFSESS, C., PONGRATZ, R., LAMBERT, C. Attributions and affirmations for overcoming anxiety and depression. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 82, 2009, p.153–169

KRAEMER, K. M., LUBERTO, C. M., O'BRYAN, E. M., MYSINGER, E., COTTON, S. Mind–Body Skills Training to Improve Distress Tolerance in Medical Students: A Pilot Study. **Teaching and Learning in Medicine**, 28:2, 2016, p.219-228

LAM, T. P., WONG, J. G. W. S., MARY, S. M. I. P., LAM, K. F., PANG, S. L. Psychological well-being of interns in Hong Kong: What causes them stress and what helps them. **Medical Teacher**, 32:3, 2010, p.120-126

- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al (org). Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. Revisada e aumentada. São Paulo: **Hucitec**, 2012. p. 661-680.
- LEVENTHAL, K. S., DEMARIA, L. M., GILLHAM, J. E., ANDREW, G., PEABODY, J., LEVENTHAL, S. M. A psychosocial resilience curriculum provides the “missing piece” to boost adolescent physical health: A randomized controlled trial of Girls First in India. **Social Science & Medicine**, 161, 2016, p. 37-46.
- LI, J., LAMBERT, V. A. Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the People’s Republic of China. **Nursing and Health Sciences**, 9, 2007, p.199–204
- LIMA, M.R.A., et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn** [Internet], 69(5), 2016. p. 840-846.
- LYON, L. B. Cognitive self-care skills: a model for managing stressful lifestyles. **Nurs. Clin. N. Am.**, 37, 2002, p.285–294
- MCKENZIE, S. H., HARRIS, M. F. Understanding the relationship between stress, distress and healthy lifestyle behaviour: a qualitative study of patients and general practitioners. **BMC Family Practice**, 14:166, 2013, p.1-8.
- LOPES, C. S., FAERSTEIN, E., CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1713-1720, 2003.
- MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia básica**. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 2009. 790p.
- MELNYK, B. M., JACOBSON, D., KELLY, S., BELYEA, M., SHAIPI G., SMALL, L., O’HAVER, J., MARSIGLIA, F. F. Promoting Healthy Lifestyles in High School Adolescents: A Randomized Controlled Trial. **Am. J. Prev. Med.**, 45(4), 2013, p.407–415
- MIRANDA, C. A., TARASCONI, C. V., SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, 7(2), pg. 249-257, 2008.
- NETA, D.S.R., SILVA, A.R.V., SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, 68(1), 2015. p. 111-116.
- NEVINS, C. M., SHERMAN, J. Self-Care Practices of Baccalaureate Nursing Students. **Journal of Holistic Nursing**, Vol. XX, Nº. X, 2015, p.1-8
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4 ed. USA – St. Louis: Mosby Year Book, 1991. 385p.
- PROUDFOOT, J., FOGARTY, A. S., MCTIGUE, I., NATHAN, S., WHITTLE, E. L., CHRISTENSEN, H., PLAYER, M. J., HADZI-PAVLOVIC, D., WILHELM, K. Positive

strategies men regularly use to prevent and manage depression: a national survey of Australian men. **BMC Public Health**, 15:1135, 2015, p.1-14.

ROOHAFZA, H., SADEGHI, M., AHMAD, S. S., MACKIE, B. M., SARAFZADEGAN, N. Association of Socioeconomic Status and Life-style Factors with Coping Strategies in Isfahan Healthy Heart Program, Iran. **Croat Med J.**, 50, 2009, p. 380-386

ROUQUAYROL, M. Z., FILHO, N. A. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p.

RUINI, C., OTTOLINI, F., TOMBA, E., BELAISE, C., ALBIERI, E., VISANI, D., OFFIDANI, E., CAFFO, E., FAVA, G. A. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.**, 40, 2009, p.522–532

SANTOS, C. M. da C., PIMENTA, C. A. de M., NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(3), 2007.

SANTOS, E. G., SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.**;59(3):238-246, 2010.

SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., SILVA, G. Z., MENEZES, A. M., MONTEIRO, C. A., BARRETO, S. M., CHOR, D., MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil**, 4, 2011.

