UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL

BRUNO DA SILVA LOURENÇO

ATIVIDADE FÍSICA COMO UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL: Uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem.

Rio de Janeiro
2016

BRUNO DA SILVA LOURENÇO

ATIVIDADE FÍSICA COMO UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL: Uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem.

Dissertação de Mestrado apresentada para banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria Angélica de Almeida Peres
Co - Orientadora: Profª Drª Isaura Setenta Porto

Rio de Janeiro
2016

FICHA CATALOGRÁFICA:

L892 Lourenço, Bruno da Silva.
Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem / Bruno da Silva Lourenço. 2016.
151 fl.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2016.

Orientador: Maria Angélica de Almeida Peres
Co-orientador: Isaura Setenta Porto

1. Exercício Físico. 2. Transtornos Mentais. 3. Enfermagem Psiquiátrica. 4. Cuidados de Enfermagem – Teses.
I. Peres, Maria Angélica de Almeida; Porto; Isaura Setenta (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título.

CDD: 610.73

Bruno da Silva Lourenço

ATIVIDADE FÍSICA COMO UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA EM SAÚDE MENTAL: Uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem.

Relatório de Dissertação apresentado para banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 18 de abril de 2016.

Membros Efetivos:

.....

Maria Angélica de Almeida Peres
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ

.....

Hélio Lemos Furtado
Doutor em Educação Física
Curso de Educação Física, Universidade Castelo Branco

.....

Rafael Celestino da Silva
Doutor em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ

Membros Suplentes:

.....

Edna Gurgel Casanova
Doutora em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem, UERJ

.....

Jaqueline da Silva
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

AGRADECIMENTOS:

Primeiramente a Deus, por me permitir uma nova oportunidade a cada manhã.

Aos meus avós, Francisco e Neuza (in memorian), que mesmo sem instrução, acreditavam que a educação é um elemento transformador e sempre me incentivaram a investir na sua obtenção.

A minha amada esposa, Janaína, pela sua inesgotável tranquilidade, compreensão e companheirismo e por me incentivar quando as forças já se esgotavam. Sua presença é fundamental em minha vida. Obrigado por me possibilitar ter uma linda família.

Aos meus preciosos filhos, Breno e Enzo, meu amor incondicional. Tudo que sou e que tenho é por vocês.

Aos meus pais, Luiz e Liceia, que sempre lutaram para que os filhos tivessem as melhores oportunidades.

A minha irmã Bruna pelo seu carinho e amizade.

A Professora Lilian Hortale (in memorian) pelos ensinamentos e por ter acreditado em tão pouco tempo em mim. Saudades de nossos momentos de orientação.

As minhas orientadoras, Professoras Maria Angélica de Almeida Peres e Isaura Setenta Porto, por terem me acolhido, pela confiança e tranquilidade durante a convivência da orientação. Seus apontamentos foram fundamentais para o direcionamento desse estudo.

A Professora Maria Manuela pelo incentivo quando essa jornada não fazia mais sentido.

Ao Professor Rafael Celestino pela amizade e pelos ensinamentos.

Aos meus amigos Fabrício Fernandes, Bruno Barbosa e Hilton Costa, pela parceria e amizade.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação da EEAN, Jorge, Sônia e Cíntia pela paciência e ajuda. A Coordenação pelos encaminhamentos após a perda de minha primeira orientadora.

Aos Mantenedores da Universidade Castelo Branco, a Diretora de Graduação, Professora Tatiane Duarte e a Reitoria da Universidade Castelo Branco, por incentivar a formação e o aprimoramento profissional e por compreenderem minhas ausências ao serviço, em função deste objetivo.

Aos pacientes da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil por terem sido a inspiração para esse trabalho.

A todos que contribuíram para a concretização desta Dissertação.

RESUMO

LOURENÇO, Bruno da Silva. **Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

Este estudo teve por objetivo caracterizar as evidências científicas a partir da reforma psiquiátrica brasileira sobre a prática de atividade física como estratégia terapêutica em saúde mental. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de artigos completos presentes nas bases LILACS, CINAHL, MEDLINE, SciELO, COCHRANE e SciVerse Scopus, acessíveis com os descritores atividade física, apoio social, saúde mental, enfermagem, transtornos mentais, terapêutica e enfermagem psiquiátrica, bem como seus correspondentes em inglês e espanhol. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão chegou-se a amostra final de oito artigos, que foram organizados e discutidos nas categorias de análise: Obesidade e síndrome Metabólica, Enfermagem especializada, Sedentarismo e estilo saudável, Apoio e rede social, Incentivo à prática de atividade física e Ansiedade e atividade física. Dentre os países que originaram os artigos selecionados, destacam-se a Austrália, com três artigos, seguida pela Suécia com dois artigos. Os Estados Unidos da América (EUA), o Reino Unido e Taiwan, tiveram um artigo cada. Com relação ao valor das evidências, cinco artigos tiveram menor nível de evidência e três elevado nível de evidência. A prática de atividade física mostrou-se importante elemento de socialização e promoção do bem estar e incentivo à mudanças no estilo de vida. Os benefícios da atividade física a saúde física não foi totalmente elucidada, uma vez que na amostra de artigos não constavam estudos que possibilitasse tal identificação, principalmente pela limitação metodológica na execução e acompanhamento desta prática. Por outro lado, a prática de atividade física demonstrou-se bastante eficaz na prevenção e no combate ao diferentes níveis de ansiedade, bem como na prevenção de doenças e promoção da saúde desses usuários. Além disso, a prática da atividade física, geralmente em grupo, promove inter-relações pessoais, aumento da autoestima e desenvolve a capacidade de socialização das pessoas. Conclui-se que na busca da melhor evidência disponível para a prática de atividade física de pessoas com transtorno mental e sua reinserção social, foram evidenciados importantes benefícios, individuais e coletivos, na prática de atividade física como forma de promoção da saúde e agente integrador das pessoas. A atividade física pode e deve ser usada como estratégia terapêutica no cuidado às pessoas com transtorno mental pelos profissionais de saúde, em especial, pelo enfermeiro, uma vez que estimula a socialização e o estabelecimento de vínculos interpessoais, indo ao encontro dos preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, que tem como um de seus objetivos o tratamento de base territorial que ofereça às pessoas com transtorno mental possibilidades de exercer sua cidadania. Descritores: Atividade física. Saúde Mental. Apoio Social. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

LOURENÇO, Bruno da Silva. **Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implications for nursing care.** Rio de Janeiro, 2016. Dissertation of Master Degree on Nursing. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

This study aimed to characterize the scientific evidence from the Brazilian psychiatric reform on physical activity as a therapeutic strategy for mental health. This is an integrative literature review complete these articles in the LILACS, CINAHL, MEDLINE, SciELO, COCHRANE and SciVerse Scopus, accessible with the descriptors physical activity, social support, mental health, nursing, mental disorders, therapy and psychiatric nursing as well as their counterparts in Spanish and Portuguese. After application of the inclusion and exclusion criteria reached the final sample of eight articles, which were organized and discussed in the categories of analysis: Obesity and metabolic syndrome, specialized nursing, sedentary lifestyle and healthy lifestyle, support and social network, Incentive practice physical and Anxiety and physical activity activity. Among the countries that originated the selected articles stand out Australia, with three articles, followed by Sweden with two articles. The United States of America (USA), the United Kingdom and Taiwan, had an article each. Regarding the value of evidence, five articles had low level of evidence and three high level of evidence. The physical activity was an important element of socialization and promoting the welfare and encouraging changes in lifestyle. The benefits of physical activity physical health has not been fully elucidated, since the sample articles not included studies that would allow such identification, mainly for failure in the implementation and monitoring of this practice methodology. On the other hand, physical activity has been shown to be very effective in preventing and combating different levels of anxiety as well as disease prevention and health promotion of these users. In addition, physical activity, usually in groups, promotes inter-personal relationships, increased self-esteem and develops socialization ability of people. We conclude that the search for the best available evidence for the physical activity of people with mental disorders and their social reintegration, important benefits, individually and collectively were evidenced in physical activity as a means of health promotion and integration agent of the people. Physical activity can and should be used as a therapeutic strategy in the care of people with mental disorder by health professionals, especially by nurses, as it stimulates the socialization and the establishment of interpersonal bonds, meeting the principles of the psychiatric reform Brazil, which has as one of its objectives the treatment of territorial base that offers people with mental disorders possibilities to exercise their citizenship. Keywords: Physical activity. Mental health. Social support. Nursing care.

RESUMEM

LOURENÇO, Bruno da Silva. **La actividad física como estrategia terapéutica en salud mental : una revisión integradora con implicaciones para la atención de enfermería.** Rio de Janeiro, 2016. Disertación de Master Grado en Enfermería. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

El objetivo de ese estudi fue caracterizar las evidencias científicas después de la reforma psiquiátrica brasileña sobre la actividad física como estrategia terapéutica para la salud mental. Se trata de una revisión integradora de la literatura completan estos artículos en la LILACS, CINAHL, MEDLINE, SciELO, Cochrane y SciVerse Scopus, accesible con los descriptores de actividad física, apoyo social, salud mental, enfermería, trastornos mentales, terapia psiquiátrica y de enfermería así como sus homólogos en portugués y Inglés. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión llegó a la muestra final de ocho artículos, que fueron organizados y discutidas en las categorías de análisis: La obesidad y el síndrome metabólico, enfermería especializada, el sedentarismo y el estilo de vida saludable, el apoyo y la red social, la práctica de Incentivos La ansiedad y la actividad física y la actividad física. Entre los países que dieron origen a los artículos seleccionados destacan Australia, con tres artículos, seguido de Suecia, con dos artículos. Los Estados Unidos de América (EE.UU.), el Reino Unido y Taiwán, tuvieron un artículo cada uno. En cuanto al valor de las pruebas, cinco artículos tenían bajo nivel de evidencia y tres de alto nivel de evidencia. La actividad física es un elemento importante de la socialización y la promoción del bienestar y cambios alentadores en el estilo de vida. Los beneficios de la salud física de la actividad física no ha sido completamente aclarada, ya que los artículos de muestra no se incluyeron los estudios que permitan tal identificación, principalmente para el fracaso en la aplicación y vigilancia de esta metodología práctica. Por otra parte, la actividad física ha demostrado ser muy eficaz en la prevención y la lucha contra los diferentes niveles de ansiedad, así como la prevención y la salud de la enfermedad promoción de estos usuarios. Además, la actividad física, por lo general en grupos, promueve las relaciones interpersonales, el aumento de la autoestima y desarrolla la capacidad de socialización de las personas. Llegamos a la conclusión de que la búsqueda de la mejor evidencia disponible para la actividad física de las personas con trastornos mentales y su reintegración social, beneficios importantes, tanto por separado como colectivamente, se pone de manifiesto en la actividad física como medio de promoción de la salud y el agente de la integración de la personas. La actividad física puede y debe ser utilizada como estrategia terapéutica en la atención de las personas con trastorno mental por profesionales de la salud, sobre todo por las enfermeras, ya que estimula la socialización y el establecimiento de vínculos interpersonales, el cumplimiento de los principios de la reforma psiquiátrica Brasil, que tiene como uno de sus objetivos el tratamiento de base territorial que ofrece a las personas con trastornos mentales posibilidades de ejercer su ciudadanía. Palabras clave: actividad física. Salud mental. El apoyo social. Los cuidados de enfermería.

LISTA DE SIGLAS:

AF - Atividade Física

CAD – Centro de Atenção Diária

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Aleed Health Literature

DECS - Descritores em Ciências de Saúde

EBE - Enfermagem Baseada em Evidências

EEAN/UFRJ – Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

EUA – Estados Unidos da América

IMC – Índice de Massa Corporal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MEDLINE – Medical Literature Analisis an Retrieval Sistem Online

MeHS – Medical Subject Headings

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NOB – Norma Operacional Básica

PAPA – Physical Activity for Person with Anxiety

PBE - Prática Baseada em Evidências

RI - Revisão Integrativa

SciELO – Scientific Eletronic Library

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UISM – Unidade Integrada de Saúde Mental

LISTA DE QUADROS:

página:

Quadro 1. Principais benefícios atribuídos à atividade física. Rio de Janeiro, janeiro 2016..... 47

Quadro 2. Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Rio de Janeiro, janeiro 2016 49

Quadro 3. Descritores adotados no 2º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016 50

Quadro 4. Descritores adotados no 3º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016 51

Quadro 5. Descritores adotados no 4º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016 52

Quadro 6. Descritores adotados no 5º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016 53

Quadro 7. Artigos selecionados após os cinco turnos do levantamento bibliográfico, por base de dados. Rio de Janeiro, janeiro 2016 53

Quadro 8. Distribuição dos artigos segundo as categorias identificadas. Rio de Janeiro, janeiro 2016 55

Quadro 9. Quadro sintético da amostra da RI, após os cinco turnos do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016 57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

página:

Figura 1. Componentes da decisão na Enfermagem Baseada em Evidências (EBE). Rio de Janeiro, janeiro 2016..... 40

Figura 2. Hierarquia das Evidências. Rio de Janeiro, janeiro 2016 42

SUMÁRIO:

página:
INTRODUÇÃO..... 12
Aproximação à Temática 12
A Atenção a Saúde Mental, a Consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os desafios atuais da reinserção Social das pessoas com transtorno mental..... 14
Reinserção Social: avanços e desafios atuais..... 20
Aspectos da atenção em saúde mental relacionados ao cuidado de enfermagem..... 25
Questão de Pesquisa 28
Objeto de Estudo 28
Objetivos da Investigação..... 28
Justificativa e Relevância..... 28

CAPÍTULO I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: BUSCA POR EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS 31
1.1 Prática Baseada em Evidências..... 31
1.2 Prática Baseada em Evidências e a Enfermagem..... 38

CAPÍTULO II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... 44
2.1 Procedimento para seleção da amostra da RI 44
2.1.1 Primeira etapa: Estabelecimento do problema da RI..... 44
2.1.2 Segunda etapa: Busca na literatura..... 44
2.1.3 Terceira etapa: Extração dos dados dos artigos incluídos na RI..... 54
2.1.4 Quarta etapa: Apresentação da RI..... 54
2.1.5 Quinta etapa: Resultados e discussão..... 55

CAPÍTULO III. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A amostra da RI..... 56
3.1 Descrição da amostra da RI..... 58

CAPÍTULO IV. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A síntese da RI..... 76
4.1 Categoria I – Obesidade e síndrome metabólica..... 76
4.2 Categoria II – Enfermagem especializada..... 80
4.3 Categoria III – Sedentarismo e estilo de vida saudável..... 82
4.4 Categoria IV – Apoio e rede social..... 84
4.5 Categoria V – Incentivo a prática de atividade física..... 88
4.6 Categoria VI – Ansiedade e atividade física..... 90

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 97
APÊNDICE A – Referências dos artigos da amostra da RI..... 111
APÊNDICE B – Protocolos de leitura dos estudos da amostra da RI..... 112

INTRODUÇÃO:

Aproximação com a temática:

Durante o curso de graduação em Enfermagem, realizado na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), inexistia um planejamento de carreira para investir na formação para o campo da psiquiatria, embora não tivesse nenhum impedimento para tal feito e tenha realizado atividades assistenciais neste campo com muita satisfação e empenho. Após o término de minha graduação, comecei a trabalhar em uma unidade de terapia intensiva para adultos, em um destacado hospital de âmbito privado, no município do Rio de Janeiro. Esta unidade possuía como característica, a permanência de pacientes em estado grave, sem condições de estabelecer uma comunicação verbal, tamanha a complexidade de seus quadros clínicos. A assistência de enfermagem a estes pacientes era altamente complexa, na qual qualquer erro ou falta de atenção poderia levar ao risco de morte do paciente.

Então, no ano de 2006, após ingressar como enfermeiro na Marinha do Brasil, minhas escolhas profissionais sofreram uma grande reviravolta. Após o término do curso de formação de oficiais, sem opção de escolha, fui designado para uma instituição psiquiátrica, que prestava assistência à família naval. Comecei a atuar como enfermeiro psiquiátrico em uma instituição militar, na qual o serviço de saúde mental era destinado ao atendimento: do militar da ativa, aquele que desempenha as atividades militares no seu tempo de serviço regular; do militar inativo, aquele que cumpriu seu tempo de serviço; e, dos dependentes de ambos. Naquele momento, trabalhar na saúde mental era um grande desafio, pois, até então, a única experiência que havia adquirido na área tinha sido a obtida no curso de graduação.

Este contato mais aprofundado com a saúde mental resgatou minha aprendizagem durante o curso de graduação e destacou para mim o papel do enfermeiro como fundamental para o desenvolvimento de uma assistência em saúde mental de forma acolhedora e eficaz. O fato de lidar com pacientes críticos em unidade de terapia intensiva, atrelada ao conhecimento adquirido durante os seis anos de serviço militar cumprido em uma unidade integrada de saúde mental (UISM), gerou o interesse de levar a pessoa com transtorno mental uma assistência de enfermagem de qualidade, que pudesse abranger sua saúde mental e física.

Durante o exercício de minhas funções nesta unidade, observei que havia um descompasso das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro para prestar cuidados as pessoas com transtorno mental, envolvendo um desequilíbrio entre a saúde mental e a saúde física. Este desequilíbrio estava na ausência de medidas estratégicas por parte do enfermeiro, voltadas para estas pessoas, visando prevenção de agravos à sua saúde, tais como as ações direcionadas as pessoas de outras clínicas,

que é assistido no hospital geral ou na rede ambulatorial. Neste período ficou evidente o déficit assistencial clínico as pessoas com transtorno mental na instituição.

Outro fator que contribuiu para a escolha do tema desta dissertação foi a experiência de trabalhar em uma instituição militar, que preza pela manutenção do vigor físico de seu pessoal, que deve estar sempre preparado para servir a nação em situação de conflito. As atribuições que o militar desempenha exigem que ele se mantenha sempre preparado, mesmo em tempos de paz, o que requer um elevado nível de saúde física e mental. Paradoxalmente, a pessoa com transtorno mental internada na instituição militar de assistência em saúde mental deixava de ter estímulo para a prática de atividades físicas como uma maneira de melhorar e manter sua condição de saúde.

É óbvio que o contexto da pessoa com transtorno mental não é o mesmo do militar e que nem todas as pessoas atendidas na instituição são militares, uma vez que a mesma atende aos seus dependentes. Porém, por estar inserido dentro de uma instituição militar, que presta assistência à saúde mental, e considerando-se que o condicionamento físico faz parte da cultura militar, o seu tratamento poderia ter o acréscimo da prática de atividade física regular, para a promoção de sua saúde e qualidade de vida, bem como estratégias para o incremento de sua sociabilidade, por vezes prejudicada em decorrência do adoecimento psíquico.

Assim, passei a buscar para o cotidiano da pessoa com transtorno mental, medidas que atuassem na sua saúde física e psíquica, por compreender a complexidade do processo de tratamento da mesma, e também por acreditar que uma assistência de enfermagem qualificada e comprometida pode modificar o triste cenário gerado pelos anos de internação psiquiátrica e romper as marcas da institucionalização.

As medidas empregadas eram simples e envolviam a prática de atividade física, que também tinham cunho terapêutico e possibilitavam maior gasto energético, como era o caso das caminhadas no campo de futebol e atividades de recreação, realizadas em parceria com o professor de educação física e com a devida avaliação médica. Estas atividades também eram uma oportunidade de socialização, elemento essencial para os objetivos propostos pelo Centro de Atenção Diária (CAD) da unidade, que também atendia as pessoas com transtorno mental internadas e ajudavam a romper, mesmo que temporariamente, suas características manicomiais, pois os mesmos passavam a maior parte de seus dias restritos às paredes das enfermarias, fato que contribuía para o agravamento de seu quadro psiquiátrico e que ía na contramão do que é preconizado pelos pressupostos da reforma psiquiátrica. Diante dessa experiência surgiu o desejo de fazer o curso de mestrado com a temática da dissertação na Saúde Mental relacionada às atividades físicas, no processo de atenção psicossocial.

Atenção à Saúde Mental, a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e os avanços e desafios atuais da reinserção social:

Um momento marcante dentro da trajetória da Reforma Psiquiátrica foi uma experiência realizada no início dos anos 1960, em Goriza - Itália. Naquela localidade, Franco Basaglia (1985), dentre outros, iniciaram um projeto de reformar um hospital psiquiátrico. Ele propôs práticas mais humanas no atendimento em Saúde Mental, no sentido de romper com o modelo de atenção centralizado no hospital psiquiátrico. Ainda postulou a desconstrução do hospital psiquiátrico, de suas paredes, como também dos seus saberes e práticas. Assim, foram então criados outros serviços e dispositivos ditos substitutivos, tais como os Centros de Saúde Mental. A partir desta experiência, houve uma grande inspiração para a Reforma brasileira (BASAGLIA, 1985).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, nos anos 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, eqüidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, esse processo tem evoluído com uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças para a superação do modelo manicomial, no auge da democratização. Ele também foi demarcado por denúncias de violência e maus-tratos impetrados aos doentes mentais de longa permanência em hospitais públicos e privados feitas principalmente pelos trabalhadores de Saúde Mental. A partir de então, iniciou-se o movimento social pelos direitos das pessoas com transtorno mental, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, dentre os seus princípios, questionava a lógica cartesiana da ciência médica, “o papel normatizador das instituições e a busca de uma transformação do ato em saúde” (AMARANTE, 1995, p. 102).

A atual concepção de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da Saúde Mental (AMARANTE, 2008). Por esta ótica o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas desse processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde e, principalmente, as pessoas portadoras de transtornos mentais e os familiares dos que usam os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e de outros serviços substitutivos ao hospital. Este é um protagonismo insubstituível (BRASIL, 2005). “*A Reforma Psiquiátrica é mostrada como um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que*

caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos" (AMARANTE, 2008, p. 75).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos das pessoas com transtorno mental em nosso país. Surge neste ano o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Sobretudo, é este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência; e, a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, SP, em 1987, adotou o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Neste período destacam-se o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pessoas com transtorno mental. Esta intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de maneira inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, do Partido dos trabalhadores de Minas Gerais, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (DELGADO *et al*, 2007). Assim, teve início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, com o poder de controle social exercido através dos "Conselhos Comunitários de Saúde" (BRASIL, 2006). Como resultado deste movimento pela legalização dos novos princípios, entre dezembro de 1991 e janeiro de 1992, foram publicadas as primeiras portarias do Ministério da Saúde (MS) no sentido de viabilizar, financeiramente, a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de Saúde Mental (ALVES e GULJOR, 2005).