SMITH, S. K., HERNDON, J. E., LYERLY, H. K., COAN, A., WHEELER, J. L., STALEY, T., ABERNETHY, A. P. Brief Report: Correlates of Quality of Life-related Outcomes in Breast Cancer Patients Participating in the Pathfinders Pilot Study. **Psychooncology**, 20(5), 2011, p.559–564

SOUZA, L. S., BARBOSA, B., SILVA, C. O., SOUZA, A., FERREIRA, T., SIQUEIRA, L. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n18, pg.59-66, 2017.

SUMI, K. Optimism, social support, stress, and physical and psychological well-being in Japanese women. **Psychological Reports**, 81, 1997, p.299-306.

VASCONCELOS, A. M. N., GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):539-548, 2012.

World Health Organization - WHOa. Investing in mental health: evidence for action. Library Cataloguing-in-Publication, 2013. 36p.

World Health Organization – WHOb. Mental health action plan 2013-2020. Library Cataloguing-in-Publication, 2013. 50p.

World Health Organization – WHOc. Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. Library Cataloguing-in-Publication, 2013. 160p.

X. MENG AND C. D'ARCY. Coping strategies and distress reduction in psychological well-being? A structural equation modelling analysis using a national population sample. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, 2015, p.1-14.

XU, Y-Y., FENG, Z-Q., XIE, Y-J., ZHANG, J., PENG, S-H., YU, Y-J., LI, M. Frontal Alpha EEG Asymmetry Before and After Positive Psychological Interventions for Medical Students. **Frontiers in Psychiatry**, 9, 2018, p.1-10.

APÊNDICE 1 - Protocolo de Busca nas Bases de Dados

Período de busca: dezembro/2018

1. Base de dados: MEDLINE/PUBMED

((("Stress, Psychological"[Mesh:NoExp] OR "Psychological Stress"[Title/Abstract] OR "Psychological Stresses"[Title/Abstract] OR "Life Stress"[Title/Abstract] OR "Life Stresses"[Title/Abstract] OR "Psychologic Stress"[Title/Abstract] OR "Psychological Stressor"[Title/Abstract] OR "Psychological Stressors"[Title/Abstract] OR "Emotional Stress"[Title/Abstract] OR "Mental Suffering"[Title/Abstract] OR "Anguish"[Title/Abstract] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Disorder"[Title/Abstract] OR "Behavior Disorders"[Title/Abstract] OR "Emotionally Disturbed"[Title/Abstract] OR "Common Mental Disorder"[Title/Abstract] OR "Common Mental Disorders"[Title/Abstract]) AND ("Self Care"[Mesh] OR "Self Care"[Title/Abstract] OR "Self-Care"[Title/Abstract] OR "Healthy Lifestyle"[Mesh:NoExp] OR "Healthy Lifestyle"[Title/Abstract] OR "Healthy Life Styles"[Title/Abstract] OR "Healthy Lifestyles"[Title/Abstract] OR "Healthy Life Style"[Title/Abstract] OR "psychological well-being"[Title/Abstract]) AND ("Protective Factors"[Mesh] OR "Protective Factors"[Title/Abstract] OR "Protective Factor"[Title/Abstract] OR "Adaptation, Psychological"[Mesh] OR "Psychologic Adaptation"[Title/Abstract] OR "Psychological Adaptation"[Title/Abstract] OR "Coping Behavior"[Title/Abstract] OR "Coping Behaviors"[Title/Abstract] OR "Coping Skills"[Title/Abstract] OR "Coping Skill"[Title/Abstract] OR "Adaptive Behavior"[Title/Abstract] OR "Adaptive Behaviors"[Title/Abstract]) NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases"[Mesh] OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension"[Mesh] OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures"))

Referências recuperadas: 1.438

2. Base de dados: SCOPUS

TITLE-ABS-KEY(("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors")) NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures"))

Referências recuperadas: 528

3. Base de dados: WEB OF SCIENCE

TS=((("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors") NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures"))

Referências recuperadas: 11

4. Base de dados: CINAHL

((("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors") NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures"))

Referências recuperadas: 4 (com filtro: revistas acadêmicas)