A partir desse legado, o processo da Reforma Psiquiátrica potencializou-se com a realização de sucessivas Conferências de Saúde Mental, no sentido de construir outro modo de pensar sobre a pessoa com transtorno mental, não apenas identificando seu diagnóstico, mas ressaltando sua

existência e seu sofrimento. Assim, contextualizou-se o processo saúde - doença psíquica, que vinculou o conceito de saúde ao exercício da cidadania. Este entendimento diferenciado promoveu o debate social, muito enfatizado nos meios jurídicos, legislativos e nas questões relacionadas ao modelo assistencial da época. Entretanto, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi sancionada no país. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, com modificações no texto normativo.

Assim, a Lei Federal n.º 10.216 redirecionou a assistência em Saúde Mental privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação desta Lei impôs um novo impulso e um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi no contexto da promulgação da Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a se consolidar ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2001a; BARROSO e SILVA, 2011).

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental ratificou as propostas relacionadas à reabilitação psicossocial e à construção da rede de atenção à saúde mental. Fruto desta indicação foi a regulamentação e normatização específica para o funcionamento dos CAPS, por meio da Portaria n. 336/02 (BRASIL, 2002). Eles foram eleitos os procedimentos substitutivos em saúde mental para suprir a demanda produzida pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e como o lugar de produção de novos modelos de assistência. Nesse âmbito, o CAPS assumiu especial relevância no cenário das novas práticas em Saúde Mental do país, configurando-se como dispositivo estratégico em substituição ao modelo hospitalar anterior.

Os CAPS apresentam a proposta de lidar com os transtornos psíquicos de maneira diferenciada da abordagem tradicional, o que requer a construção de novos conceitos para uma adequada aproximação e análise desses novos serviços, para promover a produção de novas práticas sociais. Os critérios para a inclusão do usuário no serviço consideram o grau de autonomia ou dependência para cuidados pessoais, trabalho, moradia, lazer, cultura e rede social. As estratégias de intervenção são planejadas, têm objetivos estabelecidos (projeto terapêutico individualizado) e devem ser avaliadas periodicamente pela equipe (BRASIL, 2002).

Os CAPS e os demais serviços de saúde mental necessitam estar articulados com a rede de saúde, assumindo nela um papel estratégico, como também estarem inseridos em outras redes sociais, a fim de poderem cumprir sua atuação primordial na inclusão social das pessoas com transtorno

psíquico. Integrar-se ao cotidiano dessas pessoas e conhecer sua realidade vem potencializar os cuidados em saúde mental para sua a reinserção social na comunidade.

O modelo tem como filosofia rever as relações internas de poder, a inclusão social da pessoa com transtorno mental, utilizar recursos da comunidade e envolver familiares no tratamento, trabalhando para a autonomia do sujeito. Assim, no contexto de um CAPS, o papel dos profissionais e sua ação diária preveem mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações.

Tendo em vista que o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS e é um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtorno mental, é preocupante o fato de pouco se investir em atividades terapêuticas que tenham como estímulo a prática de atividade física (AF). Essa afirmação corrobora com o que é observado no estudo de Adamoli e Azevedo (2009), desenvolvido em sete CAPS da cidade de Pelotas, onde os achados da pesquisa reforçam a necessidade de aperfeiçoamento no serviço oferecido nos mesmos, tendo em vista o quadro desfavorável apresentado em relação à prática de AF pelos usuários do serviço.

A partir da criação dos CAPS foram criadas pelo Ministério da Saúde, linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Dessa forma, a rede de atenção diária à Saúde Mental experimentou uma grande expansão passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, nas quais a assistência comunitária em Saúde Mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, foi impulsionado o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, com a criação do Programa “De Volta para Casa” (BRASIL, 2003).

Segundo Cordioli, Borenstein e Ribeiro (2006), um conjunto de portarias e leis, editadas pelo Ministério da Saúde definiram as novas exigências em relação à assistência psiquiátrica prestada as pessoas com transtorno mental. Estas exigências incluíram a adequação das condições físicas das instituições de atendimento, o uso como referência das regras da vigilância sanitária, a existência de um projeto terapêutico, equipe multidisciplinar e demais mecanismos que garantiram melhorias na qualidade assistencial. Nessa última década muitas das bandeiras de luta do Movimento tornaram-se realidade no país. Os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa” expandiram significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas.

Em relação à desinstitucionalização, houve uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. E, paralelamente,

consolidou-se um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital, como uma escolha da política pública de Saúde Mental no país. Em retrospecto, no Brasil, a expansão de leitos psiquiátricos atingiu seu ápice em 1985, com 123.355 leitos credenciados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com 23,57% do total de leitos oferecidos no Brasil, o primeiro lugar em oferta por especialidade. Já em 2011, o número de leitos psiquiátricos credenciados ao SUS, estava em torno de 32.284, uma redução de 382,1%, ao lado da expansão progressiva da cobertura assistencial em Saúde Mental composta por uma rede com 1.742 CAPS distribuídos em todo o país, 625 Serviços Residenciais Terapêuticos e 3.961 beneficiários do *Programa de Volta para Casa* (BRASIL, 2012).

Alguns aspectos do SUS são fundamentais para o entendimento da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, em relação aos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, bem como para a sua gestão. Com a Constituição de 1988, a Saúde passa a ser um "direito de todos e dever de estado". No caminho das mudanças assinaladas pela Reforma Sanitária, o SUS é criado a partir da aprovação da Lei Orgânica (Leis n.os 8080/90 e 8142/90) e sua operacionalização ficou definida pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que regulam o processo de descentralização das ações e serviços em saúde.

Assim, ao enfatizar a rede de atenção em saúde, percebe-se a necessidade de organizá-la com ligação à comunidade. Esta opção com enfoque nas pessoas com transtorno mental e suas famílias, amigos e demais interessados e nas equipes de atenção básica em saúde, entre elas as Unidades Básicas e do Programa de Saúde da Família tornaram-se subsídios necessários nos esforços de cuidado e de reabilitação psicossocial. Neste sentido, como afirma Merhy (2002a), era necessário partir para novos mapas, para novos sentidos territoriais. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica constituiu-se num processo social complexo compreendendo-se "complexo" não como uma redução à complicação, mas como uma "relação entre as parte e o todo" em que "o todo que está igualmente na parte [...]", ou seja, onde "cada ponto contém a totalidade" (MORIN, 2004, p. 14).

Nessa perspectiva, o SUS define que, as ações e serviços públicos de saúde: (1) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, como direção única em cada esfera dos governos; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais; (2) participam da comunidade entendendo-se a descentralização como um processo hierárquico de complexidade crescente e municipalização dos serviços, bem como o repasse de verbas; (3) adotam a integralidade como priorização das ações preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais; e, (4) participam da comunidade no que se refere ao controle dos serviços e dos recursos da saúde por parte

dos servidores técnicos e dos usuários, por meio de representação em Fóruns e convenções municipais, regionais e nacionais (RIBEIRO, 2002, p. 54).

Assim, além desses aspectos ligados à gestão, a complexidade dos serviços também se torna um desafio para a Reforma Psiquiátrica, na medida em que essa concepção prevê que haja atendimento em saúde desde o posto da unidade básica até os grandes hospitais, responsáveis por procedimentos mais "complexos", que utilizam mais materiais e recursos, além de requererem um atendimento mais especializado. Esta noção de complexidade pressupõe uma hierarquia determinada pelo tipo de serviço do SUS, na contramão da Reforma Psiquiátrica.

Esta hierarquização dificultou a aprovação da Reforma Psiquiátrica, pois os moldes burocráticos forçaram os novos serviços a se incorporarem na rede de saúde, caracterizando-os como primários ou secundários ou terciários. Isto levou a classificação de "crises e tipos de crises", uma hierarquização para a Saúde Mental, que dificultou o acesso do usuário e deixou a desejar a eficácia dos resultados (CAMPOS, 2000). Segundo Lancetti (2006), no caso da Saúde Mental, a complexidade é invertida. No nível terciário - atenção hospitalar, as respostas são padronizadas, massificadas, elementares, centradas nas medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento, entre outras. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas, pois implicam em lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, enfim, com os atores sociais no território em que vivem. Nesse sentido, *"o processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto, cuja ênfase não é mais colocada na cura (a vida produtiva), mas na produção de vida"* (KANTORSKI, 1992, p. 35).

Nessa perspectiva, torna-se urgente a adoção de novas formas de pensar a gestão e o trabalho em Saúde Mental, com a finalidade de desconstruir o modelo médico-psiquiátrico clássico, que estabelece hierarquias; centraliza o hospital como local das ações de saúde; e, estas ações definem, por sua vez, lugares e modos de fazer Saúde Mental, que ainda dão sustentação ao processo de exclusão social historicamente construído. Por isso, quando o conceito de saúde é compreendido no seu sentido mais amplo, desfazemos a conceituação com base na dualidade entre o normal e o patológico, na qual ser diferente estaria errado, demonstrando uma aproximação maior com a moral do que com a saúde (SILVA *et al*, 2004).

Por outro lado, a estratégia de colocar a doença entre parênteses é uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria, quando ela adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade, e acabou culminando por objetivar e o sujeito e a experiência humana (AMARANTE, 2007). Esta maneira de olhar o ser humano em sofrimento psíquico mostra como precisam ser trabalhados os elementos que conferem à "integralidade do atendimento de saúde", uma forte

capacidade de impacto sobre a atenção à saúde, e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde.

Então, para superar essas práticas, alguns estudiosos mencionam que é importante trazer para o cenário da saúde o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde das pessoas com transtorno mental sob seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia destes e a resolutividade da atenção (MERHY e ONOCKO, 1997). As várias experiências de Saúde Mental, na organização de serviços consoantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica caracterizam-se pela necessidade de inovar, construir novas práticas que possibilitem a transformação de toda uma cultura em torno da loucura. Conforme Morin (2004), o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico e cultural, constituído de antagonismos de sábio e louco, trabalhador e lúdico, econômico e consumista; ele até mesmo participa de danças, magias e compartilha dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões.

Reinserção Social: avanços e desafios atuais

O novo modelo de assistência às pessoas com transtorno mental ganhou maior densidade com a aprovação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Neste sentido, ela:

> *(...) Garante ser de responsabilidade do Estado, o desenvolvimento da política de Saúde Mental; [e,] a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de Saúde Mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extras - hospitalares se mostrarem insuficientes* (VELOSO e CARLOS, 2009, p. 104).

Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como eixos: (a) processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicomiais; (b) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário; e, (c) rede diversificada de Atenção à Saúde Mental, implicando a reconstituição da complexidade das necessidades sociais subjacentes à enfermidade e à intersetorialidade. Esta é inerente ao processo, pois é reconhecida a complexidade do cuidar na comunidade, o que exige ações integrais tendo em vista que comumente elas se associam ao transtorno a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, ou seja, as vulnerabilidades sociais em geral (SILVA e ROSA, 2014, p. 254).

A sociedade está inserida no contexto da Reforma e precisa refletir sobre o que, historicamente, a mudança de concepção do cuidado em Saúde Mental produziu. Fica evidente que é necessário um olhar diferenciado para a atenção em Saúde Mental, e sobre as concepções construídas acerca da chamada loucura e doença mental. E, ainda, este olhar diferente evidencia a

responsabilidade da sociedade em criar meios efetivos de atenção, não mais pautados na segregação e sim na necessidade de se propiciar outras formas de sociabilidade para aqueles que demandam atenção específica.

O processo de desinstitucionalização caracteriza-se por implicar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares e "pretende mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, modificar as relações de poder entre os usuários e as instituições e produzir diversas ações de Saúde Mental substitutivas à internação no hospital psiquiátrico" (OLIVEIRA, MARTINHAGO e MORAES, 2009, p. 33). Segundo Amarante (1996), a desinstitucionalização recebeu três endereçamentos históricos nos processos reformistas ocorridos no mundo Ocidental: um deles, fundamentado na psiquiatria preventiva e comunitária, redundou no processo de desospitalização, ou seja, retirada das pessoas com transtorno mental de serviços fechados, uma característica circunscrita a deliberações saneadoras e racionalizadas.

O segundo endereçamento tem por eixo os desdobramentos de processos desospitalizadores, que resultaram em desassistência, quer dizer, a saída do Estado do processo de proteção social às pessoas com transtorno mental, refletindo no seu abandono. A terceira vertente abraçada pelas lideranças do movimento reformista brasileiro orienta a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental; esta vertente vincula-se à tradição italiana construída por Basaglia exigindo a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, e a reconstrução da complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde (AMARANTE, 1996, p. 21).

Basaglia (1985), em sua crítica aos pressupostos que sustentavam a instituição manicomial, demonstrou que o problema da doença mental está inserido no interior de uma temática política. A ênfase prática de sua proposta envolvia basicamente, a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos na comunidade, composta por equipes interdisciplinares e capazes de responder às demandas das pessoas com transtorno mental e de seus familiares. Tal perspectiva foi desenvolvida em oposição ao reducionismo positivista, que percebia o fenômeno da doença mental como um fenômeno que se manifesta, meramente, no nível biológico, com prejuízo para as noções de ser, de existência e de integridade dos seres humanos. Nesse contexto "basagliano" convém caracterizar o que se entende por política pública *"[...] uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade desempenham papéis ativos"* (PEREIRA, 2008, p. 96).

Em outras palavras, a política pública é um conjunto de ações ou a ausência de ações coletivas direcionadas à garantia dos direitos sociais, com a intervenção estatal e o envolvimento dos

mais diversos atores da sociedade. Porém, é uma arena de disputas de modelos de sociedade e gestão do Estado e, consequentemente, de modelos de política de Saúde Mental. No contexto atual das demais políticas sociais, a política de Saúde Mental passa por processos transformadores resultantes principalmente, do movimento de Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, os quais buscam incluir a família como principal parceira dos serviços fortalecendo-a e a apoiando frente ao seu papel de proteção e cuidados, bem como fortalecendo a convivência comunitária destes sujeitos (AMARANTE, 1996).

Figura histórica da Reforma Psiquiátrica Italiana, Franco Rotelli (2001, p. 26), em seu sentido mais amplo, aponta que "desinstitucionalizar é desconstruir comportamentos e práticas postos a serviço da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por outras razões". É criar meios terapêuticos funcionais ao ser humano e ao incentivo de relações autênticas e espontâneas desmontando os meios ditos terapêuticos, que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência Para isto, urge questionar nossas próprias instituições, nossas práticas e nossos engessamentos sociais, para que a desinstitucionalização não fique restrita à desospitalização. A verdadeira desinstitucionalização é um processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, saberes, estratégias e intervenções.

Para tal, torna-se necessário evitar que as novas modalidades de atendimento em Saúde Mental transformem-se em uma extensão da lógica manicomial, na qual os indivíduos são privados de participar *"naquilo que deveria ser do seu máximo interesse, ou seja, a condução do seu tratamento".* Neste sentido, o atual contexto político marcadamente neoliberal no qual a Reforma Psiquiátrica vem sendo implementada, é caracterizado por governos cuja atenção às questões sociais é escassa (DELGADO *et al*, 1991, p. 22). Com o intuito de alcançar os verdadeiros objetivos do processo de desinstitucionalização, nas últimas décadas foram criadas diversas leis para que o processo da Reforma Psiquiátrica fosse consolidado incluindo as determinações específicas de financiamento e a criação de mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Para o Ministério da Saúde, é um equívoco relacionar o êxito do processo de desinstitucionalização apenas ao fechamento de leitos e à expansão da rede de atenção psicossocial. As dificuldades explicam-se tanto pela necessidade de maiores investimentos na organização da rede de atenção psicossocial de base comunitária, como também por especificidades do próprio processo de institucionalização / desinstitucionalização considerando que, *"a longa permanência nos hospitais psiquiátricos não se justifica pela situação clínica, mas por questões familiares, sociais, culturais, econômicas e políticas"* (BRASIL, 2011, p. 10).

Para manter a pessoa com transtorno mental vinculada à sociedade devem-se disponibilizar recursos alternativos na comunidade que garantam sua assistência, para visar seu tratamento sem necessariamente interná-la. Entretanto, é relevante elencar, no geral, o quanto fica vulnerável a vida dos familiares destas pessoas, visto que eles compartilham com seu ente todo o sofrimento, e até mesmo o preconceito ainda presente na sociedade em relação à enfermidade. Quando uma pessoa apresenta transtorno mental, não apenas ela sofre, mas toda a família que vivencia esse contexto (SILVA e ROSA, 2014).

Em se tratando das relações familiares de pessoas com transtorno mental, é importante salientar que a Política de Saúde Mental não engloba diretamente o cuidado a estes familiares, porém com a transformações produzidas pelas alterações no modelo assistencial em Saúde Mental advindas da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que concerne aos direitos da pessoa com transtorno mental, possibilitou que o sofrimento e as dificuldades oriundas do adoecimento fossem amenizadas, embora elas ainda demandem de tempo para que de fato a família possa colher os frutos de uma assistência psiquiátrica acolhedora e eficaz.

Isso é explicado pelas novas demandas apresentadas de forma implícita para a família, pelo redirecionamento do modelo assistencial pautado no cuidado comunitário, que inverte a complexidade clássica da hierarquização do sistema de saúde, pois cuidar na comunidade geralmente exige:

a) A mediação da família, que passa a ter que conviver com o preconceito, que lhe é extensível;

b) Um manejo complexo, sobretudo nos cenários de crise psiquiátrica (agudização), haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma pessoa com transtorno mental em seu meio (MELMAN, 2001). Até porque, a pedagogia hospiciocêntrica / hospitalocêntrica destitui a família como possuidora de um saber e provedora de um cuidado limitando-a a ser visita (muitas vezes, como inconveniente) e informante, um recurso instrumental (ROSA, 2002). Isto é, a família fica desresponsabilizada parcialmente do cuidado direto, que é assumido integralmente por "instituições totais" (GOFFMAN, 1992);

c) Ter de alterar rotinas no provimento de cuidado e destinar cuidadores leigos/cuidadores familiares, em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas do grupo familiar, que se encontra em uma circunstância de vulnerabilidades crescentes, inclusive pelo aumento da violência urbana (SILVA e ROSA, 2014);

d) Atuar na desconstrução do estigma, que, social e historicamente, acompanhou a pessoa com transtorno mental, sob a presunção da periculosidade e incapacidade (SILVA e ROSA, 2014). Assim, no modelo hospitalocêntrico, como explicitado por Rosa (2002, p. 144), a família:

> [...] fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com a pessoa com transtorno mental

> passa a ser (...) [mediada] por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência.

As dificuldades da família no "lidar cotidiano", sempre se constituem numa demanda para os familiares cuidadores. Assim a permanência da pessoa com transtorno mental na comunidade depende exatamente do potencial dos familiares cuidadores em se sentirem capazes de cuidar e também, de contribuir na minimização ou desconstrução do estigma social.

Portanto, a família, de maneira comum, é o principal elo de enfrentamento das dificuldades, no que se refere ao se relacionar com a enfermidade, os estigmas e o isolamento social ao qual está propícia a pessoa com transtorno mental. Neste sentido, a reconstrução do convívio do ente com a sociedade, beneficiando seu processo de reinserção social é parte da responsabilidade da família.

Fonseca (2005, p. 28) relaciona a questão da reinserção social a um debate maior vinculado ao fenômeno social da exclusão, apontada como uma das "características estruturais do sistema capitalista e expressão de suas contradições". Ele aponta que é necessário que uma diferenciação entre os termos inclusão, integração e inserção, que, por muitas vezes, são apresentados com sentidos similares, o que produz diferentes propostas de atuação. A inclusão social é determinada pelo conjunto de recursos mobilizados, no qual a sociedade adapta-se para poder incluir. Nessa concepção, a sociedade precisa ser modificada; precisa ser capaz de atender as necessidades de seus membros tendo-os como parceiros nas discussões de problemas e soluções (SASSAKI, 1997; MOTA, 2007).

A integração é a introdução na sociedade de uma pessoa com necessidades especiais, preparada para conviver em sociedade, instruída e adaptada ao movimento da sociedade. Nesse contexto, existe uma submissão às regras já impostas pela sociedade, na qual não acontecem mudanças nos mecanismos sociais de exclusão. A falta de adaptação do indivíduo nesta sociedade pode fazê-lo retornar à condição de excluído (SASSAKI, 1997; FONSECA, 2005). Por sua vez, a inserção social levaria em conta a idealização de um projeto pessoal e sua posterior execução, numa negociação permanente entre sujeito e a sociedade, sem submissão de uma das partes pela outra (FONSECA, 2005, p. 30).

Carvalho (2007) aponta que não há um modelo ou conceito único de inserção social. Seus elementos centrais apontam para um processo de socialização ou ressocialização do indivíduo; de sua reestruturação pessoal e recuperação da autoimagem, bem como de construção de um projeto de vida satisfatório e sustentável para o sujeito, com implicação da família e da própria comunidade, como um aliado ativo em todo este processo.

A institucionalização é um processo complexo para o indivíduo. Ela gera uma série de agravos que fazem com que este indivíduo necessite de tempo para reconstrução de seus laços familiares e sociais. Fonseca (2005) nos chama a atenção para a real concepção de reinserção social apresentada

pelos diversos serviços. Há, pelo menos no discurso, uma intencionalidade de reinserir a pessoa com transtorno mental no meio social. Porém, a reinserção proposta pode tornar-se apenas uma pura adaptação destes sujeitos aos extramuros do manicômio. Para Carvalho (2007), a reinserção inicia-se no momento que pessoa com transtorno mental começa a (re)construir sua autonomia, sua capacidade de comunicação e de identificação a valores sociais mínimos. Esta reinserção é operativa, quando o mesmo é capaz de desenvolver sua vida em sociedade, sem conflitos; ao manter suas capacidades de relação; ao exercer uma atividade ocupacional; e, ao integrar seu meio social ou outro meio adequado às suas características pessoais. Neste sentido:

> Consideramos que o grande desafio da reinserção social de portadores de transtornos mentais, além de produzir alternativas concretas em termos de equipamentos, alternativas, serviços, etc., seja o de principalmente produzir "modos de viver, pensar e sentir" capazes de afirmar a potência de efetuação da vida [...] (DIMENSTEIN, 2006, p. 79).

Os apontamentos aqui apresentados são a base para que as estratégias relativas à prática de atividade física sejam reconhecidas como grandes aliadas na busca pela reinserção social de pessoas com transtorno mental durante seus períodos de internação psiquiátrica ou aquelas com as marcas deste processo.

Aspectos da atenção em saúde mental relacionados ao cuidado de enfermagem

O aumento da acessibilidade ao cuidado em Saúde Mental no território nacional, após a aprovação da Lei n. 10216, é fato inquestionável e merece avançar uma vez que ainda não dispomos de um patamar satisfatório de recursos assistenciais no país. Na atualidade, a Reforma Psiquiátrica exige iniciativas que contribuam para a desmistificação da pessoa com transtorno mental e sua reinserção na sociedade, para além do estabelecimento de leis, com transformações na maneira de perceber e compreender essas pessoas tanto por parte dos profissionais que oferecem o cuidado, como por parte de cada cidadão.

O cuidado de enfermagem a pessoa com transtorno mental no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química desses clientes.

> O enfermeiro pode criar espaços de produção de modo que o cliente possa encontrar respostas para as suas distintas demandas. Assim, as atividades no cotidiano com os clientes assumem um papel revelador, guiando os enfermeiros em seus passos, garantindo a desmontagem de inúmeras ideias preconcebidas de lidar e compreender a loucura. Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo começam a fazer parte da nova maneira de cuidar do doente (ALMEIDA FILHO *et al* 2009, p.163).

O enfermeiro está cada vez mais atuante e consciente de seu novo papel e tem condição de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, colocando

em prática alternativas de atenção a pessoa com transtorno mental, para que mantenham o exercício de sua autonomia e cidadania, ou mesmo para reabilitá-los. Estas alternativas fazem com que o tratamento oferecido ao mesmo seja menos sacrificante e mais prazeroso, podendo até mesmo reduzir o tempo de internação hospitalar, caso se faça necessária.

As oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania à expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte (VALLADARES *et al* 2003). No âmbito da enfermagem psiquiátrica, o que percebe-se é um afastamento do enfermeiro dessa oferta de atividades, embora na maioria dos hospitais, ainda são os profissionais de enfermagem, aqueles que permanecem maior parte do dia, administrando o tempo do paciente sob seus cuidados.

As políticas atuais de saúde pública têm priorizado olhar o sujeito em detrimento da doença. A ação de saúde deve ocupar-se de tudo o que constitui o entorno da doença: o ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do contexto onde está inserido. Corroborando tal entendimento a Reabilitação Psicossocial deve ser um suporte para a vida, fazendo parte deste contexto todos os atores envolvidos. Assim, os profissionais de saúde precisam ter competência, o que requer conhecimento teórico, prático, saber refletir, aceitar e ter motivação para cumprir (ABUHAB *et al*, 2005).

Assim, a partir da criação de novos espaços de trabalhos nos CAPS, o enfermeiro se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. Partindo dessa nova realidade, o enfermeiro participa de atividades grupais (grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e excursões) e escuta, acolhe e estabelece vínculos com a pessoa com transtornos mentais. As responsabilidades com o cuidado desta pessoa aumentam, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o mesmo, aquele que precisa não só de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas (ALMEIDA FILHO *et al,* 2009).

Em estudo de modalidades terapêuticas, Andrade e Pedrão (2005) mencionam que um planejamento de atividade que possa agregar benefícios para a prática da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental deve ser muito bem estruturado, pensando sempre no ambiente e nos recursos, tanto materiais quanto humanos, a serem utilizados. Qualquer atividade proposta deve ser pertinente à realidade do local escolhido, e pode ser adaptada para ser realizada tanto em unidades de assistência à saúde mental fechadas (hospitais, de forma geral), quanto em abertas (Hospitais Dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatórios de Saúde Mental).

A atividade física é um comportamento complexo e multidimensional que pode ser entendido como "todo movimento corporal produzido pelo acionamento dos músculos esqueléticos resultando em

aumento substancial do gasto energético acima do metabolismo de repouso" (KENNETH E CHRISTENSON, 1985).

O exercício físico é um subconjunto da atividade física, especializado e organizado de forma planejada, repetida e executada com objetivos específicos. Assim, embora todo o exercício físico seja uma atividade física, nem toda atividade física é necessariamente um exercício físico (USDHHS, 2008b). O exercício físico, de um modo geral, apresenta três componentes que descrevem a sua estrutura: a) Duração do esforço (minutos); b) Frequência semanal (dias); c) Intensidade do esforço (expressa o gasto energético) (MATVÉEV, 2001).

A atividade física pode ser dividida em diferentes domínios (USDHHS, 2010a): 1) Atividade desportiva (focada na performance da pessoa); 2) Atividade no tempo de lazer (desenvolvida especialmente no tempo livre); 3) Atividades laborais (desempenhada no trabalho formal e no lar); 4) Atividade no transporte ativo (aquela desenvolvida no deslocamento a pé ou de bicicleta); 5) Atividade física para reabilitação (direcionada as pessoas em processo de recuperação física).

As últimas décadas apresentaram uma inversão no perfil da morbimortalidade global, com diminuição da prevalência das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas. Este novo perfil da saúde fez crescer o interesse pelos fatores associados às doenças crônicas. O baixo nível populacional de pessoas que praticam atividade física é um desafio atual em saúde pública, considerando que: a inatividade física é um fator modificável que tem se mostrado associado a uma maior frequência de doenças crônicas e degenerativas; a prática regular de atividade física é recomendada na prevenção e tratamento destas doenças e que a prevalência da sua prática é baixa tanto em países de economia central quanto naqueles de economia periférica (HALLAL, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a inatividade física é o quarto fator de risco mais importante para a mortalidade por todas as causas (WHO, 2010). Estima-se que a inatividade física seja responsável por 6% da carga de doença de doença cardíaca coronária, 7% de diabetes do tipo 2; 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon. A inatividade provocou 9% da mortalidade prematura (mais de 5,3 milhões) das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. Se inatividade física fosse diminuída em 25%, mais de 1,3 milhões de mortes, poderiam ser evitadas a cada ano no mundo.

Para tanto, a prática de atividade física, como modalidade terapêutica inserida no contexto de vida do pessoa com transtorno mental, pode ser um importante meio de gerar benefícios a sua saúde física e mental. A busca de reinserção social através desta prática se torna um meio de resgate da sociabilidade, especialmente de pessoas institucionalizadas, que possuem uma situação de convivência marcada pelo isolamento e pela cronificação do seu quadro de doença, além de beneficiar o seu processo de tratamento, tornando-o mais envolvido e cooperativo com as atividades que lhe são

destinadas, melhorando sua qualidade de vida, aumentando a sua autoestima, bem como reduzindo a ociosidade.

Na proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil, têm-se como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade. A prática de atividade física como oficina terapêutica configura-se como uma importante estratégia para favorecer a reinserção social do paciente portador de transtorno mental e corroborar com os pressupostos da reforma, podendo ser desenvolvida pelo Enfermeiro em diferentes tipos de serviços.

Questão de Pesquisa

Com o intuito de nortear esta revisão, foi elaborada a seguinte **questão norteadora**: quais são as evidências científicas acerca do efeito da prática regular de atividade física sobre pessoas com transtorno mental?

Objeto de Estudo

Esta revisão tem como objeto de estudo, a prática de atividade física por pessoas com transtorno mental.

Objetivos da investigação

- Identificar as evidências científicas sobre os efeitos da prática de atividade física realizada por pessoas com transtorno mental na sua reinserção social;
- Descrever a inserção destas evidências sobre atividades físicas no plano terapêutico de enfermagem, para pessoas com transtorno mental na modalidade de oficinas terapêuticas;
- Analisar a pertinência da atividade física para pessoas com transtorno mental no campo do cuidado de enfermagem em saúde mental no plano de sua reinserção social.

Justificativa e relevância

É importante salientar o fato de que, ao lado das inúmeras inovações na área da saúde mental, a tomada de decisão dos enfermeiros necessita estar fundamentada em princípios científicos, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado. Este aspecto procede, uma vez que existe uma distância entre esperar que estes avanços tenham resultados positivos e verdadeiramente saber como eles funcionam.

Assim, considera-se que ao desenvolver esta revisão integrativa tendo como elemento norteador a Prática Baseada em Evidências (PBE), haverá uma contribuição para a integração de saberes que possibilitarão ao enfermeiro uma tomada de decisão muito mais segura.

Como qualquer outra pessoa que adoece, a pessoa com transtorno mental também está exposta aos mesmos agravos à saúde. Se pensarmos que medidas preventivas ou medidas que melhoram a qualidade de vida estão destinadas apenas àquelas pessoas atendidas por outras clínicas, que não a psiquiátrica, estaremos colaborando para o adoecimento de uma população que sofreu e sofre até os dias atuais, com a segregação imposta pela sociedade e pelos serviços de saúde, aquela que é portadora de transtornos mentais.

Atualmente, o papel do enfermeiro é o de agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental não é o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas o compromisso com a qualidade de vida cotidiana da pessoa com transtorno mental (MIRANDA, 1999). Nesse sentido, o enfermeiro deve ser preparado para atuar em novos modelos de atenção, ao assumir, adaptar e criar novas tarefas adequando-se às mudanças advindas da atual política de Saúde Mental vigente no país (SOUZA, 2003).

Este estudo procura atender aos elementos norteadores da Política Nacional de Promoção a Saúde (BRASIL, 2007). Seu objetivo geral é o de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dentre suas diretrizes, encontra-se o reconhecimento da promoção da saúde, como uma parte fundamental da busca da equidade e da melhoria da qualidade de vida. No que diz respeito a esta Política foram priorizados diversos tópicos. Porém, para os fins desta revisão destaca-se, a *"Prática Corporal / atividade física"*, das quais foram selecionadas as seguintes ações:

> I. Ações na rede básica de saúde e na comunidade, com os desdobramentos apresentados a seguir:
> a) Mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
> b) Ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;
> c) Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.
> II. Ações de aconselhamento / divulgação, com os seguintes detalhamentos:
> a) Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e

> b) Desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.
> III. Ações de monitoramento e avaliação, com as seguintes indicações:
> a) Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis;
> b) Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais / atividade física.

Após a consolidação das discussões da 2.ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 17 de fevereiro de 2005 e, referendado pela 151ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, a prática de atividade física foi inserida no texto final da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, tornando relevante as ações que envolvem a valorização e a pesquisa desta prática.

A articulação em torno da Agenda é a ação mais importante na legitimação deste instrumento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no País, ao indicar que as prioridades de pesquisa em saúde devam estar em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Dentre estas prioridades destaca-se a Subagenda 2 - Saúde Mental, em seu item 2.3 - Organização e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços.

Ressalta-se, que este estudo possa ser dentre várias pesquisas um ponto para reflexão e fonte de conhecimento científico permitindo assim aprimoramento acadêmico dos diversos grupos interessados na temática. No que tange à pesquisa, este estudo pretende contribuir para os diferentes Núcleos de estudo da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, bem como a outras entidades interessadas na prática e no gerenciamento do cuidado em saúde mental.

Acredita-se que para extensão esta possa fornecer subsídios para a realização de treinamento e aprimoramento em serviço, preparando e qualificando profissionais para a melhoria de práticas assistenciais no campo da saúde mental, considerando as evidências científicas apresentadas a partir das lacunas detectadas na presente revisão integrativa da literatura.

Neste sentido, a contribuição do estudo para a assistência em saúde mental, para profissionais e pessoas com transtornos mentais, está relacionada ao levantamento de experiências bem sucedidas sobre os efeitos da atividade física como proposta terapêutica em serviços da área. Conhecer as experiências já relatadas, bem como aspectos que interferem para alcançar melhores resultados reflete-se criticamente sobre as possibilidades de atuação voltadas para a reinserção do usuário na comunidade, além da atividade física estar associada à prevenção de doenças e promoção de saúde física e mental.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: UM CAMINHO PARA BUSCA DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

1.1 Prática Baseada em Evidências

A Prática Baseada em Evidências (PBE) nasceu no Canadá e tem sido integrada no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. A promoção da PBE no Reino Unido não ocorreu no vácuo, mas sim, como reflexo da necessidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, bem como diminuir os custos operacionais. Em 1991, o Departamento de Saúde, numa tentativa de remediar o déficit de conhecimento baseado em pesquisas, lançou um programa nacional com dois objetivos principais: o primeiro era assegurar que o cuidado prestado pelo Sistema Nacional de Saúde fosse baseado em pesquisas relevantes para melhorar a saúde da nação, e o segundo era que a utilização de pesquisas e o seu desenvolvimento deveria tornar-se parte integral dos serviços de saúde e que os administradores, equipe médica, de enfermagem e outros profissionais deveriam tomar decisões diárias baseadas nos resultados de investigações (GERRISH e CLAYTON, 2004). Este foi o ponto de partida para uma prática assistencial baseada nas evidências científicas.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) foi o primeiro movimento de quebra de paradigma no que tange a confiabilidade de pesquisas na saúde. Este movimento ganhou força com o fato de resultados de pesquisa de ensaios clínicos randomizados, embora com muito avanço em suas técnicas, principalmente a partir do século XX, apresentarem conflitos em situações onde objetivos e objetos de pesquisa eram semelhantes e gerarem questionamentos sobre a efetividade, fundamentação, indicações e resultados de várias práticas em saúde (SANTOS *et al*, 2007).

A MBE é definida como o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente. Sua prática significa a integração da experiência clínica individual com a melhor evidência externa avaliada, oriunda de revisão sistemática de pesquisas (SACKETT *et al*, 1996). Ela consiste em um novo paradigma, desenvolvido por estudiosos da Universidade McMaster (Canadá), na década de 1980. Trata-se de um processo sequencial, constituído pelas seguintes etapas: 1ª - levantamento do problema e formulação da questão, 2ª - pesquisa da literatura correspondente; 3ª - avaliação e interpretação dos trabalhos coletados mediante critérios bem definidos; 4ª - utilização das evidências encontradas, em termos assistenciais, de ensino e/ou de elaboração científica (DRUMMOND e SILVA, 1998).

Segundo Young (2002) os preceitos da MBE foram incorporados a outras disciplinas, passando a ser reconhecida como Prática Baseada em Evidências (PBE). A PBE é um método de resolução de problemas que incorpora a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores e preferências dos pacientes (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

O número elevado e a complexidade de informações na saúde e o tempo reduzido dos profissionais têm determinado a necessidade do desenvolvimento de métodos que proporcionem a utilização dos resultados oriundos de pesquisas na prática clínica. A PBE possui recursos que proporcionam a incorporação das evidências na prática, ou seja, a revisão sistemática e a revisão integrativa da literatura; esses recursos permitem a coleta, categorização, avaliação e síntese dos resultados de pesquisa do tema investigado, facilitando a utilização destes na prática.

A PBE prevê metodologias e processos para a identificação de evidências de que um certo tratamento ou meio diagnóstico é efetivo, estratégias para avaliação da qualidade estudos e mecanismos para a implementação na assistência. Ela é um processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gerenciamento da saúde. É o cuidado guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso de especialistas ou a combinação de ambos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Assim, um dos propósitos da PBE é encorajar a utilização dos resultados de pesquisa na assistência à saúde nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É importante entender que a PBE não conta com a intuição, observações não sistematizadas ou princípios patológicos. Ela enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica. Essa abordagem requer o aprendizado de novas habilidades para o uso de diferentes processos para a tomada de decisão. Essas habilidades incluem a aplicação formal das regras da evidência ao avaliar a literatura. Assim, a PBE combina a pesquisa com a experiência clínica e as preferências do paciente para realizar uma decisão sobre um problema específico (GALVÃO *et al*, 2002).

O termo “baseado em evidências” refere-se ao uso das informações válidas e relevantes na tomada de decisão. Quando se trata do atendimento à saúde, existe concordância de que a pesquisa altamente qualificada é a fonte mais adequada dessa informação válida (CULLUM *et al*, 2010). A evidência é caracterizada como alguma coisa que fornece provas para a tomada de decisão, abrange resultados de pesquisas, bem como consenso de especialistas reconhecidos; dentro de uma organização deve ser incluído fatos ou dados oriundos do trabalho desenvolvido. Evidência científica representa uma prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. Para que se tenha evidência científica é necessário que exista pesquisa prévia, conduzida dentro dos preceitos científicos (CRUZ e PIMENTA, 2005).

O alicerce da PBE é a Cochrane Colaboration, fundada no Reino Unido e fundamentada no trabalho do médico epidemiologista Archie Cochrane, que no início da década de 1970 chamou atenção para a falta de dados consistentes sobre os efeitos dos serviços de saúde. Ao fim da década de 1980, um grupo da McMaster Medical School, no Canadá, elaborou uma metodologia de

aprendizado clínico, chamada de Medicina Baseada em Evidências - MBE, a qual influenciou as outras profissões de saúde, dentre estas a enfermagem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente e incentiva o profissional de saúde a buscar o conhecimento científico, tanto por meio de desenvolvimento de pesquisas como pela aplicação dos resultados de estudos desenvolvidos por terceiros em sua prática clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

As iniciativas da PBE têm gerado um incremento na necessidade de produção de todos os tipos de revisões de literatura. Embora importantes, os métodos de revisão mais utilizados, a sistemática e a meta-análise, não contemplam importantes questões de enfermagem relacionadas aos cuidados e/ou ao impacto da doença ou do tratamento. A revisão integrativa, nesse âmbito, em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem (WHITTEMORE e KNAFL, 2005). Dessa forma, é fundamental diferenciar esta abordagem de outros estudos existentes.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos. Na abordagem da meta-análise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Subsequentemente, os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Em 1995, um grupo de cientistas reunidos em Potsdam (Alemanha) definiu a revisão sistemática como a “aplicação de estratégias científicas que limitem o viés de seleção de artigos, avaliem com espírito crítico os artigos e sintetizem todos os estudos relevantes em um tópico específico” (PERISSÉ; GOMES; NOGUEIRA, 2001).

A revisão sistemática preconizada na PBE, de acordo com a Colaboração Cochrane (organização com centros em diferentes países, a qual é responsável pelo desenvolvimento e disseminação de revisões sistemáticas que retratam a eficácia de intervenções na área da saúde e principalmente, os estudos incluídos nestas têm o delineamento de pesquisa experimental, ou seja, ensaios clínicos randomizados controlados) aponta que para a elaboração de uma revisão sistemática, o pesquisador deve buscar material publicado e não publicado visando a exaustão dos estudos na tentativa de diminuir possíveis viéses (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Sendo assim, a revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados. Difere-se de outros métodos de revisão, pois busca superar possíveis vieses

em cada uma das etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas; avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados; coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa (GALVÃO *et al*, 2004).

A revisão integrativa (RI), finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

A RI necessita ser diferenciada de outras abordagens: as revisões sintéticas que geralmente escapam da sistematização da busca de dados, limitando portanto a abrangência dos resultados; as revisões metodológicas cujo foco é a abordagem metodológica dos estudos avaliados; as revisões teóricas que usualmente propõem modelos relacionais entre variáveis previamente estudadas; as revisões críticas que compreendem uma análise teórica e uma crítica metodológica aos estudos; a metanálise onde são selecionadas variáveis relacionadas à pesquisa ou ao fenômeno em si mesmo e são examinadas por meio de procedimento estatístico para determinar sua influência na efetividade da intervenção. A revisão integrativa diferencia-se principalmente e claramente das duas imediatamente anteriores; em relação à revisão crítica pela clareza na definição do problema da pesquisa e da metanálise que tem em sua condução a realização de uma revisão integrativa e a ultrapassa na avaliação da efetividade da intervenção (BROOME, 1993).

De acordo com Cooper (1984) o conceito subjacente à utilização da RI como método de pesquisa, é localizar e integrar as inferências de projetos de pesquisas individuais, tanto as premissas centrais na validação do conhecimento quanto às envolvidas na análise de dados originais, com o objetivo de apresentar o estágio atual do conhecimento sobre aquele tópico específico ou lançar luzes sobre assuntos ainda não solucionados. Já para Beyea e Nicoll (1998b), uma RI bem conduzida apresenta os mesmos padrões de uma pesquisa primária em relação à clareza, rigor e replicabilidade. É uma estratégia apropriada quando não há pesquisas suficientes à respeito de determinado tópico que possibilite conduzir uma metanálise.

Para Broome (1993) o propósito primário de uma revisão integrativa é mergulhar no entendimento de determinado fenômeno e isto é fundamental no desenvolvimento conceitual próprio do mesmo; uma vez que a elaboração da revisão é sobre conhecimento já produzido e acarreta a evidenciação de possíveis lacunas. De acordo com Stetler et al. (1998) o impacto da utilização da

revisão integrativa se dá não somente no desenvolvimento de políticas, protocolos, procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita. Para o autor este método facilita a tomada de decisão em relação a ações e intervenções que podem resultar em cuidados mais efetivos e eficientes.

A revisão integrativa da literatura possibilita a síntese e a análise do conhecimento produzido sobre o tema investigado (URSI e GALVÃO, 2006). Tendo o potencial para construir a ciência da enfermagem, informações sobre pesquisas, práticas e iniciativas políticas; bem como apresentar o estado da ciência, contribuir para o desenvolvimento de teorias e ter aplicação direta para a prática (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Este tipo de estudo permite gerar fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser aplicado na prática clínica. Mas, para que as evidências geradas por uma RI sejam confiáveis, a mesma deve seguir um padrão de rigor metodológico em sua execução, de modo que os profissionais possam identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

As interpretações e as decisões que os enfermeiros tomam quando revisam a literatura são importantes no desenvolvimento de políticas, protocolos, rotinas, guias etc.. Mas, para isto, é necessário e crucial que esta revisão seja baseada em critérios e procedimentos explícitos, que tenha rigor metodológico, essencial e importante para a credibilidade das recomendações, as quais devem ser baseadas realmente nos estudos (STETLER *et al*, 1998).

Para garantir esse rigor metodológico necessário às RI, diversos teóricos trazem etapas a serem percorridas na execução desse tipo de estudo. Whittemore e Knafl (2005) descreveram cinco etapas para uma RI: identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação.

Enquanto que Mendes, Silveira e Galvão (2008) dividem o percurso metodológico da RI em seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Os autores mencionados ressaltam a importância de um problema bem estruturado, a sistematização do desenvolvimento da busca das pesquisas e a análise criteriosa dos resultados, como aspectos cruciais para o sucesso de uma revisão integrativa bem conduzida.

Para o presente estudo, estabelecemos as seguintes etapas a serem percorridas:

- **Primeira etapa: estabelecimento do problema da revisão integrativa.**

Trata-se do primeiro passo e de suma importância para o desenvolvimento total da revisão. Pesquisar e escrever uma revisão integrativa leva tempo e consome esforços consideráveis, um

problema bem construído e interessante facilita o gasto energético para completar a revisão (BEYEA e NICOLL ,1998b).

Para Cooper (1984) nesta etapa o pesquisador deve definir quais são as evidências que serão incluídas na revisão, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos são elaborados e as definições operacionais utilizadas na revisão são descritas.