5. Base de dados: LILACS

((("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Estresse Psicológico" OR "Estresse da Vida" OR "Estresse Relacionado a Aspectos da Vida" OR "Angústia" OR "Estresse Emocional" OR "Tensão Vital" OR "Tensão da Vida" OR "Sofrimento Psíquico" OR "Sofrimento Mental" OR "Transtornos Mentais" OR "Transtorno Mental" OR "Transtorno do Comportamento" OR "Transtornos do Comportamento" OR "Doença Mental" OR "Transtorno Mental Comum" OR "Transtornos Mentais Comuns" OR "Estrés Psicológico" OR "Estrés relacionado con los aspectos de la vida" OR "Estrés Emocional" OR "Tensión Vital" OR "Tensión de la Vida" OR "Sufrimiento Psíquico" OR "Sufrimiento Mental" OR "Trastornos Mentales" OR "Trastorno del comportamiento" OR "Trastornos del comportamiento" OR "Enfermedad mental" OR

"Trastorno Mental Común" OR "Trastornos Mentales Comunes") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being" OR "Autocuidado" OR "Autoajuda" OR "Estilo de Vida Saudável" OR "Comportamento Saudável" OR "Comportamentos Saudáveis" OR "Conduta Saudável" OR "Conduas Saudáveis" OR "Estilos de Vida Saudável" OR "Estilos de Vida Saudáveis" OR "Hábito Saudável" OR "Hábitos Saudáveis" OR "Práticas Saudáveis" OR "Vida Sadia" OR "bem-estar psicológico" OR "bem estar psicológico" OR "Autocuidado" OR "Autoayuda" OR "Estilo de Vida Saludable" OR "Comportamiento saludable" OR "Comportamientos saludables" OR "Conducta Saludable" OR "Conductas saludables" OR "Estilos de vida saludables" OR "Hábito saludable" OR "Hábitos saludables" OR "Prácticas saludables" OR "Vida sana" OR "bienestar psicológico") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors" OR "Fatores de Proteção" OR "Fatores Protetores" OR "Fator de Proteção" OR "Adaptação Psicológica" OR "Enfrentamento" OR "Comportamento de Enfrentamento" OR "Estratégias de Enfrentamento" OR "Comportamento Adaptativo" OR "Estratégia de Adaptação" OR "Factores Protectores" OR "Factores de protección" OR "Factor de protección" OR "Adaptación Psicológica" OR "Comportamiento de Enfrentamiento" OR "Estrategias de Enfrentamiento" OR "Comportamiento adaptativo" OR "Estrategia de Adaptación") AND NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Cardiopatas" OR "Cardiopatía" OR "Doenças do Coração" OR "Doença do Coração" OR "Doenças Cardíacas" OR "Doença Cardíaca" OR "Cardiopatía Grave" OR "Diabete" OR "Diabete Melito" OR "Diabetes" OR "Diabetes Melito" OR "Hipertensão" OR "Hipertensão Arterial" OR "Pressão Arterial Alta" OR "Pressão Sanguínea Alta" OR "enfermedades del corazón" OR "Enfermedad del corazón" OR "Enfermedades Cardíacas" OR "Enfermedad cardiaca" OR "Hipertensión" OR "Hipertensión arterial" OR "Presión Arterial Alta" OR "Presión Sanguínea Alta"))

Referências recuperadas: 12

6. Base de dados: BDENF

("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Estresse Psicológico" OR "Estresse da Vida" OR "Estresse Relacionado a Aspectos da Vida" OR "Angústia" OR "Estresse Emocional" OR "Tensão Vital" OR "Tensão da Vida" OR "Sofrimento Psíquico" OR "Sofrimento Mental" OR "Transtornos Mentais" OR "Transtorno Mental" OR "Transtorno do Comportamento" OR "Transtornos do Comportamento" OR "Doença Mental" OR "Transtorno Mental Comum" OR "Transtornos Mentais Comuns" OR "Estrés Psicológico" OR "Estrés relacionado con los aspectos de la vida" OR "Estrés Emocional" OR "Tensión Vital" OR "Tensión de la Vida" OR "Sufrimiento Psíquico" OR "Sufrimiento Mental" OR "Trastornos Mentales" OR "Transtorno del comportamiento" OR "Trastornos del comportamiento" OR "Enfermedad mental" OR "Transtorno Mental Común" OR "Trastornos Mentales Comunes") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being" OR "Autocuidado" OR "Autoajuda" OR "Estilo de