Segundo Ganong (1987) o problema deve ser estabelecido com a mesma clareza e especificidade que a hipótese de uma pesquisa primária. A questão norteadora da revisão deve ser explícita, pois influencia a escolha dos estudos, a extração de informações e análise, bem como dela derivam as palavras chave (BROOME,1993).

De acordo com Roman e Friedlander (1998) esta fase do percurso metodológico " é fundamental para dar consistência e coerência interna ao restante do estudo".

Cooper (1984) salienta que detalhamentos operacionais superficiais poderão obscurecer interações entre variáveis ou por outro lado, conceitos extremamente afunilados poderão gerar revisões com conclusões menos definitivas ou robustas.

- **Segunda etapa: estabelecimento de critérios de inclusão / exclusão de artigos seleção da amostra).**

Esta etapa será determinada muito em função da anterior, um problema amplamente descrito tenderá a conduzir a uma amostra diversificada exigindo maior critério de análise do pesquisador. Frequentemente a seleção de artigos inicia-se de forma mais ampla e afunila-se na medida em que o pesquisador retorna a sua questão inicial, pois o movimento de buscar a literatura nem sempre é linear (BROOME,1993).

Segundo Ganong (1987) os critérios de amostragem devem ser claros e necessitam garantir a representatividade da amostra sob pena de interferir na validade do estudo. O autor indica que a melhor abordagem seria a inclusão de todos os estudos encontrados, ou a seleção randomizada dos mesmos ou caso as duas possibilidades não sejam possíveis, os critérios de inclusão/exclusão de artigos devem ser claramente expostos e discutidos.

Os critérios de inclusão / exclusão de artigos poderão sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos, tendo em vista que à medida em que avança o procedimento metodológico pode fazer-se necessário uma redefinição destes critérios e até mesmo do problema, face aos artigos encontrados na literatura.

- **Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados.**

Para Broome (1993) o propósito desta etapa é sumarizar e documentar, de forma concisa e fácil, as informações sobre cada artigo incluído na revisão. Segundo Ganong (1987) os dados dos

estudos a serem extraídos devem incluir: tamanho da amostra, definição dos sujeitos, metodologia, mensuração de variáveis, método de análise, a teoria ou conceitos embasadores utilizados.

A avaliação sistemática das pesquisas é essencial para a integridade científica da revisão integrativa (BEYEA e NICOLL, 1998b).

Para Cooper (1984) nesta fase é fundamental que o pesquisador possa determinar quais foram os procedimentos empregados nos estudos avaliados que permitiram encontrar evidências relevantes, identificar quais são os dados potencialmente relevantes nos estudos e quais são as diferenças entre as pesquisas.

Para extrair os dados dos artigos selecionados faz-se necessário um instrumento que permita avaliar separadamente cada artigo, tanto metodologicamente, quanto em relação aos resultados, como também possibilitar a síntese dos artigos incluídos salvaguardando suas diferenças.

Quarta etapa: análise dos resultados.

Esta etapa é similar a análise dos dados de uma pesquisa primária. A análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa requer uma abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo.

A categorização, ordenação e sumarização dos resultados, podem ser realizadas na forma descritiva, pontuando as questões mais significantes (BROOME, 1993).

Conforme Ganong (1987) o pesquisador deve informar claramente a maneira que os estudos serão avaliados e pode fazê-la listando variáveis, escolhendo estudos válidos e descartando os outros, analisando estatisticamente os resultados dos estudos ou pela determinação de médias.

Qualquer que seja a abordagem escolhida, a critério do pesquisador, este deve garantir que a análise sistemática dos artigos ocorra, buscando explicações para as variáveis ou características apresentadas pelos artigos incluídos na revisão.

Para Cooper (1984) os eventos que podem intervir na análise dos dados de uma revisão integrativa podem ser os viéses inseridos pela experiência profissional do revisor, as dificuldades no julgamento da qualidade da pesquisa, dificuldades na recuperação de dados nos artigos selecionados e na identificação de hipóteses independentes. Para este autor o controle necessário para evitar estes viéses devem incluir decisões de inclusão e exclusão de dados somente por meio de julgamentos conceituais explícitos e as diferenças de cada pesquisa individual devem ser detalhadas.

Roman e Friedlander (1998) afirmam que nesta fase os dados coletados são articulados em um grupo único e consistente de forma a responder ou explicar o problema delimitado.

- **Quinta etapa: discussão e apresentação dos resultados.**

Esta etapa compara-se à discussão de resultados das pesquisas primárias. Nela os dados obtidos dos artigos de forma explícita sob regras claras, são discutidos e sintetizados. Para tópicos

amplamente estudados é possível aprofundar a discussão ou ao levantar as lacunas de conhecimento existentes, sugerir caminhos para futuras pesquisas (GANONG, 1987).

Com a finalidade de proteger a validade da revisão integrativa o revisor deve, explicitar suas conclusões e inferências; as possíveis lacunas e vieses devem estar claros na apresentação. O pesquisador deve estabelecer cuidadosamente a diferença entre as evidências oriundas das pesquisas primárias daquelas geradas pela revisão integrativa (COOPER, 1984).

- **Sexta etapa: apresentação da revisão.**

O rigor no detalhamento das etapas, critérios e procedimentos permitirão ao leitor uma avaliação da fidedignidade e confiabilidade da revisão integrativa relativa ao tópico estudado. Segundo Ganong (1987) o propósito da revisão integrativa, ou seja, sintetizar as evidências das pesquisas primárias, não é atingido com revisões baseadas em metodologias questionáveis ou não claras.

Funk, Tornquist e Champagne (1995) afirmam que a forma como a pesquisa é divulgada e sua qualidade, interferem com a possibilidade do profissional em utilizar seus resultados na prática, pois como afirma Mead (2000) os resultados da pesquisa necessitam ser contextualizados para serem aplicados.

Nesta fase a preocupação com a validade é necessária, pois dois fatores que poderiam comprometer e que devem acompanhar o relato da revisão integrativa, estão relacionados às diferentes populações alvo. O primeiro está relacionado a informação completa e detalhada de como foi conduzida a revisão de forma a favorecer a sua replicabilidade, o segundo envolve a omissão de evidências relacionadas ao evento de forma moderada, mas que para outros que não o revisor, poderiam ser consideradas importantes.

1.2 Prática Baseada em Evidências e a Enfermagem

Os avanços tecnológicos representam aquisições ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser. Assim, é necessário compreender o impacto que estes apresentam no cuidado, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação. Emerge a necessidade de pesquisas que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis

Trilhar a trajetória de uma PBE compreende redimensionar prioridades, reinvestir na avaliação clínica da clientela e disponibilizar tempo para empreendimentos relacionados à busca de resultados de pesquisa, ou mesmo à sua execução. A participação do paciente e a utilização da experiência profissional do enfermeiro também são essenciais, na medida que fornecerão subsídios para a determinação das necessidades (diagnósticos) e das condutas de cuidar, devidamente pautadas em melhores evidências científicas (DOMENICO e IDE, 2003).

Na Enfermagem, a PBE envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente (SACKETT, 2003).

A *melhor evidência* é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes. Assim, esse paradigma se tornou uma vertente na produção e validação de conhecimento, por meio do reconhecimento dos profissionais acerca da necessidade diária de apreciações válidas para o diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção (SACKETT, 2003).

A *habilidade clínica* é a capacidade de utilizar conhecimentos clínicos e as experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas. A *preferência* do paciente sugere que seus valores, expectativas e preocupações sejam considerados no cuidado e cabe ao profissional integrá-los às decisões clínicas, quando lhe forem úteis (SACKETT, 2003).

Além dessa tríade, as decisões são baseadas também em conhecimento tácito, experiências, valores e habilidades do profissional, adquiridos durante a observação e prática (NOBRE *et al*, 2003). Este aspecto constitui um elemento histórico, uma vez que as ações empíricas foram alvo da prática por anos e somente na década de 1950 ocorreu a incorporação de saberes de diversas ciências para a construção de um corpo próprio de conhecimentos. Nessa perspectiva, concorda-se que "uma grande quantidade de conhecimento tácito, experiência, valores e habilidades, constituem um tipo diferente de evidência, a qual tem uma forte influência na tomada de decisão" (NOBRE *et al*., 2003, p.445).

Independente da veracidade, esses conhecimentos costumam ser aplicados na prática clínica, o que evidencia que o enfermeiro emprega as evidências científicas em sua prática de forma incipiente. Resta-nos a inquietação de como a Enfermagem correlaciona os conhecimentos explícitos (pesquisas) aos conhecimentos empíricos (prática) no processo de avaliação crítica das informações. Isto implica na forma como o cuidado é planejado e implementado, pois se apreende que o conhecimento empírico ainda fundamenta determinadas práticas de cuidar (PEDROLO *et al,* 2009).

Por outro lado, o enfermeiro se depara com certos processos complexos, que exigem uma abordagem diferenciada e, por vezes, emergem dúvidas na tomada de decisão. Na atualidade, apreende-se que gradativamente a prática profissional aponta para a necessidade de validação dos conhecimentos gerados pelas pesquisas sistemáticas, aliados a competência clínica do avaliador e os princípios da epidemiologia clínica (DOMENICO, 2001), princípios integrados pela PBE.

Em suma, na tomada de decisão clínica, a evidência da pesquisa está relacionada com o conhecimento do estado clínico do paciente, seu ambiente e suas circunstâncias; preferências e ações do paciente; recursos de saúde e especialização clínica do profissional (DICENSO; CULLUM; CILISKA, 2010). A PBE representa o elo entre a pesquisa e a prática profissional, como ferramenta para a capacitação e inserção do profissional no cotidiano de trabalho, uma vez que permite a aquisição e validação de conhecimentos. Para tanto é necessário o retorno dos resultados dos estudos à prática assistencial e que os temas de pesquisa sejam resultantes da necessidade desta, de forma objetiva e aplicada ao seu cotidiano.

Esse movimento da PBE se expande significativamente na enfermagem e surge então a expressão Enfermagem Baseada em Evidências (EBE), que pode ser definida como a aplicação de informações válidas relevantes, com base em pesquisas, na tomada de decisão do enfermeiro. Os achados de pesquisa, entendidos como evidências, são associados ao conhecimento sobre os pacientes, ao contexto no qual a decisão está sendo tomada e aos recursos disponíveis. E processando essas informações, têm-se o enfermeiro que detém o conhecimento e que tem o arbítrio, ou seja, o poder de decisão (CULLUM *et al,* 2010).

O alvo da EBE é facilitar a passagem da incerteza clínica para as decisões clínicas com incorporação das evidências de pesquisa ao processo de tomada de decisão do enfermeiro (FLEMMING, 2010). O diagrama a seguir explicita os componentes da decisão de enfermagem baseada em evidências:

Figura 1. Componentes da decisão de Enfermagem Baseada em Evidências (EBE). Fortaleza, 2012. Fonte: CULLUM *et al*, 2010.

Flemming (2010, p. 42) afirma que a EBE é um processo em cinco estágios, os quais são:

> A incerteza clínica da prática é convertida em questões estruturadas e focadas; as questões focadas são usadas como guias para a busca das evidências na literatura; a evidência da pesquisa é avaliada quanto a sua validade e aplicabilidade; a melhor evidência disponível é

> usada em conjunto com especialização clínica, perspectiva do paciente e recursos disponíveis para o cuidado de enfermagem; e a avaliação dos resultados.

Entendendo evidência como conhecimento resultante de uma série de pesquisas, surge o debate sobre a melhor evidência. Avaliação crítica da validade e da relevância da evidência encontrada é fundamental, pois caso a evidência não seja relevante ou o avaliador utilize suas experiências e opiniões na formulação da recomendação clínica, esta poderá ser incompleta ou enganosa e causar danos ao paciente.

Para avaliar um estudo ou diretriz publicado quanto à relevância deve-se considerar os seguintes pontos: questão clara; usuários bem definidos; busca abrangente de evidências; descrição dos critérios de seleção e combinação da evidência; descrição dos métodos de formulação da recomendação; consideração dos riscos e efeitos colaterais na sua formulação; registro de identificação das principais recomendações; registro de conflito de interesse dos organizadores; e atualização da diretriz (HENEGHAN e BADENOCH, 2006). O ensaio clínico controlado randomizado é a abordagem quantitativa que fornece a melhor evidência possível para avaliar a eficácia de intervenções de saúde (GALVÃO *et al*, 2003)

Polit e Beck (2011) trazem em seu livro uma pirâmide mostrando a hierarquia entre as evidências, dependendo do tipo de estudo do qual foram obtidas. De acordo com a Figura 2, a hierarquia da melhor evidência para a evidência mais frágil é do ápice para a base pirâmide, ou seja, do Nível I para o Nível VII, desta forma, pode se classificar os estudos de acordo com o nível de evidência.

Além da busca da melhor evidência disponível na literatura científica, a incorporação dessas evidências de pesquisa ao agir do enfermeiro é fundamental no direcionamento de suas ações, uma vez que o profissional presta cuidados que promovem saúde, previnem complicações e dos quais dependem o bem-estar do indivíduo, família e até comunidade. Logo, esse cuidar deve estar alicerçado nos resultados de pesquisas científicas éticas, consistentes e capazes de gerar evidências confiáveis. Apesar da relação intrínseca entre pesquisa e prática clínica, isto nem sempre é observado na atuação do enfermeiro, no cuidado aos pacientes, pois esta atuação, por vezes, está fundamentada na prática de enfermagem tradicional, baseada em rituais, no senso comum e na experiência, que muitas vezes não foram testadas ou comprovadas pela pesquisa (MENDES, 2006).

Isto vai de encontro a um aspecto básico da PBE, como estratégia de solução de problemas clínicos, que consiste em desestimular as decisões baseadas no costume, na autoridade ou no ritual; isto não significa que se deve desconsiderar a perícia clínica, mas que é preciso integrar os melhores dados de pesquisas disponíveis com outros fatores, como as preferências e circunstâncias do cliente,

os recursos disponíveis e a competência clínica do profissional (POLIT; BECK, 2011). A seguir, é apresentada a figura 2 com os níveis de evidências adotados neste estudo.

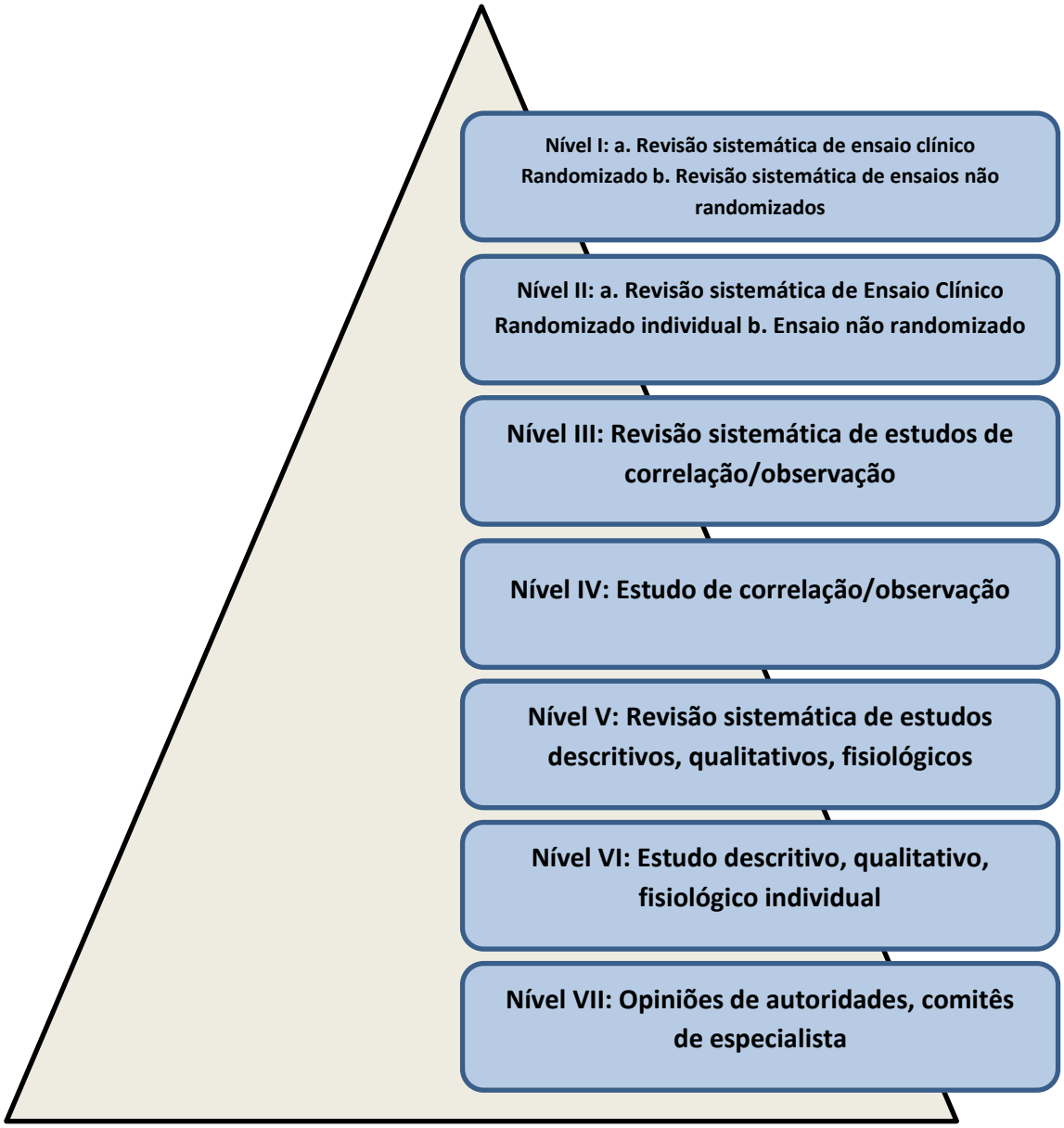

Figura 2 - Hierarquia das evidências. Fonte: POLIT; BECK, 2011.

A enfermagem possui o desafio de avançar cada vez mais no âmbito da pesquisa, para que possa produzir resultados suficientes para formar um corpo científico de conhecimento necessário para sustentar a prática baseada em evidências, principalmente com estudos de evidências nível 1. Infelizmente, existe uma cultura que não reconhece a importância de pesquisas com abordagem qualitativa, a qual dificulta o incremento da EBE. É necessário que o enfermeiro valorize o seu papel no

âmbito da pesquisa e procure produzir cada vez mais estudos científicos com caráter inovador e com alicerce pautado em evidências científicas.

O desenvolvimento de pesquisas na enfermagem é fundamental, pois permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, propicia a melhoria da assistência de enfermagem prestada ao cliente/paciente, embasada em conhecimento científico, enriquecimento do profissional e da sua prática, bem como possibilita a busca de soluções para os problemas vivenciados no cotidiano.

Para a implementação EBE, o enfermeiro necessita ter conhecimento e competência para interpretar os resultados oriundos de pesquisa, os quais auxiliarão na tomada de decisão em relação à assistência de enfermagem. Acrescido a esse aspecto, existe a necessidade de uma cultura gerencial e organizacional que favoreça a utilização de pesquisas.

Nesse sentido, a qualidade da formação universitária e as oportunidades científicas da vida profissional estão relacionadas, uma vez que o desenvolvimento das habilidades concernentes a um profissional que seja capaz de atuar com os parâmetros das melhores evidências, não se constrói repentinamente. Desde a graduação, o aluno deveria habituar-se a questionar e investigar o contexto da prática, porém, concomitantemente, torna-se fundamental uma nova estrutura administrativa do trabalho, baseada na disponibilidade de recursos e na reformulação filosófica da prática, realinhando as atividades profissionais para a investigação clínica permanente.

O exposto reforça a necessidade de o enfermeiro estar consumindo pesquisa, (re) produzindo resultados de pesquisa, gerando conhecimentos que serão apreendidos por outros enfermeiros, bem como outros profissionais, os quais poderão ter suas práticas baseadas nas evidências científicas advindas desses estudos, o que contribuirá para melhoria do cuidado prestado ao indivíduo, à família e/ou comunidade.

A PBE requer a capacitação do enfermeiro em buscar estratégias para o desenvolvimento e a utilização de pesquisas na prática, a fim de transpor a dicotomia entre teoria e prática-pesquisar e cuidar. Outrossim, emerge a necessidade de ampliar a concepção da pesquisa na prática profissional para que esta possa ser vislumbrada como uma ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro, efetivamente como uma dimensão da prática. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ser capacitado para realizá-la, bem como compreendê-la como produção e validação do conhecimento, com uma visão crítica e responsável.

CAPÍTULO II - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 Procedimento para seleção da amostra da RI

Serão apresentados os procedimentos estabelecidos para a obtenção da amostra desta RI.

2.1.1 Primeira etapa: Estabelecimento do problema da RI

A pergunta norteadora do processo revisional foi construída através da estratégia PICO (P=Paciente ou Problema, I=Intervenção, C=Comparação ou controle, O=Outcomes ou desfechos). Dentro da PBE os quatro componentes da estratégia PICO são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências (SANTOS *et al*, 2007). A pergunta norteadora ficou assim constituída: quais são as evidências científicas acerca do efeito da prática regular de atividade física por parte de pessoas com transtorno mental para sua reinserção social?

2.1.2 Segunda etapa: busca na literatura

Na segunda etapa da presente revisão integrativa, com o intuito de responder ao questionamento acima, foram realizados procedimentos de busca via internet para acessar as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis an Retrieval Sistem on-line (MEDLINE); Scientific Eletronic Library Online (SciELO e SciVerse Scopus. A escolha de cada uma delas foi realizada a partir da necessidade de se investigar a produção em saúde de uma forma geral sobre o tema investigado, bem como por perceber, através da leitura de estudos que eram estas as bases de dados bastante utilizadas. Desta forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão integrativa (URSI, 2005; AZEVEDO, 2011; VASCONCELOS *et al*, 2011).

A base de dados LILACS foi escolhida por ser importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe e que há 26 anos contribui para o aumento da visibilidade, do acesso e da qualidade da informação em saúde nesta região. Em 2012, atingiu a marca de 609.708 registros bibliográficos publicados em cerca de 855 periódicos indexados. Essa base indexa também outros tipos de literatura científica e técnica, como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais. O acesso às citações bibliográficas e seus resumos nessa base é gratuito e pode ser realizado por meio do endereço eletrônico http://www.bireme.br.

A base de dados CINAHL foi selecionada, pois contempla publicações de enfermagem e assuntos correlatos desde 1982. Oferece acesso, dentre outras publicações, há periódicos de

enfermagem de língua inglesa e publicações de associações de enfermagem americanas. Inclui cerca de 1.200 revistas, normas de conduta, publicações governamentais, instrumentos de pesquisa e material educativo para pacientes; podendo ser acessada gratuitamente por instituições conveniadas com a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do endereço eletrônico http://www.periodicos.capes.gov.br.

A base de dados MEDLINE foi escolhida porque é a principal base de dados da área médica e de saúde produzida pela National Library of Medicine dos Estados Unidos (EUA). Indexa referências bibliográficas e resumos de aproximadamente 5.200 títulos de revistas da área médica e biomédica publicadas nos EUA e em mais 70 países. Contém aproximadamente 20 milhões de registros da literatura desde 1966. O acesso às citações e aos resumos é gratuito, através do PubMed, no endereço eletrônico http://pubmed.com.

A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.
A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico, no endereço http://www.scielo.br/.

A COCRHANE é uma rede global independente de pesquisadores, profissionais, pacientes, cuidadores e pessoas interessadas em saúde. Eles contam com mais de 37 mil voluntários, de mais de 130 países ao redor do mundo dedicados a realizarem revisões sistemáticas com metodologia cochrane para apresentação da maior evidência científica disponível em todo o mundo, com o objetivo de ajudar a tomada de decisão nas diversas áreas da saúde. Ainda é promovido informação de alta qualidade aos profissionais de saúde, pacientes, cuidadores, pesquisadores, financiadores e gestores de políticas de saúde. Atualmente, cerca de 9 mil revisões sistemáticas Cochrane tem sido publicadas na Biblioteca Cochrane (**http://www.cochranelibrary.com/**). Esta biblioteca também possui a maior base de dados de ensaios clínicos publicados conhecida como CENTRAL. A busca nesta base pelos revisores é de fundamental importancia para obtenção dos ensaios clínicos randomizados que serão incluídos nas revisões sistemáticas.

O SciVerse Scopus é a maior base de dados de resumos e citações de literatura científica revisada por pares. Ela conta com ferramentas inteligentes para acompanhar, analisar e visualizar a pesquisa e oferece a visão mais abrangente sobre a produção de pesquisa do mundo nas áreas de

ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e Artes e Humanidades. Atualizado diariamente, inclui: 21.000 títulos de mais de 5.000 editoras internacionais; 20.000 periódicos revisados por pares (incluindo 2.600 periódicos de acesso aberto); 390 publicações comerciais; 370 séries de livros; 5,5 milhões de documentos de conferências; "Articles-in-Press" de mais de 3.850 periódicos e editoras como a Cambridge University Press, Elsevier, Springer, Wiley-Blackwell, Nature Publishing Group e o Instituto de Engenheiros Elétricos e Eletrônicos.

O SciVerse Scopus também integra, em resultados de busca, 545 milhões de resultados científicos da web e 25,2 milhões de patentes de 5 escritórios de patentes (Escritório Americano de Marcas e Patentes , Escritório Europeu de Patentes , Escritório Japonês de Patentes, Organização Mundial da Propriedade Intelectual e Escritório de Propriedade Intelectual do Reino Unido http://www.info.sciverse.com/scopus e http://www.americalatina.elsevier.com.

Para localização dos artigos nas referidas bases de dados, foram selecionadas as palavras-chave relacionadas ao tema: atividade física e reinserção social de pessoas com transtorno psíquico. Após esta seleção, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao Medical Subject Headings (MeSH), a fim de identificar os descritores controlados.

Em ambos os vocabulários, encontraram-se os seguintes descritores: atividade física, apoio social, saúde mental, enfermagem, transtornos mentais, terapêutica e enfermagem psiquiátrica, bem como seus correspondentes em espanhol (actividad motora, salud mental, apoyo social, enfermeira, transtornos mentales, terapéutica e enfermería psiquiatrica) e em inglês (motor activity, mental health, social support, nursing, mental disorders, therapeutics e psychiatric nursing).

A fim de combinar os descritores, nas diferentes estratégias de busca, foram estabelecidos cinco turnos de combinação dos descritores citados anteriormente, com intuito de alcançar a maior abrangência de busca da temática estudada, ou seja, artigos que retratassem a prática de atividade física na reinserção social de pessoas com transtorno psíquico. Desta forma, optou-se pelo operador AND para combinar os descritores, como mostrado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Combinação de Descritores						
LILACS MEDLINE /PubMed CINAHAL SCOPUS SCIELO COCHRANE	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	AND	Apoio Social Apoyo Social Social Support	AND	Saúde Mental Salud Mental Mental Health	AND	Enfermagem Enfermería Nursing
LILACS MEDLINE /PubMed CINAHAL SCOPUS SCIELO COCHRANE	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	AND	Apoio Social Apoyo Social Social Support	AND	Enfermagem Psiquiátrica Enfermería Psiquiátrica Psychiatric Nursing		
LILACS MEDLINE /PubMed CINAHAL SCOPUS SCIELO COCHRANE	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	AND	Apoio Social Apoyo Social Social Support	AND	Terapêutica Terapéutica Therapeutics	AND	Enfermagem Enfermería Nursing
LILACS MEDLINE /PubMed CINAHAL SCOPUS SCIELO COCHRANE	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	AND	Apoio Social Apoyo Social Social Support	AND	Transtornos Mentais Mental Disorders Trastornos Mentales	AND	Enfermagem Enfermería Nursing
LILACS MEDLINE /PubMed CINAHAL SCOPUS SCIELO COCHRANE	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	AND	Transtornos Mentais Mental Disorders Trastornos Mentales	AND	Terapêutica Terapéutica Therapeutics	AND	Enfermagem Enfermería Nursing

Para a seleção dos artigos que foram utilizados, além da questão norteadora, utilizou-se os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:

- Artigos de pesquisa indexados nas bases de dados LILACS, CINAHL, MEDLINE, SciELO, COCHRANE e SciVerse Scopus;
- Artigos publicados em português, inglês, espanhol, com resumo disponível nas bases de dados, no período compreendido entre 2001 – 2015, considerando como ponto de partida a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001);
- Artigos publicados cuja metodologia adotada permite obter todos os níveis de evidências relatadas nesse estudo;
- Artigos que retratassem procedimentos, intervenções ou diretrizes na prática de atividades físicas e no uso das mesmas como forma de reinserção social;
- Teses e dissertações

Cabe ressaltar que, em caso de inacessibilidade ao artigo diretamente na base de dados, houve consulta ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), de maneira a localizá-lo e acessá-lo;

- Critérios de exclusão:

- Monografias, editoriais, manuais, livros, capítulos de livros;
- Artigos repetidos em duas ou mais bases de dados.
- Publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo;
- Publicações que apresentavam disponibilidade de texto completo, mas cujo link apresentava erro mediante a tentativa de acessá-lo;

Para inclusão dos estudos, realizou-se a leitura criteriosa do título e do resumo de cada publicação a fim de verificar a consonância com a pergunta norteadora da investigação. Quando houve dúvida referente à inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra, para reduzir o risco de perdas de publicações relevantes ao estudo.

Em virtude das características específicas de cada base, bem como de seu acesso, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, de modo a manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Inicialmente, foi realizada pré-seleção dos artigos localizados nas buscas efetuadas, por meio da leitura do título e do resumo, e quando surgiram dúvidas em relação ao conteúdo do estudo, o artigo foi pré-selecionado para leitura na íntegra, de modo a decidir quanto à inclusão ou não deste.

No primeiro turno do levantamento do bibliográfico, como demonstrado no quadro 2, foram conjugados os seguintes descritores “Atividade Física” *and* “Apoio Social” *and* “Saúde Mental” *and* “Enfermagem” e seus correspondentes em inglês e espanhol. Como resultado final foram alcançados 286.190 registros, que após análise dos resultados de cada etapa de inclusão de descritores, resultaram em 5 registros selecionados.

Para melhor entender a definição da amostra de selecionados, destacam-se os resultados encontrados por base de dados. A MEDLINE foi a base com o maior número de registros encontrados, com 168.363. Sendo que, após a aplicação de cada descritor e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, foram alcançados 76 registros. Após a leitura dos resumos e análise minuciosa de cada artigo, quando necessário, 4 artigos foram incluídos no estudo.

Em seguida, destaca-se a SciVerse Scopus com 105.441 registros encontrados. Destes registros, em todas etapas de inclusão de descritor, com leitura dos resumos e análise dos artigos quando necessários, obteve-se 7 artigos, sendo que 1 artigo foi selecionado após a análise final e o alinhamento com os objetivos da pesquisa.

Nas demais bases foram encontrados 7.363 registros para LILACS, 4.595 para a CINAHL, 346 na SciELO e 87 na COCHRANE, porém com a análise dos artigos obtidos em cada etapa de busca e aplicação dos critérios de inclusão/exclusão somente a LILACS apresentou 1 artigo, que após leitura do resumo e análise do artigo, não foi selecionado para a pesquisa.

Quadro 2 – Descritores adotados no 1º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Descritores								Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão	Somatório por Base de Dados
	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	and	Apoio Social Apoyo Social Social Support	and	Saúde Mental Salud Mental Mental Health	and	Enfermagem Enfermería Nursing			
	Encontrados		Encontrados		Encontrados		Encontrados			
LILACS	7.289		61		12		1		0	7.363
MEDLINE/PubMed	165.667		1.813		803		76		4	168.363
SciELO	346		0		0		0		0	346
COCHRANE	86		1		0		0		0	87
CINAHL	4.563		30		2		0		0	4.595
SciVerse Scopus	103.729		1.559		145		7		1	105.441
SOMATÓRIO POR TERMO	281.680		3464		962		84		5	
	Registros Encontrados									286.190
	Registros Selecionados									5

No segundo turno do levantamento bibliográfico, como demonstrado no quadro 3, foram conjugados os seguintes descritores “Atividade Física” *and* “Apoio Social” *and* “Enfermagem

Psiquiátrica" e seus correspondentes em inglês e espanhol. Ao final foram encontrados 285.150 registros, que não resultaram em registros selecionados.

Neste turno destacam-se os resultados encontrados na base de dados MEDLINE, com um total de 167.484 registros encontrados, sendo a que obteve o maior número de registros. Após a aplicação de cada descritor, e critérios de inclusão/exclusão, foram alcançados 4 registros. Após a leitura dos resumos e análise dos artigos, nenhum registro foi selecionado para esta RI. Em seguida, destaca-se a SciVerse Scopus com 105.290 registros encontrados. Destes registros, com a aplicação de cada descritor e os critérios de inclusão/exclusão, obteve-se uma amostra final de 2 artigos, e semelhantemente ao observado na MEDLINE, não foram selecionados artigos após a leitura e análise dos mesmos. Nas demais bases foram encontrados 7.350 registros para LILACS, 4.593 para a CINAHL, 346 na SciELO e 87 na COCHRANE, porém após a aplicação do último descritor não foram selecionados registros para a pesquisa.

Quadro 3 – Descritores adotados no 2º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Descritores							
	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	and	Apoio Social Apoyo Social Social Support	and	Enfermagem Psiquiátrica Enfermería Psiquiátrica Psychiatric Nursing		Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão	Somatório por Base de Dados
	Encontrados		Encontrados		Encontrados			
LILACS	7.289		61		0		0	7.350
MEDLINE/PubMed	165.667		1.813		4		0	167.484
SciELO	346		0		0		0	346
COCHRANE	86		1		0		0	87
CINAHL	4.563		30		0		0	4.593
SciVerse Scopus	103.729		1.559		2		0	105.290
SOMATÓRIO POR TERMO	281.680		3464		6		0	
	Registros Encontrados							285.150
	Registros Selecionados							0

No terceiro turno do levantamento do bibliográfico, como demonstrado no quadro 4, foram conjugados os seguintes descritores "Atividade Física" *and* "Apoio Social" *and* "Transtornos Mentais" *and* "Enfermagem" e seus correspondentes em inglês e espanhol, que resultaram em 285.486 registros, com 4 selecionados.

Para melhor entender a definição da amostra de selecionados, destacam-se os resultados encontrados na MEDLINE, que foi a base com o maior número de registros encontrados, apresentando resultado final de 167.710 registros. Após a aplicação de cada descritor e dos critérios de inclusão e

exclusão, foram alcançados 14 registros. Após a leitura dos resumos, análise dos artigos, 3 artigos foram selecionados para a presente RI. Em seguida, destaca-se a SciVerse Scopus com 105.397 registros encontrados. Destes registros, com a aplicação de cada descritor e os critérios de inclusão/exclusão, obteve-se 2 artigos, sendo que 1 artigo foi selecionado após leitura e análise dos mesmos.

Foram encontrados 7.357 registros para LILACS, sendo esta a responsável por 1 registro após o último descritor e critérios de inclusão/exclusão, que não foi selecionado para o estudo. Nas demais bases, foram 4.593 para a CINAHL, 346 na SciELO e 87 na COCHRANE, porém após a aplicação do último descritor e critérios de inclusão/exclusão, somente a LILACS apresentou 1 artigo, que após a leitura e análise do mesmo, não foi selecionado para a pesquisa.

Quadro 4 – Descritores adotados no 3º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Descritores									Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão	Somatório por Base de Dados
	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	and	Apoio Social Apoyo Social Social Support	and	Transtornos Mentais Trastornos Mentales Mental Disorders	and	Enfermagem Enfermería Nursing				
	Encontrados		Encontrados		Encontrados		Encontrados				
LILACS	7.289		61		6		1			0	7.357
MEDLINE/PubMed	165.667		1.813		213		14			3	167.710
SciELO	346		0		0		0			0	346
COCHRANE	86		1		0		0			0	87
CINAHL	4.563		30		0		0			0	4.593
SciVerse Scopus	103.729		1.559		106		2			1	105.397
SOMATÓRIO POR TERMO	281.680		3464		325		17			4	
	Registros Encontrados										285.486
	Registros Selecionados										4

No quarto turno do levantamento do bibliográfico, como demonstrado no quadro 5, foram conjugados os seguintes descritores “Atividade Física” and “Apoio Social” and “Terapêutica” and “Enfermagem” e seus correspondentes em inglês e espanhol, que resultaram em 285.224 registros, com 1 selecionado.

Para melhor entender a definição da amostra destacam-se os resultados encontrados na MEDLINE, que mais uma vez foi a base com o maior número de registros encontrados, apresentando resultado final de 167.557 registros. Após a aplicação de cada descritor e dos critérios de inclusão e exclusão, foram alcançados 5 registros. Após a leitura dos resumos, análise dos artigos, 1 artigo foi selecionado para a presente RI. Em seguida, destaca-se a SciVerse Scopus com 105.289 registros

encontrados. Destes registros, com a aplicação de cada descritor e os critérios de inclusão/exclusão, não obteve-se artigo para a amostra final.

Nas demais bases foram encontrados 7.352 registros para LILACS, 4.594 para a CINAHL, 346 na SciELO e 87 na COCHRANE, porém após a aplicação do último descritor e critérios de inclusão/exclusão, não foram selecionados registros para a pesquisa.

Quadro 5 – Descritores adotados no 4º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Descritores								Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão	Somatório por Base de Dados
	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	and	Apoio Social Apoyo Social Social Support	and	Terapêutica Terapéutica Therapeutics	and	Enfermagem Enfermería Nursing			
	Encontrados		Encontrados		Encontrados		Encontrados			
LILACS	7.289		61		2		0		0	7.352
MEDLINE/PubMed	165.667		1.813		71		5		1	167.557
SciELO	346		0		0		0		0	346
COCHRANE	86		1		0		0		0	87
CINAHL	4.563		30		1		0		0	4.594
SciVerse Scopus	103.729		1.559		1		0		0	105.289
SOMATÓRIO POR TERMO	281.680		3464		75		5		1	
	Registros Encontrados									285.224
	Registros Selecionados									1

No quinto e último turno do levantamento do bibliográfico, como demonstrado no quadro 6, foram conjugados os seguintes descritores “Atividade Física” and “Transtornos Mentais” and “Terapêutica” and “Enfermagem” e seus correspondentes em inglês e espanhol, que resultaram em 292.899 registros, com 4 selecionados.

Destacam-se neste turno os resultados encontrados na MEDLINE, que mantém a liderança do quesito com o maior número de registros encontrados, apresentando resultado final de 173.441 registros. Após a aplicação de cada descritor e dos critérios de inclusão/exclusão, foram alcançados 11 registros. Após a leitura dos resumos e análise dos artigos, 4 artigos foram selecionados para a presente RI.

Em seguida, destaca-se a SciVerse Scopus com 106.947 registros encontrados. Destes registros, com a aplicação de cada descritor e os critérios de inclusão/exclusão, não foram selecionados artigos para a pesquisa.

Nas demais bases foram encontrados 7.477 registros para LILACS, 4.602 para a CINAHL, 347 na SciELO e 89 na COCHRANE, porém após a aplicação do último descritor e critérios de inclusão/exclusão, não foram selecionados registros para a pesquisa.

Quadro 6 – Descritores adotados no 5º turno do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Descritores								Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão	Somatório por Base de Dados
	Atividade Física Actividad Motora Motor Activity	and	Transtornos Mentais Trastornos Mentales Mental Disorders	and	Terapêutica Terapéutica Therapeutics	and	Enfermagem Enfermería Nursing			
	Encontrados		Encontrados		Encontrados		Encontrados			
LILACS	7.289		183		5		0		0	7.477
MEDLINE/PubMed	165.667		7.155		604		11		4	173.441
SciELO	346		1		0		0		0	347
COCHRANE	86		3		0		0		0	89
CINAHL	4.563		34		5		0		0	4.602
SciVerse Scopus	103.729		3.200		18		0		0	106.947
SOMATÓRIO POR TERMO	281.680		10576		632		11		4	
	Registros Encontrados									292.899
	Registros Selecionados									4

Ao final dos turnos de levantamento bibliográfico, chegou-se a amostra final de 14 artigos selecionados, sendo que após a tabulação de cada artigo por base de dados e turno de levantamento, foram identificados artigos que se repetiam em alguns turnos e em algumas bases, sendo então computados para esta RI, um total de 8 artigos, conforme demonstra o quadro 7.

Quadro 7 – Artigos selecionados após os cinco turnos do levantamento bibliográfico, por base de dados. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Base de Dados	Artigos									Somatório por Base de Dados
	Selecionados após Critérios de Inclusão e Exclusão									
	1º Turno		2º Turno		3º Turno		4º Turno		5º Turno	
LILACS	0		0		0		0		0	0
MEDLINE/PubMed	4		0		3		1		4	12
SciELO	0		0		0		0		0	0
COCHRANE	0		0		0		0		0	0
CINAHL	0		0		0		0		0	0
SciVerse Scopus	1		0		1		0		0	2
SOMATÓRIO POR TERMO	5		0		4		1		4	
	Registros Encontrados									14
	Registros Selecionados com Exclusão dos Repetidos nos 5 turnos									8

Destaca-se no quadro 7 a MEDLINE com maior quantitativo de artigos selecionados, com um total de 12 registros e, em seguida, a SciVerse Scopus, com 2 artigos selecionados. As demais bases de dados não tiveram artigos incluídos na amostra final desta RI.

2.1.3 Terceira etapa: extração dos dados dos artigos incluídos na Revisão Integrativa.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foi elaborado um instrumento (Apêndice B), o qual foi avaliado e referenciado seu conteúdo, com base em autores de reconhecido valor na produção de RI e modificado para melhor aplicação pela Profª Drª Isaura Setenta Porto, co-orientadora da presente pesquisa.

O instrumento contempla os seguintes itens: Dados relativos ao artigo examinado tais como: Identificação do autor(es) do artigo; Título do artigo examinado; Periódico no qual o artigo foi publicado; Banco de dados no qual o artigo é referenciado; Localização / resgate do artigo; Objetivos do artigo; Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo; Identificação de participantes / sujeitos / atores sociais (pesquisa qualitativa); Tipo de estudo / metodologia; Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa; Tratamentos empregados para dados de pesquisa quantitativa; Tratamentos empregados para dados da pesquisa qualitativa; Resultados referidos no artigo; Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto); Análise e interpretação dos resultados; Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto; Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto; Limitações documentadas no artigo; Rigor metodológico e Nível de evidência científica atribuída ao artigo (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

2.1.4 Quarta etapa: apresentação da RI.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para este fim, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes, extraídos do instrumento supra-citado: Nº de ordem da pesquisa; autores; ano/país; nome da pesquisa; autores; nível de evidência; detalhamento metodológico; detalhamento amostral; intervenção estudada; resultados; recomendações/conclusões (Apêndice B).

A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor uma avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem fornecendo subsídios ao enfermeiro na sua tomada de decisão cotidiana.

2.1.5 Quinta etapa: resultados e discussão.

Na presente revisão integrativa foram analisados 8 artigos selecionados segundo os critérios de inclusão estabelecidos. Foram estabelecidas categorias de análise, onde os artigos que se

enquadravam nas mesmas foram discutidos dentro do interesse desta pesquisa. Após a definição da amostra desta investigação, os dados foram tratados seguindo os tópicos abaixo:

1) Apresentação individual dos artigos da amostra da RI, com respectiva análise, para destacar pontos fortes e fracos de cada artigo;
2) Apresentação da síntese da RI: classificação e categorização dos conteúdos dos resultados dos artigos da amostra da RI, com a análise de conteúdo, que resultou nas seguintes categorias: Enfermagem especializada, Sedentarismo e estilo de vida saudável, Apoio e rede social, Obesidade e síndrome metabólica, Incentivo à prática de atividade física e Ansiedade e atividade física. O quadro a seguir demonstra a distribuição dos artigos de acordo com as categorias identificadas.

Quadro 8. Distribuição dos artigos segundo as categorias identificadas. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

CATEGORIAS	NÚMERO DE ORDEM DOS ARTIGOS
I. Obesidade e síndrome metabólica	1,2, 3, 4, 5 e 6
II. Enfermagem especializada	1,2, 3, 4, 5 e 6
III. Sedentarismo e estilo de vida saudável	1, 2, 3, 4 e 5
IV. Apoio e rede social	1, 2, 5, 7 e 8
V. Incentivo à prática de atividade física	1, 2, 4 e 6
VI. Ansiedade e atividade física	8

Com a categorização dos artigos, foi evidenciado que as categorias com maior quantitativo de aspectos classificáveis foram “Obesidade e Síndrome Metabólica” e “Enfermagem especializada”, com presença em 6 (estudos 1, 2, 3, 4, 5, e 6 e estudos 1, 2, 4, 5, 6 e 8 - respectivamente) dos 8 artigos selecionados nesta investigação, seguida pelas categorias “Sedentarismo e estilo saudável” e “Apoio e rede social”, com presença em 5 (estudos 1 ao 5 e estudos 1, 2, 5, 7 e 8 - respectivamente) dos 8 artigos selecionados. A categoria “Incentivo à prática de atividade física” estava presente em 4 (estudos 1, 2, 4 e 6) dos 8 artigos selecionados. A categoria “Ansiedade e atividade física” foi encontrada em apenas 1 (estudo 8) dos 8 artigos selecionados.