Vida Saudável" OR "Comportamento Saudável" OR "Comportamentos Saudáveis" OR "Conduta Saudável" OR "Conduas Saudáveis" OR "Estilos de Vida Saudável" OR "Estilos de Vida Saudáveis" OR "Hábito Saudável" OR "Hábitos Saudáveis" OR "Práticas Saudáveis" OR "Vida Sadia" OR "bem-estar psicológico" OR "bem estar psicológico" OR "Autocuidado" OR "Autoayuda" OR "Estilo de Vida Saludable" OR "Comportamiento saludable" OR "Comportamientos saludables" OR "Conducta Saludable" OR "Conductas saludables" OR "Estilos de vida saludables" OR "Hábito saludable" OR "Hábitos saludables" OR "Práticas saludables" OR "Vida sana" OR "bienestar psicológico") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors" OR "Fatores de Proteção" OR "Fatores Protetores" OR "Fator de Proteção" OR "Adaptação Psicológica" OR "Enfrentamento" OR "Comportamento de Enfrentamento" OR "Estratégias de Enfrentamento" OR "Comportamento Adaptativo" OR "Estratégia de Adaptação" OR "Factores Protectores" OR "Factores de protección" OR "Factor de protección" OR "Adaptación Psicológica" OR "Comportamiento de Enfrentamiento" OR "Estrategias de Enfrentamiento" OR "Comportamiento adaptativo" OR "Estrategia de Adaptación") AND NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Cardiopatias" OR "Cardiopatia" OR "Doenças do Coração" OR "Doença do Coração" OR "Doenças Cardíacas" OR "Doença Cardíaca" OR "Cardiopatia Grave" OR "Diabete" OR "Diabete Melito" OR "Diabetes" OR "Diabetes Melito" OR "Hipertensão" OR "Hipertensão Arterial" OR "Pressão Arterial Alta" OR "Pressão Sanguínea Alta" OR "enfermedades del corazón" OR "Enfermedad del corazón" OR "Enfermedades Cardiacas" OR "Enfermedad cardiaca" OR "Hipertensión" OR "Hipertensión arterial" OR "Presión Arterial Alta" OR "Presión Sanguínea Alta"))

Referências recuperadas: 9

7. Base de dados: SCIELO

("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders" OR "Estresse Psicológico" OR "Estresse da Vida" OR "Estresse Relacionado a Aspectos da Vida" OR "Angústia" OR "Estresse Emocional" OR "Tensão Vital" OR "Tensão da Vida" OR "Sofrimento Psíquico" OR "Sofrimento Mental" OR "Transtornos Mentais" OR "Transtorno Mental" OR "Transtorno do Comportamento" OR "Transtornos do Comportamento" OR "Doença Mental" OR "Transtorno Mental Comum" OR "Transtornos Mentais Comuns" OR "Estrés Psicológico" OR "Estrés relacionado con los aspectos de la vida" OR "Estrés Emocional" OR "Tensión Vital" OR "Tensión de la Vida" OR "Sufrimiento Psíquico" OR "Sufrimiento Mental" OR "Trastornos Mentales" OR "Trastorno del comportamiento" OR "Trastornos del comportamiento" OR "Enfermedad mental" OR "Trastorno Mental Común" OR "Trastornos Mentales Comunes") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being" OR "Autocuidado" OR "Autoajuda" OR "Estilo de Vida Saudável" OR "Comportamento Saudável" OR "Comportamentos Saudáveis" OR "Conduta Saudável" OR "Conduas Saudáveis" OR "Estilos de Vida Saudável" OR "Estilos de Vida Saudáveis" OR "Hábito Saudável" OR "Hábitos Saudáveis" OR "Práticas Saudáveis" OR

"Vida Sadia" OR "bem-estar psicológico" OR "bem estar psicológico" OR "Autocuidado" OR "Autoayuda" OR "Estilo de Vida Saludable" OR "Comportamiento saludable" OR "Comportamientos saludables" OR "Conducta Saludable" OR "Conductas saludables" OR "Estilos de vida saludables" OR "Hábito saludable" OR "Hábitos saludables" OR "Práticas saludables" OR "Vida sana" OR "bienestar psicológico") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors" OR "Fatores de Proteção" OR "Fatores Protetores" OR "Fator de Proteção" OR "Adaptação Psicológica" OR "Enfrentamento" OR "Comportamento de Enfrentamento" OR "Estratégias de Enfrentamento" OR "Comportamento Adaptativo" OR "Estratégia de Adaptação" OR "Factores Protectores" OR "Factores de protección" OR "Factor de protección" OR "Adaptación Psicológica" OR "Comportamiento de Enfrentamiento" OR "Estrategias de Enfrentamiento" OR "Comportamiento adaptativo" OR "Estrategia de Adaptación") AND NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" OR "Cardiopatias" OR "Cardiopatia" OR "Doenças do Coração" OR "Doença do Coração" OR "Doenças Cardíacas" OR "Doença Cardíaca" OR "Cardiopatia Grave" OR "Diabete" OR "Diabete Melito" OR "Diabetes" OR "Diabetes Melito" OR "Hipertensão" OR "Hipertensão Arterial" OR "Pressão Arterial Alta" OR "Pressão Sanguínea Alta" OR "enfermedades del corazón" OR "Enfermedad del corazón" OR "Enfermedades Cardíacas" OR "Enfermedad cardiaca" OR "Hipertensión" OR "Hipertensión arterial" OR "Presión Arterial Alta" OR "Presión Sanguínea Alta"))

Referências recuperadas: 3

8. Base de dados: COCHRANE LIBRARY

("Psychological Stress" OR "Psychological Stresses" OR "Life Stress" OR "Life Stresses" OR "Psychologic Stress" OR "Psychological Stressor" OR "Psychological Stressors" OR "Emotional Stress" OR "Mental Suffering" OR "Anguish" OR "Mental Disorder" OR "Behavior Disorders" OR "Emotionally Disturbed" OR "Common Mental Disorder" OR "Common Mental Disorders") AND ("Self Care" OR "Self-Care" OR "Healthy Lifestyle" OR "Healthy Life Styles" OR "Healthy Lifestyles" OR "Healthy Life Style" OR "psychological well-being") AND ("Protective Factors" OR "Protective Factor" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors") NOT ("Chronic Disease" OR "Chronic Diseases" OR "Heart Diseases" OR "Heart Disease" OR "Cardiac Diseases" OR "Cardiac Disease" OR "Diabetes Mellitus" OR "Hypertension" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures"))

Referências recuperadas: 23 Trials

Justificativa para o uso do operador booleano NOT nas estratégias de busca em todas as bases de dados: em virtude de identificar na revisão de literatura preliminar que o comportamento de autocuidado é consideravelmente estudado aplicado ao manejo de doenças crônicas, na lógica do tratamento e reabilitação; não sendo o objetivo da revisão.

****Não houve qualquer filtro de ano, idioma ou tipo de estudo que não tenha sido identificado neste protocolo.**

APÊNDICE 2 - Descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa

Tabela 5 - Descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa

| Autores | Ano | País | Área de Estudo | Tipo de Estudo | Amostra | Instrumentos de mensuração |
|-----------------|------|----------------|-----------------------------|--|--|---|
| Sumi, K. | 1997 | Japão | Psicologia | Transversal (sem follow-up) | Estudantes universitárias (N=176) do sexo feminino japonesas residentes da zona rural do Japão | The Life Orientation Test (otimismo); Social Support Questionnaire Short-Form (SSQ6); The Perceived Stress Scale; Hopluns Symptom Checklist (somatização, depressão e ansiedade). |
| Lyon, B. L. | 2002 | Estados Unidos | Enfermagem | A autora não define. Apresenta-se como um estudo de revisão com a intenção de fornecer um guia prático para as habilidades de autocuidado. Qualitativo | Não utiliza | Não utiliza |
| Li & Lambert | 2007 | China | Enfermagem | Transversal (sem follow-up) | 100 mulheres com câncer de mama de 3 Hospitais da China | Brief COPE (estratégias de enfrentamento); Psychological General Well-being Index (PGWB) |
| Kinnier et al. | 2009 | Estados Unidos | Psicologia | Qualitativo. Coleta por questionários de perguntas abertas. Tratamento dos dados por análise de conteúdo. | Literatura popular de auto-ajuda (10 livros). Terapeutas respeitados (N=17). Indivíduos que acreditam que se recuperaram com sucesso da ansiedade (N=18) ou depressão (N=23) | Não utilizam |
| Roohafza et al. | 2009 | Irã | Saúde pública, Saúde Mental | Transversal tipo Survey (sem follow-up) | 17.593 adultos acima de 19 anos. | Entrevista de 45 minutos sobre fatores demográficos e estilo de vida; General Health |