CAPÍTULO III. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A AMOSTRA DA RI

Com a finalidade de analisar a amostra da RI, bem como detalhar os estudos que a compõe é apresentado a seguir o quadro 9, com dados sobre estes estudos. Depois, cada um deles é analisado quanto ao seu conteúdo, sua qualidade metodológica e a robustez de seus resultados. Ainda neste capítulo, é elaborada uma crítica sobre aplicabilidade de seus resultados à realidade brasileira na área de saúde mental e ao campo do cuidado de enfermagem em saúde mental.

O Quadro 9 revela a distribuição dos artigos por variável de análise, exceto para os elementos de discussão para a prática de atividade física e seus benefícios, bem como os elementos importantes para a reinserção social (categorias temáticas de análise), que serão abordados e discutidos separadamente. Dentre os países que originaram os artigos que foram selecionados, destacam-se a Austrália, com três artigos, seguida pela Suécia com dois artigos, e os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido e Taiwan, com um artigo cada um. Convém comentar a ausência de artigos produzidos por pesquisadores do Brasil, o que acaba reforçando a necessidade de produção científica na área estudada e aumentando a relevância da presente RI.

Quanto ao ano de publicação, percebe-se uma maior concentração de artigos nos últimos cinco anos, destacando-se os anos de 2013 e 2008 com maior número de publicações sobre o tema em estudo, com três artigos selecionados, seguido por 2012 e 2011 com um artigo cada. Percebe-se também uma lacuna para os anos de 2014 e 2015, com nenhuma produção encontrada sobre a temática estudada.

Entre os periódicos de maior destaque na área contam-se com *o Issues in Mental Health Nursing* e o *International Journal of Mental Health Nursing*, com três artigos publicados cada. Os demais artigos foram publicados no *Research in Nursing & Health* e n*o Journal of Advanced Nursing*, com um artigo em cada periódico.

Para avaliação das evidências científicas, optou-se pela utilização do sistema de classificação hierárquica da qualidade das evidências, aplicado aos dados metodológicos de cada estudo apresentados no Quadro 8. É possível verificar que, segundo a estratificação por níveis de evidência, são 5 artigos de nível 6 e 3 artigos de nível 2. Se por um lado há grande variedade entre as produções encontradas no que se refere ao seu nível de evidência, por outro percebe-se que há poucos estudos disponíveis de alto nível de evidência. Ressalta-se que os artigos sobre atividade física e o paciente portador de transtorno mental, com grau de evidência significativo, são de grande relevância para viabilizar maior consumo da ciência produzida e melhor embasamento científico das práticas de cuidado em saúde e em enfermagem.

Quadro 9 – Quadro sintético da amostra da RI, após os cinco turnos do levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, janeiro 2016.

Autor/ País	Título	Periódico/ Ano	Tipo/Abordagem do Estudo	Base de Dados	Descritores	Nível de Evidência
Bergqvist A, Karlsson M, Wardig R, Hultsjo S, Foldemo A/Suécia	Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders - Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden	Issues in Mental Health Nursing/2013	Estudo Qualitativo	MEDLINE	"motor activity" and "social support" and "mental disorders" and "nursing"	6
Wardig R E, Bachrach-Lindstrom M, Foldemo A, Lindstrom T, Hultsjo S/Suécia	Prerequisites for A Healthy Lifestyle-Experiences of Persons with Psychosis	Issues in Mental Health Nursing/2013	Estudo Exploratório - Qualitativo	MEDLINE SciVerse Scopus	"motor activity" and "social support" and "mental disorders" and "nursing"	6
Beebe LH, Harris RB/EUA	Description of Physical Activity in Outpatients with Schizophrenia Spectrum Disorders	International Journal of Mental Health Nursing/2013	Estudo Clínico - Quantitativo	MEDLINE	"motor activity" and "mental disorders" and "therapeutics" and "nursing"	2
Usher K, Park T, Foster K, Buettner P/Austrália	A Randomized Controlled Trial Undertaken to Test a Nurse - Led Weight Management and Exercise Intervention Designed for People with Serious Mental Illness who Take Second Generation Antipsychotics	Journal of Advanced Nursing/2012	Ensaio Clínico Randomizado/ Experimental	MEDLINE	"motor activity" and "social support" and "therapeutics" and "nursing"	2
Park T, Usher K, Foster K/Austrália	Description of a Healthy Lifestyle Intervention for People with Serious Mental Illness Taking Second-generation Antipsychotics	International Journal of Mental Health Nursing/2011	Estudo de Caso/Revisão	MEDLINE	"motor activity" and "mental disorders" and "therapeutics" and "nursing"	6
Wand T, Murray L/Austrália	Let's get Physical	International Journal of Mental Health Nursing/2008	Revisão	MEDLINE	"motor activity" and "mental disorders" and "therapeutics" and "nursing"	6
Carless D, Douglas K/Reino Unido	Social Support for and Through exercise and Sport in a Sample of Men with Serious Mental Illness	Issues in Mental Health Nursing/2008	Estudo Etnográfico-Qualitativa	MEDLINE	"motor activity" and "social support" and "mental disorders" and "nursing"	6
Ma W-F, Lane H-Y, Laffrey SC/Taiwan	A Model Testing Factors That Influence Physical Activity for Taiwanese Adults With Anxietty	Research in Nursing & Health/2008	Estudo Exploratório Transversal	MEDLINE	"motor activity" and "social support" and "mental health" and "nursing"	2

3.1 Descrição da amostra da RI

A seguir serão descritos os estudos da amostra selecionada para esta RI. Ao final serão analisados o teor da amostra, levando em consideração o valor metodológico agregado ao estudo, bem como as implicações para a análise dos resultados da RI.

1. BERGQVIST, A. et al. Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders, Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 34, n. 5, p. 350-358, 2013.

O estudo de Bergqvist *et al* (2013), consiste em estudar as experiências dos profissionais de saúde mental na assistência a pessoas com transtorno mental na implementação de mudanças no estilo de vida, em um esforço de evitar a síndrome metabólica. Através de um estudo qualitativo exploratório, optando-se pelo método de análise de conteúdo, os autores procuraram extrair os aspectos objetivos e subjetivos para o alcance de um melhor recurso metodológico. Assim, foram incluídos funcionários com experiência de trabalho em regime ambulatorial de psicóticos há pelo menos um ano. Estes cuidados ambulatoriais na Suécia caracterizam-se por dar apoio a adultos, a partir de 18 anos de idade, que são diagnosticados com um transtorno psicótico, tal como definido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2002).

No regime ambulatorial, os pacientes vivem em sua própria casa e o apoio é dirigido para ajudá-los a gerenciar a doença e tornarem-se parte da sociedade. Se uma pessoa não é capaz de chegar ao ambulatório de atendimento a psicóticos, a equipe pode realizar uma visita domiciliar. O tratamento médico, a terapia, a gestão do estresse e apoio social são oferecidos para evitar surtos psicóticos. Se uma pessoa tem um surto psicótico ou é mentalmente instável, ele(a) pode ser cuidado em ambiente hospitalar por um curto período de tempo. Esses cuidados são fornecidos por equipes localizadas na comunidade próximas aos pacientes e envolvem enfermeiros de saúde mental, auxiliares de enfermagem e terapeutas ocupacionais (BERGQVIST *et al* 2013).

O detalhamento metodológico do artigo de Bergqvist *et al* (2013) em questão consiste na adoção do método qualitativo, exploratório, com utilização do método de análise de conteúdo. O estudo seguiu todas as etapas até a aprovação pelo comitê de ética, quando deu seguimento ao seu desenvolvimento. O seu detalhamento amostral foi de 12 membros da equipe de saúde que prestavam atendimento ambulatorial a pessoas com transtorno mental, dos quais nove eram enfermeiras de saúde mental, duas eram terapeutas ocupacionais e uma era auxiliar de enfermagem. Todos eram do sexo feminino, com idade entre 38 e 62 anos e experiência profissional de 2 a 14 anos na área. Nesta amostra houve uma maior predominância de membros da equipe de enfermagem, o que proporcionou nos resultados uma forte marca de uma visão assistencial dentro dos preceitos da categoria.

A pesquisa possui nível de evidência VI, seguindo os critérios de avaliação propostos por Polit e Beck (2011), que significa um estudo de evidência fraca. Convém destacar que este tipo de classificação não descarta as evidências encontradas no estudo. Por outro lado, algumas limitações do estudo puderam ser levantadas. A primeira delas é o fato da amostra possuir apenas profissionais do sexo feminino e outra diz respeito ao pequeno número de participantes presentes na amostra. É possível que os resultados apresentados neste trabalho não tenham uma representatividade suficiente para se afirmar que ele esteja em consonância com a realidade mais geral, mesmo no país em que foi realizado.

A justificativa para o predomínio de participantes do sexo feminino tem relação com o fato de que, na Suécia, o maior número de profissionais da saúde é do sexo feminino. Talvez este fato impacte significativamente nos resultados deste estudo dado que, geralmente, o sexo masculino é o que apresenta maior envolvimento com atividades físicas. Os participantes enfatizaram que incentivar mudanças no estilo de vida de pessoas com transtorno mental exige um processo contínuo de motivação que necessita ser repetido e avaliado regularmente.

Por isto, o estudo mostra que a implementação de mudanças no estilo de vida de pessoas com transtorno mental é um experimento difícil, mas viável. É importante que o trabalho com a promoção da saúde ocorra o mais cedo possível, o que pode ser visto como essencial no cuidado de enfermagem. Assim, os resultados do artigo demonstram uma boa estratégia para se evitar o aumento do risco de desenvolvimento de síndrome metabólica é o desenvolvimento de atividades que tenham gasto energético associada à adoção de hábitos saudáveis à saúde, em conjunto com o início da terapêutica farmacológica.

2. WÄRDIG, R. E. et al. Prerequisites for A Healthy Lifestyle - Experiences of Persons with Psychosis. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 34, n. 8, p. 602-610, 2013.

O segundo estudo, de Wardig *et al* (2013), seguiu o compêndio "Soluções para o bem estar", que se concentra na formação teórica sobre alimentação saudável e outras questões de estilo de vida, tais como: tabagismo, alcoolismo e atividades físicas. O estudo seguiu o modelo metodológico de pesquisa qualitativa exploratória, com o método de análise de conteúdo. Ele apresenta o nível de evidência científica VI, similar a boa parte dos estudos aqui analisados, sendo considerada uma evidência de nível fraco. Como no primeiro estudo apresentado, considera-se que as evidências mais fracas também podem contribuir significativamente para o campo profissional, principalmente se o caminho da construção de seu saber tiver um forte rigor metodológico, o que foi identificado na pesquisa ora analisada.

O delineamento amostral consistiu em 40 participantes oriundos de três serviços ambulatoriais do sul da Suécia. Eles tinham idades entre 27 a 66 anos, sendo 21 homens e 19 mulheres. O tempo desde que foi diagnosticado o transtorno psicótico variou de 1 a 40 anos, no momento da inclusão para a intervenção. Com relação ao transtorno apresentado, 13 participantes apresentavam diagnóstico de esquizofrenia, 13 de transtorno esquizoafetivo, 8 de transtorno de humor bipolar, 3 de transtorno delirante, e 3 de psicose não especificada. Dos 40 participantes, 35 tiveram um nível de participação de 50% ou mais na intervenção (WARDIG *et al,* 2013).

O contexto de intervenção do estudo com relação a alimentação saudável foi baseada nas recomendações nutricionais "Nordic" (2004), uma dieta rica em vegetais, frutas, e cereais integrais, juntamente com os produtos lácteos com baixo teor de gordura e óleos vegetais. O exercício físico foi baseado nas próprias habilidades individuais e realizado em grupos, sob a orientação motivacional de coordenadores treinados. Tanto as sessões teóricas quanto as sessões de atividade física ocorreram em ambulatórios de instituições psiquiátricas, nos quais estes pacientes estavam inseridos. As reuniões foram realizadas uma vez por semana. Todos os participantes que realizaram pelo menos uma sessão de atividade física foram convidados a participar de entrevistas para o estudo. Outro critério foi que os pacientes tivessem um diagnóstico de transtorno psicótico (OMS, 2010) associado à síndrome metabólica estabelecida ou em risco de se desenvolver. Emergiram duas categorias principais do estudo: pré-requisitos individuais e, estar inserido na sociedade, consideradas significativas para o que se espera alcançar como pré-requisitos para uma vida saudável (WARDIG *et al,* 2013).

Os dados apontam para um aprisionamento do planejamento dos participantes, sem tomar medidas para operacionalizar sua vontade. Fica claro que estes pacientes esforçavam-se para adotar um estilo de vida saudável, mas eles foram impedidos por uma falta de motivação e estrutura para torná-lo viável. Foi evidenciado que os participantes tinham conhecimento e planos para uma vida saudável, mas deixavam de tomar medidas para implementar este estilo.

3. BEEBE, L. H.; HARRIS, R. F. Description of physical activity in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 22, n. 5, p. 430-436, 2013.

O estudo desenvolvido por Beebe e Harris (2013), tem o foco voltado para a pessoa com transtorno mental dentro do espectro da esquizofrenia, ou seja, pessoas que possuem diagnóstico médico de algum dos subtipos da esquizofrenia. Este estudo possui uma similaridade em relação aos participantes do estudo 2 (Wardig *et al,* 2013), uma vez que dele participaram pessoas com diagnóstico similar, embora o primeiro tenha sido realizado na Suécia e o segundo nos EUA. Com relação ao nível

de evidência científica, este estudo é considerado forte (Nível II) e com importante representatividade. Um objetivo preliminar foi delineado para descrever a atividade física basal de um grupo de pessoas com transtornos do espectro da esquizofrenia em acompanhamento ambulatorial através do uso prolongado de pedômetros com memória de 7 dias. Também foram examinados as correlações entre a atividade física medida, as características sócio-demográficas, o percentual de gordura corporal e o índice de massa corporal (IMC).

Os pedômetros foram escolhidos para a avaliação da atividade física. Depois de considerar custo, precisão, facilidade de uso, opções de posicionamento, e memória disponível, foram selecionados o pedômetro OmronGoSmart (modelo HJ-720ITC; OmronHealthcare, Lake Forest IL, EUA). Este pequeno dispositivo - usado na cintura ou em um bolso, registra passos, distância e calorias queimadas por até 7 dias usando sensores piso-elétricos duplos (Beebe e Harris, 2013).

Tratou-se de um estudo clínico descritivo de natureza quantitativa. Participaram do estudo, 24 pacientes ambulatoriais que receberam pedômetros e foram igualmente divididos por sexo e idade. Eles possuíam idades de 23 a 71 anos. Uma pequena minoria era de americanos de origem africana (n = 13, 54,2%). O medicamento mais utilizado eram os antipsicóticos (n = 22, 91,7%), seguido por agentes antiparkinsonianos (n = 18, 75%), e medicamentos para várias doenças físicas (n = 16; 66,7%). Quatorze participantes (58,3%) relataram fumar cigarros (média de 1,5 pacotes por dia). Metade relatou praticar alguma forma de exercício físico (geralmente a pé), com uma média de 2,5 dias por semana. O percentual de gordura variou de 15,1 a 48,6%, com uma média de 34,5% (desvio padrão = 10,9). A média de gordura corporal foi de 15,1% para os homens e de 33,6% para as mulheres de 33,6%. Mais de metade (n = 7) dos homens e das mulheres preencheram os critérios de obesidade do CDC (gordura corporal > 25% em homens e > 32% em mulheres). Todos os participantes mantiveram seus pedômetros por toda semana ao longo do acompanhamento do estudo. Os participantes usaram pedômetros com uma média de 6 dias (intervalo = 0-7 e desvio padrão = 1,9) (BEEBE e HARRIS, 2013).

Estes dados preliminares tiveram implicações para os clínicos, que consideraram o uso dos pedômetros para para monitorar o nível físico de atividade em pessoas portadoras de esquizofrenia. As medidas objetivas deste aparelho foram viáveis e moveram os pesquisadores para além da dependência do auto-relato, possibilitando promover avaliações mais precisas de atividade física e avaliação empírica das intervenções, que poderão ser projetadas para aumentar o nível de atividade em pessoas com esquizofrenia (BEEBE e HARRIS, 2013).

Embora o baixo nível de atividade física nestas pessoas tenha sido documentado (CHAMOVE, 1986), os resultados apresentados pelo estudo são um primeiro passo fundamental para o uso de descritores objetivos de atividade física em pessoas com transtorno mental. O uso prolongado do

pedômetro é aceitável e viável para este grupo. Todos os participantes mantiveram seus pedômetros durante a semana e a maioria deles (87,5%) usaram o podómetro durante pelo menos 6 dias. Estes resultados fundamentaram a viabilidade da atividade física via pedômetro, porque de 3 a 5 dias de dados são necessários para estimar com segurança, o nível de atividade física apresentado pelos participantes. A obesidade foi evidenciada em mais da metade dos homens e em todas as mulheres participantes do estudo, um fato que se consolida como maior do que as taxas de obesidade em outras instituições que realizaram estudos semelhantes (41% em homens e 50% em mulheres) (BEEBE e HARRIS, 2013; COHN *et al*, 2010).

O estudo apresenta algumas limitações, como o fato do período de coleta e observação ser de apenas 1 semana. Assim, destaca a necessidade de novas investigações para a conjugação de fatores como alimentação saudável, mensuração de IMC e a prática regular de atividade física.

4. USHER, K. et al. A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 7, p. 1539-1548, 2013.

A investigação conduzida por Usher *et al* (2012) é o único estudo randomizado desta RI. Ele foi elaborado seguindo critérios metodológicos de um ensaio clínico randomizado-experimental. Trata-se de um estudo de evidência científica nível II pelos critérios de Polit e Beck (2011). Portanto, é uma pesquisa com evidência forte, com muito a contribuir para a prática profissional. O objetivo desse estudo foi o de avaliar o efeito de uma intervenção conduzida por enfermeiro no ganho de peso em pessoas com doença mental severa, que recebem prescrição e fazem uso de medicação antipsicótica de segunda geração.

O estudo contou com 104 participantes. Somente duas pessoas não assistiram à sessão de informações e uma pessoa deixou o estudo por razões médicas, resultando em um total de 101 participantes divididas como se segue: 51 no grupo controle e 50 no grupo de intervenção. Os critérios de inclusão foram: o diagnóstico de doença mental severa, idade igual ou superior a 18 anos, sem crise psicótica no momento do estudo, uso de medicamento antipsicótico de última geração sob prescrição médica, morando em North Queensland, e aptidão em escrever e falar inglês (USHER *et al,* 2012).

Para o propósito do estudo, o termo “transtorno mental grave” foi utilizado para descrever coletivamente as doenças para as quais, em geral, são prescritos os medicamentos antipsicóticos de segunda geração. Essas doenças incluem: esquizofrenia, transtorno bipolar e outras desordens psicóticas. Todos os participantes tinham o diagnóstico de transtorno mental grave, idade acima de 18 anos, falantes de inglês e foram avaliados pela equipe. Assim, foi constatado que estavam aptos a consentir em sua participação no estudo. Os instrumentos do estudo foram escolhidos para auxiliar no

melhor entendimento dos efeitos associados de uma intervenção conduzida por enfermeiros direcionada ao estilo de vida saudável, a outros fatores relacionados à qualidade de vida, tais como saúde geral e bem estar e efeitos colaterais de medicamentos (USHER *et al,* 2012).

O estudo utilizou vários instrumentos para a coleta de dados. O Questionário de Adesão aos Medicamentos é uma medida de adesão aos medicamentos com uma escala de sete pontos, que varia de "recusa completa" à "participação ativa". Este questionário é adotado para avaliar a adesão dos participantes à medicação (KEMP *et al*, 1996) e é pontuado de acordo com a resposta dada: recusa completa = 1; recusa parcial = 2; aceitação relutante = 3; relutância ocasional sobre o tratamento = 4; aceitação passiva = 5; participação moderada = 6; participação ativa = 7.

O Inquérito de Atitude aos Medicamentos – 10 é um inventário respondido pelo próprio indivíduo sobre os efeitos subjetivos de medicações neurolépticas. Assim, solicita-se que a pessoa responda a dez questões escolhendo entre as opções - verdadeiro ou falso. Ele é conhecido por ter boa consistência interna e alta confiabilidade teste - reteste (AWARD, 1993). Este questionário é pontuado de acordo com a resposta verdadeira ou falsa dada, sendo +1 ou -1. O escore final é o total da soma de +1 e -1. Um score total positivo significa uma resposta subjetiva positiva (adesão). Um escore negativo significa uma resposta subjetiva negativa (não-adesão).

The Liverpool University Neuroepiletic Side Effect Rating Scale é um questionário respondido pelo próprio indivíduo para o relato de efeitos colaterais neurolépticos gerais, com 51 questões que podem ser agrupadas nas seguintes categorias: efeitos colaterais extrapiramidais, efeitos colaterais psicóticos, efeitos colaterais hormonais, efeitos colaterais anticolinérgicos, miscelânea, outros efeitos colaterais autonômicos, reações alérgicas e falta de concentração.

Usando uma escala de Likert de cinco pontos, o indivíduo classifica cada item como "nada, pouquíssimo, um pouco, muito ou muitíssimo". *The Liverpool University Neuroepiletic Side Effect Rating Scale* têm sido utilizada como uma escala útil para avaliar a tolerância subjetiva a antipsicóticos, em estudos anteriores. Para a obtenção da pontuação final, cada categoria é somada excluindo a pontuação pela falta de concentração. Então, para a obtenção da pontuação do item falta de concentração, o mesmo é subtraído para a pontuação final. A pontuação final é, então, classificada como: baixa = 0-40; média = 41-80; alta = 81-100; muito alta = ou > 101. Uma pontuação relacionada à falta de concentração acima de 20 é considerada alta.

The Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) é um instrumento de medida de saúde bem validado (TURNER-BOWKER *et al*. 2002). O questionário mensura indicadores de saúde incluindo: função e disfunção comportamental, mal-estar e bem-estar, classificações objetivas e subjetivas e auto avaliações favoráveis e não-favoráveis de saúde geral (WARE *et al*., 2002). A validade e a confiabilidade do instrumento é bem documentada e o SF-36 é considerado uma

referência útil ao comparar populações saudáveis e aquelas com alguma condição de saúde alterada para estimar o estresse de condições específicas (TURNER-BOWKER *et al*, 2002). O instrumento é pontuado de acordo com grupos de perguntas e fornece uma pontuação (escore) relacionada à saúde física e mental.

Os participantes do grupo de intervenção reuniram-se com o pesquisador uma vez por semana, durante doze semanas para uma sessão com duração de uma hora. As sessões incluíam educação e discussão sobre o tópico relacionado ao estilo de vida saudável da semana (exemplo: grupos de cinco alimentos), e a evolução dos pacientes com a implementação dos componentes de um estilo de vida saudável do programa conhecido como "Passport 4 Life", em suas vidas cotidianas. Após a reunião educativa com o grupo, uma sessão de atividade física de 30 minutos era conduzida pelo pesquisador. Os grupos encontravam-se semanalmente, na mesma hora e local.

Durante o desenvolvimento do programa era importante levar em consideração algumas consequências da esquizofrenia, particularmente as questões cognitivas como problemas na memória e dificuldades de concentração, diferentes níveis de alfabetização e sintomas negativos como avolição e a redução de habilidades sociais e de convivência (ROBSON e GRAY 2007, BARDWELL e TAYLOR, 2009) considerando-se que todos estes problemas impactam na habilidade de aprender.

Sendo assim, foi considerado essencial desenvolver um programa educativo, sequenciado, progressivo e de fácil compreensão. Dicas relacionadas à alimentação saudável e representações visuais foram utilizadas no Programa para auxiliar no processo de aprendizado (Park *et al*, 2011). O Programa foi conduzido por um período de 12 semanas, o que foi considerado tempo suficiente para que uma mudança de peso fosse detectada (USHER *et al,* 2012).

Os participantes potenciais que atenderam aos critérios do estudo foram convidados a assistir a primeira sessão das 12 de sessões grupais planejadas. Após consentir com a participação, todos aqueles que estavam assistindo a sessão, escolheram um envelope opaco que forneceu ao pesquisador a localização aleatória do participante. O resultado da alocação foi explicada ao participante. Após uma conversa sobre o Programa, os participantes foram convidados a preencher o instrumento de coleta de dados com a ajuda de um pesquisador assistente (USHER *et al,* 2012)..

Quando todos os instrumentos foram preenchidos, o peso, a altura e as medidas de circunferência foram também coletados. Os participantes do grupo de intervenção receberam uma cópia do folheto educativo, encontraram-se semanalmente, durante 12 semanas, e as medidas foram repetidas ao final do Programa. Os participantes do grupo controle receberam uma cópia do panfleto educativo e os pesquisadores pediram que os mesmos retornassem em doze semanas para as medidas que gerariam os dados com os resultados. Este estudo foi conduzido por uma equipe de enfermeiros especializados em saúde mental que, com o consentimento dos participantes, estavam em

contato com os gestores dos casos no decorrer da pesquisa, quando necessário. O mesmo enfermeiro pesquisador conduziu a atividade do grupo de intervenção durante todo o projeto, o que permitiu uma abordagem consistente (USHER *et al,* 2012).

Houve um número ligeiramente maior de participantes do sexo masculino do que do sexo feminino, sendo que os participantes do sexo masculino representavam 53,5% do grupo. A maior parte dos participantes autodenominou-se como esquizofrênica (84,2%), 15,8% como bipolar, deprimido ou ansioso, como sendo seus diagnósticos psiquiátricos. Os medicamentos de segunda geração consumidos pelos participantes incluíam Olanzapina (36,3%), Risperidona (23,8%), Clozapina(18,8%) e Seroquel (14,9%).

Os resultados iniciais esboçados indicaram pequenas diferenças entre os participantes da intervenção (n = 51) e do controle (n = 50) no início do estudo. A maioria dos participantes (n = 89) tinha um IMC acima do recomendado e a média de IMC dos participantes foi de 33, 71 kg / m^2 (desvio padrão = 7,1). A recomendação atual para medida de circunferência abdominal para homens é <102 cm e para mulheres, <88 cm (IDF, 2006). O resultado da média de circunferência dos participantes desse estudo foi de 110,4 cm (USHER *et al,* 2012)..

O grupo controle (n = 50) e o grupo de intervenção (n = 51) foram comparados usando as diferenças dos resultados apresentados no início e após 12 semanas de acompanhamento. O grupo de intervenção apresentou uma média de perda de peso de 0,74 kg (DP 3,87; p = 0, 167) em comparação ao grupo controle que perdeu uma média de 0,17 kg (DP 3,36; p = 0,729). Em ambos os grupos (intervenção e controle), sete participantes de cada grupo melhoraram a sua adesão à medicação, enquanto que oito participantes do grupo de intervenção e seis participantes no grupo controle relataram uma piora na adesão à medicação, durante o acompanhamento de 12 semanas (USHER *et al,* 2012)..

Os resultados desse estudo não foram significativos estatisticamente. Porém, pequenas mudanças já previstas realmente ocorreram no grupo de intervenção. As abordagens individuais e grupais relacionados ao estilo de vida têm sido descritas como úteis para atingir uma modesta perda de peso e são recomendadas no início do tratamento com medicações antipsicóticas de segunda geração (ÁLVAREZ-JIMENEZ *et al*, 2008).

As abordagens multimodais, que incluem a combinação de práticas educativas, estilo de vida saudável e intervenções comportamentais para a prática de exercícios físicos, têm maior probabilidade de serem efetivas na redução de peso no longo prazo do que qualquer abordagem isolada (POULIN *et al*, 2007). A intervenção usada no estudo incluiu abordagens com entrevista motivacional, prática de exercícios e estilo de vida saudável. A ausência de resultados significativos foi explicada como tendo diversas razões. Todos os participantes do estudo faziam uso de medicação antipsicótica de segunda

geração já há algum tempo. Ao contrário do que se achava antes da pesquisa, o tempo de 12 semanas foi insuficiente para alcançar totalmente os objetivos da pesquisa. Possivelmente, este estudo poderia ter tido um resultado mais significativo, se a intervenção tivesse sido conduzida em um período de tempo maior.

5. PARK, T.; USHER, K.; FOSTER, K. Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 20, n. 6, p. 428-437, 2011.

Park, Usher e Foster (2011), descrevem o programa "Passaport 4 life" como sendo uma intervenção conduzida por enfermeiros, com o objetivo de promover um estilo de vida saudável para a manutenção do peso ou até mesmo da perda de peso em pessoas com transtorno mental que fazem uso de antipsicóticos de segunda geração. É um estudo de evidência VI, que serviu de apoio prévio para o desenvolvimento do único estudo randomizado desta RI (USHER *et al* 2012).

O trabalho teve como objetivo fornecer informações detalhadas sobre o conteúdo, estrutura e o desenvolvimento desta intervenção. Ao contrário da maioria dos outros programas de estilo de vida saudável, que tratam de dieta e exercício, esta intervenção foi concebida propositalmente para atender às necessidades das pessoas com transtorno mental grave, que fazem uso dos antipsicóticos de segunda geração e que vivem em comunidade. Outro objetivo foi o de defender o início de programas de estilo de vida saudável, ao mesmo tempo que se implementa o uso dos antipsicóticos de segunda geração nas prescrições das pessoas com transtorno mental (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

Os componentes da intervenção "Passport 4 Life" compreendem um programa de 12 semanas com cinco componentes interligados: informação acerca de alimentação saudável, exercício físico conduzido por enfermeiros, dieta e registro de exercícios, definição de objetivos e entrevista motivacional. No início de cada grupo, medidas antropométricas foram realizadas, incluindo altura, peso, medição de circunferências, juntamente com a anotação da medicação atual em uso pelo participante. A sessão semanal teve duração de uma hora, das quais nos primeiros 30 minutos acontecia uma discussão, seguida de 30 minutos de atividade física. Os grupos foram conduzidos por uma enfermeira, mas os gerentes de caso e cuidadores foram incentivados a participar, quando capazes de fornecer apoio adicional (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

Foi desenvolvido um livreto sobre alimentação saudável, que integrava as diretrizes do governo australiano para nutrição e exercícios. Essas diretrizes forneciam ao leitor informações com facilidade de compreensão para ajudar na aquisição de um estilo de vida saudável.

Ao programa foi adicionada uma informação nutricional saudável incluindo as recomendações para uma alimentação diária com base em outros grupos de alimentos, tais como paes, cereais, arroz, massas e macarrão, leite, iogurte e queijo, carne, peixe, aves, ovos, nozes e leguminosas. Os participantes foram incentivados a se familiarizarem com lanches saudáveis. Para ajudar, a cada semana um exemplo de um lanche saudável era levado pelo enfermeiro líder para o grupo compartilhar com os participantes. Isto servia para encorajar os participantes a experimentarem uma variedade de lanches saudáveis (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

O planejamento de cardápio é outro aspecto fundamental para a saúde. Os participantes foram incentivados a planejar seu cardápio diário. Havia uma seção do livreto, na qual o participante podia escrever seu planejamento de cardápio. Exemplos de menus saudáveis foram incluídos no livreto e existiam atividades no grupo usadas para a prática de planejamento de um menu saudável, juntamente com conselhos para compras (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

As recomendações do governo australiano para o exercício, incluindo “O que é 30 minutos de seu dia?” e os “10.000 passos" foram incorporados ao programa (BROWN *et al*, 2005). Qualquer uma destas recomendações podia ser usada pelos participantes. E, para incentivar o exercício, uma atividade com exercício era incorporada a cada sessão semana (PARK, USHER e FOSTER, 2011). Exercício em grupo são atividades mais facilmente aceitáveis, segundo Johnstone *et al*, (2009), que investigou as barreiras para a prática de atividade física experimentada por pessoas com doença mental grave.

No programa, as sessões de exercícios incluíam uma variedade de atividades de baixo custo ou sem custo, tais como caminhadas, natação e esportes em grupo, como *cricket*[1]. A essencialidade da hidratação era discutida a cada semana durante a sessão de exercício. E, os participantes recebiam uma garrafa de água sendo incentivados a beber regularmente, para manter a hidratação ao longo das sessões (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

A gravação diária de ingestão de alimentos e atividades era um fato importante do Programa e os participantes eram encorajados a completarem os seus registros. O estabelecimento de metas foi um componente essencial do Programa sendo incorporado em cada sessão semanal. Conselhos foram dados aos participantes sobre a fixação de metas, para se recordarem que a fixação de metas é uma atividade individual. A cada semana, os indivíduos eram encorajados a escolher uma meta em consonância com o tema da semana (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

O enfermeiro líder do grupo desenvolveu parcerias com cada participante, por acreditar que cada pessoa tem o direito de escolher as atividades para participar no grupo e se associar aquelas que são oferecidas

[1] Cricket, em português críquete, é uma modalidade esportiva que se pratica com bastão e bola, com equipes de onze jogadores, que é muito popular no Reino Unido e várias de suas colônias (INFOPEDIA, 2016).

apoiando assim a evocação - motivação intrínseca a alteração, e autonomia de cada participante (MILLER e ROLLNICK, 2002). Ao utilizar os princípios da entrevista motivacional, o enfermeiro líder do grupo incorporava os conceitos de reflexão, escuta, expressão de empatia, reconhecimento de habilidade prévia e capacidade de mudança, em cada sessão, enquanto encorajava a autonomia dos pacientes (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

6. WAND, T.; MURRAY, L. Let's get physical. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 17, n. 5, p. 363-369, 2008.

Para descrever as questões da saúde física das pessoas com transtorno mental e os benefícios da prática de atividade física, Wand e Murray (2011) desenvolveram uma revisão de literatura sobre os aspectos que envolvem estas questões. O trabalho destaca o problema da saúde física nos serviços de saúde mental e apresenta recomendações para resolver este problema. Os benefícios da prática de atividade física sobre a saúde mental também são explorados.

Com relação ao valor metodológico deste estudo convém salientar que ele é uma revisão narrativa sem critérios claros de busca na literatura e limitações metodológicas, como os estabelecidos em uma revisão sistemática e/ou uma revisão integrativa. Portanto, seu nível de evidência é VI, que é considerado um estudo de evidência fraca. Mantivemos o estudo nesta RI por entender que ele apresenta conhecimento científico importante para a pesquisa, mesmo sem ter o rigor metodológico esperado. E, também porque é um estudo que ajuda a esclarecer e detalhar o estudo 4, anteriormente analisado.

Pessoas que se exercitam regularmente relatam frequentemente um efeito de bem estar. Embora não exista nenhuma ligação conclusiva que explique a associação entre o exercício e o bem estar mental, Daley (2002) identificou alguns dos mecanismos prováveis:

1. O modelo sugere que a hipertermia promove um estimulo primário para promover a mudança afetiva é a elevação na temperatura do corpo no exercício.

2. A hipótese endorfina propõe que os efeitos de exercício sobre o bem estar psicológico são causados pela a liberação e subsequente ligação endógena de opióides.

3. Auto-estima e auto-domínio estão envolvidos na atividade física aumentando a capacidade física, o que influencia positivamente o auto-domínio e, consequentemente, eleva os níveis de auto-estima. O auto-domínio resulta em maior percepção da capacidade física e auto-estima, que por sua vez leva a uma maior atração para a atividade física. Além disso, há uma relação positiva entre o exercício físico e a melhora tônus muscular e perda de peso.

4. O exercício pode servir como uma distração útil, a partir pensamentos e sentimentos estressantes levando à melhoria psicológica e consequente bem estar. Os indivíduos podem encontrar no exercício

uma estratégia útil para desviar a atenção para eventos e diferentes estímulos circunstanciais da vida pessoal. Percepções individuais dos benefícios associados ao exercício incluem elevação do humor, redução do estresse e da ansiedade, aumento da auto-estima e melhor concentração.

O exercício auxilia as pessoas a se verem de forma mais positiva, com mudanças na imagem corporal, percepção de *fitness*, força e habilidade. Além disso, o exercício é um fator chave no efetivo controle de peso. Há um forte apoio para os benefícios individuais e a relação custo-benefício global das iniciativas de promoção da saúde em cuidados de saúde mental. No entanto, ainda há uma cultura que indica grande dependência de medicamentos e crescente medicalização do sofrimento mental frente a abordagens mais simples e fundamentais para a promoção da saúde mental (FOX, 2000).

Quanto mais longo e mais intenso o exercício, maior será o benefício. No entanto, mesmo em curtos períodos, os exercícios e atividades diárias são benéficos. As orientações afirmam que a atividade física regular pode ajudar a prevenir doenças do coração, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial; a reduzir o risco de desenvolver diabetes do tipo 2 e alguns tipos de câncer; a manter saudáveis os ossos e músculos e as articulações reduzindo assim, o risco de lesão; e, promover o bem estar psicológico (QUEENSLAND, 2007).

Os resultados do estudo apontam que são necessários outras abordagens para a promoção da saúde mental e bem estar geral, pois elas têm sido negligenciadas por uma cultura que aponta cada vez mais para a dependência de medicamentos e medicalização do sofrimento mental e que as contínuas e consideráveis preocupações associadas aos efeitos colaterais induzidos por medicação psicotrópica indicam que estes medicamentos devem ser utilizados com critério (WAND E MURRAY, 2011).

7. CARLESS, D.; DOUGLAS, K. Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 29, n. 11, p. 1179-1199, 2008.

No único estudo que aborda diretamente o apoio social, Carless e Douglas (2008) exploraram o modelo multidimensional de apoio social proposto por Rees e Hardy (2000), no contexto do exercício e da doença mental grave. Para isso, utilizaram uma abordagem interpretativa que incorporou alguns princípios da pesquisa etnográfica. Assim, buscaram obter dos participantes como eles experimentaram o apoio social no contexto de seu envolvimento com exercício ou esporte e potencializaram estes dados através da observação participante e entrevistas complementares com profissionais de saúde mental.

É uma pesquisa com desenho metodológico bem delineado, que aborda as dimensões do apoio social e a prática de atividade física. O estudo possui classificação de evidência de nível VI,

sendo considerada uma evidência fraca. Destaca-se o fato do estudo atender aos objetivos desta RI, com relação a reinserção social através da prática de atividade física e mostrar valor de evidências para a prática profissional.

O estudo explica que Rees e Hardy (2000) propõem um modelo multidimensional de apoio social através do qual eles identificam e definem quatro formas distintas de apoio social. Rees, Smith, e Sparkes (2003) descrevem estas quatro dimensões de apoio social, como: (1) apoio informativo, para proporcionar ao indivíduo um conselho ou orientação sobre possíveis soluções para um problema; (2) apoio tangível, uma concreta assistência instrumental, na qual uma pessoa em uma situação estressante recebe os recursos necessários, por exemplo, assistência financeira ou ajuda física nas tarefas, para lidar com o evento estressante; (3) apoio estima, o reforço do senso de competência da pessoa ou a estima por outras pessoas. Dar ao indivíduo um *feedback* positivo sobre suas habilidades e capacidades ou expressar a crença de que a pessoa é capaz de lidar com um evento estressante são exemplos deste tipo de apoio; e, (4) apoio emocional, a capacidade de passar a outros conforto e segurança durante períodos de estresse levando para a pessoa uma sensação de que ele - ela é cuidada pelos outros (CARLESS e DOUGLAS, 2008).

Os participantes foram 11 homens com idades entre 24 e 43 anos que tinham sido diagnosticados com uma doença mental grave. Inicialmente, havia a expectativa de incluir mulheres na investigação, mas dois fatores conspiraram para resultar em uma amostra totalmente masculina: (1) poucas mulheres estavam envolvidas nos grupos de esportes ou exercícios no centro onde a pesquisa realizada; por razões socioculturais complexas, a participação de mulheres em esportes e exercícios é geralmente mais baixa; neste sentido, não é surpreendente que isso se reflita no contexto da saúde mental; (2) entre as poucas mulheres que estavam envolvidas no esporte ou exercício neste centro, nenhuma estava preparada para participar desta pesquisa (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

Os participantes foram identificados com base em: (1) sua vontade de participar na pesquisa; (2) avaliação pelos profissionais de saúde mental de que o indivíduo era mentalmente capaz de participar; e, (3) da experiência pessoal dos participantes com doença mental grave e participação no exercício ou esporte. Os participantes foram envolvidos em uma variedade de atividades de exercício ou esporte, incluindo golfe, futebol de cinco (*soccer*), *badminton*[2], tênis, natação, caminhadas em grupos, jardinagem, exercício na academia e corrida (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

O centro de reabilitação tinha seu próprio ginásio rudimentar contendo bicicleta ergométrica, remador e esteira. Todas as outras atividades aconteceram em instalações da comunidade. Os

[2]De acordo com Cabello *et al*., (2003), o Badminton é baseado em movimentos rápidos e com uma grande solicitação do metabolismo anaeróbio. Ele é uma modalidade desportiva caracterizada pela elevada velocidade de jogo, ações explosivas e mudanças de direção.

profissionais de saúde mental estavam intimamente envolvidos em cada sessão de atividades com capacidade organizacional e seguiram orientações profissionais para a prática de exercícios de forma segura. Dois participantes de forma independente participaram de atividades de exercícios comunitários: corrida e exercícios na academia (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

Como Crone *et al* (2005) notaram, é provável que os líderes de exercício precisassem chamar para si mesmos as competências profissionais e suas próprias qualidades pessoais, a fim de fornecer o apoio mais eficaz para a pessoa com transtorno mental grave. Desta maneira, a prática do exercício poderia atingir resultados mais eficazes. Através de ações de sensibilização para os benefícios potenciais da atividade, o apoio informacional ajudou a gerar interesse e motivação dos participantes para começar a trabalhar com um determinado exercício ou atividade esportivo. Ele foi pessoalmente relevante e acessível através da introdução do ensino apropriado, uma vez que parece ter sido importante para fornecer aos participantes estratégias práticas que lhes permitiram melhorar suas capacidades e habilidades e, posteriormente, o aumento da sua confiança e fluidez da atividade (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

Significativamente, verificou-se também que o apoio informativo não foi dado somente para os participantes por um profissional de saúde, mas foi também compartilhado entre os participantes do estudo. Foi apontado que o apoio tangível (financeiro) é provavelmente um elemento essencial do apoio social, como resultado dos obstáculos socioeconômicos enfrentados por muitas pessoas com problemas de saúde mental graves e permanentes. O apoio estima foi um dom recíproco de recebimento de reforço e apoio. Ele não era apenas para os indivíduos beneficiados, mas muitos também deram apoio estima aos outros por meio de comentários positivos ou trocas (CARLESS; DOUGLAS, 2008). Diversos participantes falaram do apoio emocional como importante para eles, geralmente a partir da família e amigos e, por vezes, no contexto do esporte e do exercício atividades. Carless (2007) identifica três fases de intensa prestação de apoio social no âmbito da atividade física e saúde mental: (1) ações de sensibilização, uma estratégia de apoio social preliminar em que são destacados os benefícios potenciais da atividade física; (2) acoes de acoplamento, um período no qual uma forma de exercício foi identificado que combinava com a necessidade pessoal e os apelos aos interesses do indivíduo; e, (3) ações de facilitação prática, o que frequentemente envolve um compromisso de longo prazo para a organização de atividades físicas, com oferta de uma combinação de encorajamento, direção, motivação e tranquilidade.

Claramente, ficou evidente a seguinte limitação desta pesquisa, que foi o foco exclusivo na experiência do esporte e do exercício dos homens. O estudo aponta que futuramente serão necessárias outras pesquisas para explorar as formas de apoio social para as mulheres com graves

problemas de saúde mental, que desejem participar do esporte ou exercício (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

8. MA, W-F.; LANE, H-Y.; LAFFREY, S. C. A model testing factors that influence physical activity for Taiwanese adults with anxiety. **Research in Nursing & Health**, v. 31, n. 5, p. 476-489, 2008.

O estudo de Ma, Lane e Laffrey (2008) trata de um transtorno mental que ainda não foi mencionado nesta RI, que é a ansiedade. O objetivo foi o de testar um modelo teórico de facilitadores e barreiras à prática de atividade física para adultos com ansiedade em Taiwan. Este estudo apresenta o nível de evidência II sendo considerado um estudo com nível de evidência forte, agregando valor a esta RI.