| | | | | | | |
|-------------------|------|----------------|-------------------------|--|---|--|
| | | | | | | Questionnaire (GHQ-12) (sofrimento mental); questionário de gestão de estresse avaliou os recursos de enfrentamento |
| Ruini et al. | 2009 | Itália | Psicologia | Estudo de intervenção randomizado (com grupo controle), com follow-up (6 meses). | 227 alunos (9 turmas) compuseram 2 grupos. | Ryff's Psychological Well-Being Scale (PWB); Kellner's Symptom Questionnaire (SQ) (sofrimento mental); Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) |
| Lam et al. | 2010 | China | Medicina Familiar | Quantitativo e qualitativo. Entrevistas com 3 grupos focais + Transversal (questionário), sem follow-up. | Graduandos de medicina. Grupo focal N=18 estudantes, 5 a 7 por grupo. Survey N=97 | 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21). |
| Smith et al. | 2011 | Estados Unidos | Medicina | Estudo de intervenção, sem grupo controle, coleta de dados longitudinal (6 meses). | Participantes (N=44) com câncer de mama avançado | Brief COPE (estratégias de enfrentamento); Interpersonal Support Evaluation List (ISEL); Self-efficacy Scale; Life Orientation Test-Revised (otimismo) |
| McKenzie & Harris | 2013 | Austrália | Medicina, Saúde Pública | Qualitativo. Coleta por entrevistas semi estruturadas | 16 pacientes e 5 profissionais (clínicos gerais) | Kessler Psychological Distress Scale (K10) |
| Melnyk et al. | 2013 | Estados Unidos | Medicina preventiva | Ensaio Clínico Randomizado, com follow-up (6 meses). | 779 adolescentes (14-16 anos) em 11 escolas no sudoeste dos EUA | Social Skills Rating System (3 escalas: habilidades sociais, comportamento e desempenho acadêmico); Healthy Lifestyles Behavior Scale - HLBS (comportamento de autocuidado); Beck Youth Inventory II (ansiedade e depressão) |

| | | | | | | |
|-------------------------|------|-----------------------|--|--|--|---|
| Crary, P. | 2013 | Estados Unidos | Enfermagem | Transversal (sem follow-up). | Amostra de conveniência de estudantes de graduação de enfermagem (N=153) da Universidade do Meio-Oeste dos EUA | Perceived Stress Scale 10 (PSS-10); Brief COPE e Self-Compassion Scale (autocuidado); Positive Affect and Negative Affect Scale (PANAS) (humor); PRIME-MD checklist (sintomas físicos). |
| Greeson, Toohey, Pearce | 2015 | Estados Unidos | Medicina e Psicologia | Estudo de intervenção, sem grupo controle e sem follow-up. | 36 estudantes de medicina | Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R); Perceived Stress Scale (PSS) |
| Proudfoot et al. | 2015 | Austrália | Saúde pública | Transversal do tipo Survey (sem follow-up) | Homens australianos (N=465) com idades entre 18 e 74 anos | Male Depression Risk Scale (MDRS); Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (sintomas depressivos); identificar a partir de uma lista estratégias de autocuidado utilizadas. |
| Meng & D'Arcy | 2015 | Canadá | Saúde Pública, Saúde Mental, Epidemiologia | Transversal do tipo Survey (sem follow-up) | 36.984 canadenses | 25 item-Psychological Well-Being Scale; Kessler Psychological Distress Scale (K10); Ways of Coping Scale |
| Nevins & Sherman | 2015 | Estados Unidos | Enfermagem | Transversal (sem follow-up) | Alunas de de bacharelado em enfermagem (N=53) | Self-Care & Complementary Therapies Survey |
| Leventhal et al. | 2016 | Estados Unidos/ Índia | Saúde e Psicologia | Ensaio clínico randomizado, com 4 grupos, sem follow-up. | Mais de 3.000 meninas (equivalente a 7 e 8 série nos EUA) em escolas rurais em Bihar, Índia. | Survey construída: conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados à saúde física, e bem-estar. |
| Kraemer et al. | 2016 | Estados Unidos | Psicologia e Medicina | Estudo de intervenção com grupo controle, sem follow-up | Estudantes de medicina (N=52) | Distress tolerance scale (DTS); Cognitive and Affective mindfulness scale-revised (CAMS-R); |

| | | | | | | Perceived stress scale-10 (PSS-10); Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) |
|-----------|------|-------|-----------------------|---|-------------------------------|---|
| Xu et al. | 2018 | China | Psicologia e Medicina | Ensaio clínico randomizado (simples cego), sem follow-up. | Estudantes de medicina (N=56) | Satisfaction with life scale (SWLS); Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS); Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D); State Anxiety Inventory (SAI) |

ANEXO 1 – Protocolo Prisma
Prisma Check-List para avaliação da Revisão Sistemática

| Section/topic | # | Checklist item | Reported on page # |
|---------------------------|---|---|---|
| TITLE | | | |
| Title | 1 | Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both. | Está identificado no título e também nas palavras-chave, vide capa e resumo (pgs 1, 2, 5 e 6). |
| ABSTRACT | | | |
| Structured summary | 2 | Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number. | Itens contemplados no resumo. Vide pgs 5 e 6. |
| INTRODUCTION | | | |
| Rationale | 3 | Describe the rationale for the review in the context of what is already known. | É realizada revisão de literatura integrativa prévia e justifica-se por não identificar estudos que evidenciem o comportamento de autocuidado como determinante para prevenir TMC, apenas enquanto condição que melhora bem-estar e qualidade de vida. Destaca-se que em artigo futuro isto será condensado. Vide a partir da pg 17 a 30. |
| Objectives | 4 | Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS). | A pergunta de pesquisa é formulada através da estrutura PICO, vide pg 32. |
| METHODS | | | |
| Protocol and registration | 5 | Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number. | Ponto de limitação do estudo, não há protocolo de registro. |
| Eligibility criteria | 6 | Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale. | Revisão sistemática sem metanálise, pergunta construída a partir da estratégia PICO. Busca realizada em dezembro/2018 sem filtro de idioma, ano, ou tipo de estudo. Critérios de inclusão: estudos que tratavam da relação entre autocuidado & sofrimento mental, tendo portanto os dois |

| | | | |
|-------------------------|----|--|---|
| | | | constructos ou seus similares. Foram considerados similares para autocuidado: resiliência, autoeficácia, autogestão, estilo de vida saudável, bem-estar, bem-estar psicológico ou a descrição do comportamento de autocuidado sem nomeá-lo. Para sofrimento mental: stress psicológico, stress (excluindo a literatura típica de coping), depressão, ansiedade, somatização, sofrimento, tristeza, angústia. Vide pg 37-38. |
| Information sources | 7 | Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched. | Busca foi realizada a partir de oito bases de dados, vide pg 32-33. |
| Search | 8 | Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated. | O protocolo de busca completo, de todas as oito bases de dados, pode ser visualizado no anexo 1, pg 60. |
| Study selection | 9 | State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, and, if applicable, included in the meta-analysis). | O processo de seleção dos estudos se deu de acordo com o <i>fluxograma prisma (Flow Diagram)</i> que possui quatro grandes etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, vide pg 37 e Figura 1. |
| Data collection process | 10 | Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. | Todo o procedimento de coleta dos dados está descrito. Vide pg 33 |
| Data items | 11 | List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made. | Cada objetivo constituiu uma categoria de análise. Os estudos foram divididos em duas grandes categorias: (1) aqueles que discutiam as dimensões do comportamento de autocuidado e (2) aqueles que propunham intervenções produtoras de bem-estar/qualidade de vida. Cada um dos estudos que integraram a revisão foram lidos na íntegra e grifados nas citações consideradas relevantes para responder às categorias. As citações em amarelo reportavam-se à categoria 1 e às em verde à categoria 2. Posteriormente, foi realizada a síntese dos estudos dialogando-os dentro das categorias. |

| | | | |
|------------------------------------|----|--|---|
| Risk of bias in individual studies | 12 | Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis. | A análise de viés foi realizada a nível dos estudos primários. Consistiu no diálogo com pesquisadores mais experientes e do uso de informações que não fossem tão contexto-dependentes, que se verificasse maior respaldo na literatura. |
| Summary measures | 13 | State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means). | Não se aplica, a análise é estritamente qualitativa. |
| Synthesis of results | 14 | Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis. | A síntese dos estudos primários foi realizada de forma estritamente qualitativa, dialogando, evidenciando-se similaridades e discrepâncias entre os estudos. |
| Risk of bias across studies | 15 | Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies). | |
| Additional analyses | 16 | Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified. | |
| RESULTS | | | |
| Study selection | 17 | Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram. | Foram identificados 2028 estudos nas oito bases de dados. Foram excluídos os duplicados (188), excluídos 10 documentos importados sob a nomeação de <i>no title</i> , que não carregavam qualquer informação, 11 entrevistas e 10 editoriais porque o interesse da pesquisa é pela evidência científica e os dois últimos são tipos textuais repletos de opinião e subjetividade. Restaram 1809 estudos sujeitos a triagem, que passaram por 3 avaliadores resultando em 24 estudos que foram lidos na íntegra para aplicação dos critérios de elegibilidade/ inclusão. 1 foi publicado somente no idioma alemão, o que impossibilitou a leitura, 2 não se conseguiu acesso por nenhuma plataforma e 3 foram excluídos por não completarem os critérios de inclusão: Mosley et al era extremamente focado na literatura de coping tratava da relação dos estilos de enfrentamento, stress e aproveitamento no curso, sem identificar estratégias de autocuidado ou propor intervenção |

| | | | |
|-------------------------------|----|--|--|
| | | | em saúde. Savundranayagam et al a partir de uma intervenção restringem-se a avaliar a autoeficácia quanto a carga de cuidado em um grupo de cuidadores. McCue & Sachs focalizam o contexto medico profissional e o burnout. Na realidade todo esse processo está descrito ainda no método, junto ao <i>fluxograma prisma (Flow Diagram)</i> , vide pg 37 |
| Study characteristics | 18 | For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations. | Os estudos primários incluídos na síntese qualitativa foram caracterizados de acordo com as seguintes variáveis: autores; ano; país; área de conhecimento; desenho do estudo; amostra; instrumento de mensuração dos desfechos, conforme a <i>Tabela 5 - Descrição dos estudos primários incluídos na síntese qualitativa</i> , ANEXO 2. Vide pg 65 Também há uma descrição sumária dos estudos no item 6. Síntese dos estudos primários, pg 39. |
| Risk of bias within studies | 19 | Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12). | As limitações são principalmente referente aos estudos de intervenção+ensaios clínicos randomizados = 7: dois deles não comparam com grupo controle e apenas 3 realizam o follow-up da intervenção (possível verificar na tabela 5, anexo 2, pg66). Também nenhum deles teve controle das demais variáveis ambientais e contextuais durante o período em que a intervenção estava sendo desenvolvida. |
| Results of individual studies | 20 | For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot. | A síntese qualitativa apresenta os resultados de todos os estudos incluídos na revisão sistemática, vide pg 39 |
| Synthesis of results | 21 | Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency. | Não se aplica, a análise é estritamente qualitativa. |
| Risk of bias across studies | 22 | Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15). | |
| Additional analysis | 23 | Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]). | |

| DISCUSSION | | | |
|---------------------|----|--|---|
| Summary of evidence | 24 | Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers). | A síntese qualitativa, a partir dos estudos incluídos na revisão sistemática, apresenta-se dividida em três categorias: uma primeira que discute as dimensões presentes no comportamento de autocuidado (otimismo, atividade física, atividades agradáveis, dieta nutritiva, self-talk positivo, esquematização de metas, dentre outras); uma segunda que discute as dimensões presentes no comportamento de autocuidado especificamente nas amostras com estudantes e profissionais da saúde, onde referem que o autocuidado fornece recursos tanto pessoais quanto para auxiliar no cuidado com os outros; e a última categoria que descreve as intervenções em saúde produtoras de bem-estar/qualidade de vida. Vide pg 39 |
| Limitations | 25 | Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias). | Pontos de atenção e limitações são apresentados no item 7.Conclusões, vide pg 53 |
| Conclusions | 26 | Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research. | O resumo dos principais resultados, implicações para prática e sugestões para futuras pesquisas estão descritos no item 7.Conclusões, vide pg 53 |
| FUNDING | | | |
| Funding | 27 | Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review. | Não houve qualquer financiamento. |