Um modelo equacional estruturado foi utilizado para examinar unidirecionalmente as influências diretas e indiretas de 11 fatores pessoais e cognitivo-emocionais sobre a prática de atividade física nesta população. Para o alcance do objetivo do estudo foi desenvolvido um estudo exploratório transversal, que possuía um delineamento amostral inicial de conveniência, de um total de 252 adultos tailandeses para testar o modelo. Os critérios de inclusão foram: adultos de 20-60 anos de idade, capazes de se comunicar verbalmente, recebendo cuidados para ansiedade em uma de quatro clínicas psiquiátricas e um centro de aconselhamento da cidade, e que concordaram em participar do estudo (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

Os participantes potenciais eram pacientes diagnosticados com transtornos de ansiedade ou de ajustamento como definido pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2000), ou pacientes sem diagnóstico indicados, mas que tinham sido tratados por sintomas de ansiedade. A amostra final foi de 239, devido a eliminação de 13 participantes através da aplicação de critérios avaliativos para a prática de atividade física (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

A idade média dos participantes foi de 34,8 anos (desvio padrão = 10,18). Aproximadamente 60% dos participantes eram mulheres (n = 150). A amostra possuia 51% de solteiros (n = 122), 40,6% de casados (n = 97); o restante eram viúvos ou divorciados (n = 20). A maioria dos participantes (88,3% - n = 220, relatou ter concluído o ensino médio; e, só três participantes precisaram do pesquisador para ler os itens do questionário. Do total de participantes, 58% (n = 140) informaram possuir uma renda adequada para atender às suas necessidades (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

Foram utilizados sete instrumentos para obtenção dos dados do estudo: o Demographic Inventory, o State-Trait Anxiety Inventory form Y, o Stressful Life Events Checklist, o Exercise Benefits / Barriers Scale, o Exercise Confidence Survey, o Social Support and Exercise e o Past Year Regular Physical Activity Checklist. Este estudo testou o modelo modificado por Pender (2006) que é o *Physical*

Activity for Persons with Anxiety (PAPA), concebido para determinar esses fatores através de 12 variáveis que compõem três construções: fatores pessoais, fatores cognitivos e emocionais e do desfecho comportamental; e, cinco conceitos: percepção dos benefícios da atividade; de barreiras para atividade; de auto-eficácia para a atividade; de apoio familiar para a atividade; e, de apoio amigo para a atividade. A atividade física regular foi medida para construir o resultado comportamental (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

As percepções de eventos estressantes de vida, benefícios de atividade e a auto-eficácia para a atividade influenciaram diretamente na prática de atividade física para indivíduos adultos ansiosos de Taiwan. Isto sugere que estes indivíduos taiwaneses precisam ser incorporados a um programa de atividade física ligados necessariamente aos três fatores: pessoais, cognitivos e emocionais, para que seus tratamentos sejam mais eficazes (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

A pesquisa fornece a informação empírica que pode orientar enfermeiros de saúde mental e outros no desenvolvimento e testes preliminares de um programa físico de tratamento com base na atividade PAPA, modelo que irá incentivar as populações de Taiwan com ansiedade a participarem de atividade física.

Embora seja um estudo com valor de evidência forte, convém mencionar que os resultados também não puderam ser extendidos a pessoas com outras condições mentais. Além disso, a baixa confiabilidade do estado de ansiedade medida é uma limitação. Em adição, a baixa confiabilidade de teste-reteste para o estado de ansiedade e auto-eficácia para a atividade sugerem que o uso de um auto-relatório pode ser uma limitação. Além disso, as informações obtidos a partir de questionários e entrevistas podem ser tendenciosas, devido à capacidade de memória, influências pessoais e desejabilidade social. O modelo incorpora PAPA 12 fatores. Acredita-se que a atividade física possa influenciar a participação da população de Taiwan com a ansiedade. Amostras maiores também são necessárias para examinar as influências do sexo e adequação da renda.

Ao final de cada descrição de estudo inserido na amostra final desta RI, foram apontadas fragilidades, limitações e os benefícios dos estudos para a mesma. De uma maneira geral, os estudos conseguem atender aos objetivos apontados no início desta pesquisa, porém na amostra final contendo 8 estudos, que foram selecionados utilizando estratégias de busca, conforme preconizado pelo desenho metodológico proposto neste trabalho, há de comentar alguns aspectos oriundos de reflexão após a descrição sobre os estudos de sua amostra. A RI é considerada um dos meios fundamentais para levantar as melhores evidências científicas disponíveis e assim, preencher uma eventual lacuna existente no campo profissional.

A RI é considerada um importante meio de levantar a melhor evidência científica disponível e assim preencher uma eventual necessidade do campo profissional, nos diferentes meios de inserção.

Os estudos aqui apresentados foram elaborados seguindo critérios altos de excelência de publicação, porém ainda assim algumas fragilidades e limitações metodológicos foram identificados na análise individual de cada estudo. A atividade física está presentes em toda amostra. Os autores desenvolveram pesquisas tendo como elemento norteador a sua prática e o que pode ser feito para utilizá-la como estratégia transformadora de realidades. Espera-se que esta RI possa extrair as evidências necessárias para esta transformação.

Um achado desta amostra, que merece consideração e reflexão dos leitores, é não termos inseridos na amostra final estudos nacionais. Na sua totalidade identificamos estudos de ordem internacional. É um desafio desta RI identificar evidências, que possam agregar valor científico as tomadas de decisões ou exercício das atividades no âmbito nacional.

Com relação ao delineamento metodológico adotado pelos pesquisadores, esta RI identificou algumas fragilidades, que podem prejudicar o alcance dos objetivos finais por parte dos pesquisadores. A predominância de estudos de evidência fraca, em comparado aos estudos de evidência forte, também pode influenciar o resultado final desta RI, um a vez que não foram adotados princípios que possibilitem um percurso metodológico livre de erros e sem influência direta nos resultados.

Nos estudos selecionados considera-se importante a presença de um estudo randomizado experimental e dois estudos de caráter clínico quantitativo, que abordam a prevenção da síndrome metabólica, através de programas multidisciplinares e multifacetados, o incentivo a prática de atividade física como forma melhorar os sintomas de ansiedade (MA, LANE e LAFFREY, 2008) e os sintomas psicóticos de pacientes esquizofrênicos, conforme descritos neste capítulo da dissertação.

A principal fragilidade metodológica observada diz respeito a metodologia de trabalho adotada no estudo randomizado experimental, onde os pesquisadores desenvolveram um programa que possui pouco tempo de execução de atividade física (30 minutos/1 vez por semana) (UHER *et al*, 2012) tornando-se questionável o alcance de resultados significativos na testagem das pessoas com transtorno mental inseridos no programa. Já no estudo clinico (BEEBE e HARRIS, 2013), que utilizou o pedômetro como elemento de mensuração da prática de atividade física foram identificados um número pequeno de participantes e um tempo de duração da atividade possivelmente pequeno para um bom resultado final.

Os demais estudos também merecem alguns comentários como a presença de uma revisão de literatura de caráter tradicional (WAND e MURRAY, 2008), que não possui o rigor metodológico atualmente exigido para realizar uma RI. Esta não foi excluída do estudo por ter considerações importantes para agregar ao resultado final desta pesquisa, já que a temática estuda não possui um grande acervo de publicações. O método qualitativo também está presente no estudo citado. Embora o mesmo possua um valor baixo de evidência, suas características metodológicas possibilitam uma

imersão no campo subjetivo da pesquisa, permitindo ao participante exteriorizar suas impressões, anseios e expetativas, sejam elas positivas ou negativas.

Com relação ao apoio social, que notadamente é descrito de uma forma diferente do que é praticado nas instituições de saúde mental brasileiras, se destoa um pouco de nossa prática assistencial, baseada nos princípios do SUS. Possivelmente, os resultados poderão amadurecer o processo de trabalho do profissional de saúde mental, principalmente o Enfermeiro, e assim colaborar para que os pressupostos da reforma psiquiátrica possam ocupar todos os espaços onde a saúde mental está inserida e assim beneficiar a pessoa com transtorno mental no seu longo percurso de reinserção social e resgate de dignidade e cidadania através da atividade física.

CAPÍTULO IV - ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS: A SÍNTESE DA RI

Após a leitura minuciosa e a coleta dos dados dos artigos incluídos na RI, emergiram seis categorias temáticas relacionadas ao objeto de estudo, pessoas com transtorno mental e a atividade física como estratégia terapêutica, as quais foram: Obesidade e Síndrome Metabólica, Enfermagem Especializada, Sedentarismo e estilo de vida saudável, Apoio e rede social, Incentivo à prática de atividade física e Ansiedade e atividade física. Os resultados são apresentados segundo as frequências decrescentes dos conteúdos presentes nos estudos.

4.1. Categoria I - Obesidade e síndrome metabólica:

Esta categoria temática, uma das maiores desta RI, presente em 6 dos 8 artigos analisados, foi identificada nos estudos de Bergqvist *et al* (2013) com nível de evidência VI, Wardig et al (2013) com nível de evidência VI, Beebe e Harris (2013) com nível de evidência II, Usher et al (2012) com nível de evidência II, Park, Usher e Foster (2011) com nível de evidência VI e Wand e Murray (2008) com nível de evidência VI. Ao realizar um tratamento estatístico simples, nota-se que 67% dos estudos apresentam nível de evidência científica VI e 33% nível de evidência II.

A prática assistencial em unidades de saúde mental nos possibilita a percepção de uma triste realidade, que é o ganho de peso que as pessoas com transtorno mental experimentam com o curso de sua doença e os efeitos adversos de algumas classes de medicamentos, principalmente os utilizados para o tratamento dos transtornos psicóticos.

O estudo de Beebe e Harris (2013) aponta que a amostra de 24 pessoas com Esquizofrenia, um conhecido transtorno psicótico, que faziam acompanhamento ambulatorial em um serviço de saúde mental, utilizada para investigar a prática de atividade de física, evidenciou que todas as mulheres e metade dos homens estavam com obesidade.

Foi através desta visão, que pesquisadores da Austrália, Park, Usher e Foster (2011), resolveram conceber, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, o programa “Passport 4 Life”, com o intuito de auxiliar as pessoas que fazem uso de antipsicóticos a adotarem um estilo de vida saudável e consequentemente alcançarem a manutenção ou perda de peso (de 1 a 4 Kg de peso ou 10% do peso corporal). O programa incluiu alimentação saudável e aumento da prática de atividade física, o que pode levar a melhores resultados de saúde.

Em continuação, sobre o estudo mencionado acima, foi desenvolvido por Usher *et al* (2012) um estudo randomizado com pessoas com transtorno psicótico que faziam uso de antipsicóticos de segunda geração e estavam inseridos no programa “Passport 4 Life”, porém, ao contrário do que se

esperava, a pesquisa não apresentou resultados estatisticamente significativos para perda de peso, embora tenha-se evidenciado perda quantitativa na população que recebeu a intervenção.

Para isso, os autores apontam diversas razões, mas a que se destaca é o fato de que todos os participantes do estudo faziam uso de medicação antipsicótica de segunda geração há algum tempo. É possível que o peso deles tenha atingido um platô que tornava a perda de peso menos provável. Entretanto, a adoção de intervenções anteriores que combinavam uma variedade de técnicas de perda de peso com o exercício, dieta e práticas educativas, que foram conduzidas em um período de tempo maior (16 semanas, 18 semanas, 6 meses, 18 meses), tiveram mais chance de apresentar resultados melhores. Possivelmente, o presente estudo teria tido um resultado mais significativo se a intervenção tivesse sido conduzida em um período de tempo maior (USHER *et al*, 2012).

Outra razão apontada pelo autor é que o programa educacional idealizado e conduzido, não tenha informado suficientemente os participantes sobre como fazer as mudanças necessárias que poderiam levar à redução do peso. Além disso, as únicas sessões de exercícios semanais que se seguiram às sessões de práticas educativas podem ter sido inadequadas para a perda de peso de participantes que não realizavam mais nenhum exercício extra durante a semana (USHER *et al*, 2012). Os autores pretendem em um novo estudo aplicar estas observações.

Wand e Murray (2008) do mesmo país de origem dos pesquisadores que idealizaram o programa ”Passport 4 Life”, demonstrando uma grande inclinação do país para o estímulo à prática de atividade física e, corroborando com o apontado pelos mesmos, alerta que o exercício é um fator chave no efetivo controle de peso. Há um forte apoio para os benefícios individuais e relação custo-benefício global das iniciativas de promoção da saúde em cuidados de saúde mental. Eles concluem afirmando que as contínuas e consideráveis preocupações associadas aos efeitos colaterais induzidos por medicação psicotrópica indicam que estes medicamentos devem ser utilizados criteriosamente e mantidos na sua menor dose terapêutica.

A preocupação dos pesquisadores em questão é justificada, pois os medicamentos antipsicóticos aumentam o metabolismo de carboidratos, resultando no aumento do apetite (PALIK; BIRKAS; FALUDI; KARADI; CSEH, 2005), na resistência à insulina, hiperlipidemia, aumento da glicose e aumento da pressão arterial (GIBSON; CAREK; SULLIVAN, 2011).

A prática de atividade física pode ser uma importante aliada no combate a obesidade, pois ela afeta substancialmente o ímpeto da pessoa com transtorno mental em desenvolvê-la de forma a colaborar na sua perda de peso. Isto é evidenciado no estudo de Beebe e Harris (2013), que observou na análise dos pedômetros utilizados nas pessoas com esquizofrenia, presentes em seu estudo, que os homens deram mais passos e percorreram maior distância todos os dias durante a semana de acompanhamento, número maior do que o observado pelas mulheres, valores estes provavelmente

relacionados com os índices mais baixos de IMC e o percentual de gordura corporal dos homens em comparação com as mulheres. Ressalta-se o fato de que, segundo Usher et al (2012) os autores, a atividade física não é apenas uma opção eficaz para perda de peso, mas também para sintomas tais como os da depressão e em alucinações.

A obesidade não é o único problema que afeta as pessoas com transtorno mental que fazem uso de medicamentos que estimulam o apetite. Uma complicação importante do ganho de peso é o desenvolvimento da Síndrome Metabólica. Todos os autores desta categoria associam que o uso de antipsicóticos de segunda geração está associada ao ganho de peso e ao desenvolvimento de síndrome metabólica. A expectativa de vida das pessoas com esquizofrenia é reduzida por cerca de 25 anos, comparado com as pessoas sem transtorno mental (COLTON & MANDERSCHEID, 2006; INICIANTE, 2006). Uma razão para tal dado é que 40% das pessoas com transtorno psicótico desenvolve a síndrome metabólica antes mesmo de completarem a idade de 30 anos (MCEVOY, 2005; MEYER & STAHL, 2009).

Conforme a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2011), os critérios para a síndrome metabólica são obesidade abdominal em combinação com pelo menos dois dos quatro seguintes critérios menores: níveis baixos de lipoproteínas de alta densidade, níveis elevados de triglicerídeos, elevação da pressão arterial e aumento da glicose plasmática. Alterações metabólicas não tratadas podem conduzir ao desenvolvimento de síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2 (GANGULI & STRASSING, 2011). Diabetes mellitus tipo 2 não tratada pode levar a sérias complicações tais como insuficiência renal, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (PIETTE; HEISLER; GANOCZY; MCCARTHY & VALENSTEIN, 2007).

Com relação a síndrome metabólica, Wand e Murray (2008) e Bergqvist *et al*. (2013) concordam que é importante a prevenção da síndrome em pessoas com trantorno mental que fazem uso de medicamentos antipsicóticos. A enfermagem pode ter papel fundamental no combate ao aparecimento da mesma, uma vez que os participantes do estudo de Bergqvist comentaram sobre a importância de trabalhar com a promoção da saúde o mais cedo possível, o que pode ser visto como essencial no cuidado de enfermagem, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de síndrome metabólica (BEGQVIST *et al*., 2013).

Apesar das questões que envolvem o uso da medicação, os participantes deste estudo sentiram que eles eram responsáveis por justificarem os motivos que levam ao uso da medicação, o que os colocou em um dilema ético. Isto indica a importância de discussões contínuas sobre a prevenção de problemas de saúde física em indivíduos que tomam medicamentos antipsicóticos (BEGQVIST *et al*., 2013). De fato, ser o agente da administração de medicamentos que tem por objetivo tratar a pessoa e acabam interferindo negativamente na sua saúde física, mesmo com os

inegáveis benefícios à saúde mental, gera um conflito importante ao profissional no exercício de suas funções.

Implementação de mudanças no estilo de vida em indivíduos com transtorno psicótico é considerado difícil, mas possível. Ao trabalhar com essas questões ao longo do tempo, a equipe ganha mais experiência, o que também leva a prevenção de síndrome metabólica (BEGQVIST *et al*., 2013).

As pessoas com sintomas psicóticos têm um risco aumentado de co-morbidades cardiometabólicas, incluindo os desvios metabólicos tais como a obesidade, a resistência à insulina, hipertensão e diabetes (MILLAR, 2010). Outro fator preocupante para a questão metabólica da pessoa com transtorno mental é o desenvolvimento da síndrome metabólica, descrita em estudos de Ganguli & Strassing (2011). Estas condições co-mórbidas pode encurtar a expectativa de vida para as pessoas com um transtorno mental grave em quase 20% em relação as pessoas sem transtorno mental (MILLAR , 2010).

Os resultados encontrados corroboram com o que é apontado na literatura. As mudanças no estilo de vida para uma vida saudável são difíceis para todos. São muitas as barreiras impostas pelas rotinas de trabalho, pelo estresse diário e pelas dificuldades sócio-econômicas que as pessoas enfrentam diariamente (EDWARD; RASMUSSEN; MUNRO, 2010). Contudo, isto pode ser particularmente mais difícil para os indivíduos com transtorno psicótico já que eles muitas vezes sofrem de fadiga, o que torna difícil se engajar na atividade física (HAPPELL; PLATANIA-PHUNG; SCOTT, 2011).

A preocupação com o desenvolvimento da obesidade e a consequente evolução para síndrome metabólica é uma grande preocupação dos pesquisadores em seus estudos elencados nesta categoria. É notório que esta preocupação está alinhada com os princípios que norteiam uma assistência em saúde mental. Os efeitos adversos do tratamento a pessoa com transtorno mental, mesmo os que estão previstos no tratamento, podem ser superados ou prevenidos por ações desenvolvidas pelos profissionais que prestam assistência aos mesmos, precisam estar monitorados através de ações de controle imediatamente iniciadas. Portanto recomenda-se após os apontamentos desta categoria que o atendimento a pessoa com transtorno mental com risco para o desenvolvimento de síndrome metabólica requer um olhar integral do profissional de saúde, que focalize medidas com intuito de gerar intervenções à saúde física.

Os estudos inseridos nesta categoria apontam para um caminho ainda não demonstrado claramente, uma vez que seus percursos metodológicos não possibilitaram a ratificação das evidências. Esse caminho precisa ser percorrido, pois é claro que a prática de atividade física pode colaborar para esta construção. É necessário estudos com um número maior de participantes e com maior duração, alinhados com o que a literatura descreve como suficiente para efetivamente gerar

perda de peso e melhorar as taxas metabólicas das pessoas com transtorno mental, em uso de antipsicóticos de segunda geração. É de grande valor que estes profissionais estabeleçam medidas terapêuticas que ajudem no combate a obesidade e a síndrome metabólica.

4.2. Categoria II - Enfermagem especializada:

Esta primeira categoria temática foi identificada em 6 estudos dos 8 selecionados para a presente RI. Foi a com maior presença nos artigos. Foi identificada nos estudos de Bergqvist *et al* (2013) com nível de evidência VI, Wardig *et al.* (2013) com nível de evidência VI, Usher *et al.* (2012) com nível de evidência II, Park, Usher e Foster (2011) com com nível de evidência VI, Wand e Murray (2008) com nível de evidência 6 e Ma, Lane e Laffrey (2008) com nível de evidência científica II. Ao realizar um tratamento estatístico simples, nota-se que 67% dos estudos apresentam nível de evidência científica VI e 33% nível de evidência II.

Com base nos resultados encontrados e tentando responder aos objetivos estabelecidos nesta RI, pode-se apontar algumas ações importantes para o profissional de Enfermagem frente a pessoa com transtorno mental. Os estudos analisados demonstram uma grande preocupação dos pesquisadores em identificar ações que possam promover a saúde destas pessoas, e a prática de atividade física surge como uma grande aliada dos profissionais de saúde mental para o alcance destes objetivos.

Os participantes do estudo de Bergqvist *et al* (2013), em sua maioria enfermeiros de saúde mental, apontam a importância do conhecimento na observação precoce e prevenção de possíveis complicações para que os enfermeiros possam realizar a promoção da saúde. Mudanças no estilo de vida realizadas na vida diária da pessoa com transtorno mental, em estreita colaboração com o indivíduo, na sua rede, e com os atores do cuidado de saúde envolvidos, é uma tarefa de enfermagem extremamente importante.

Os muitos e variados papéis dos enfermeiros de saúde mental caracterizam-se pelo contato próximo. Eles possuem a base de conhecimento e flexibilidade para fornecer e repetir informações e conselhos que promovam opções de estilos de vida saudáveis, melhora do auto-cuidado e manutenção da saúde a longo prazo. Isso poderia também aparecer como um requisito fundamental para que estes enfermeiros continuem a empreender esforços para adquirir uma formação mais especializada em enfermagem em saúde mental, principalmente a nível de pós-graduação (WAND e MURRAY, 2008).

Bergqvist *et al* (2013), Wardig *et al* (2013) e Wand e Murray (2008) destacam a importância de se identificar oportunidades e obstáculos para adoção de um estilo de vida saudável pelas pessoas com transtorno mental, o que reforça a necessidade de investimento na formação especializada dos

enfermeiros de saúde mental, para esteja preparado para atuar frente aos problemas da saúde física e mental.

O estudo de Usher *et al* (2012), corroborando a ideia acima e aumentando o valor da evidência, aponta que os enfermeiros de saúde mental precisam aumentar os seus conhecimentos de avaliação e gestão dos efeitos adversos das medicações, tais como o ganho de peso por pessoas com transtorno mental grave.

O enfermeiro está envolvido nas diversas ações assistenciais no âmbito da saúde mental. Seu papel de liderança da equipe é primordial no empreendimento de ações que visam a promoção da saúde e o estímulo a prática de atividade física por pessoas com transtorno mental.

A participação do enfermeiro, nas atividades desempenhadas por estas pessoas, é apoiada por Park, Usher e Foster (2011), que afirmam que o apoio de um membro da equipe em sessões de exercício com os clientes é um motivador para a participação e aumenta a interação social. Eles vão além, afirmando o enfermeiro líder do grupo desenvolve parcerias com cada participante, com a crença subjacente de que cada pessoa tem o direito de escolher como participar das atividades do grupo e se associar ao que é oferecido, apoiando assim a evocação e autonomia de cada participante.

O "Passport 4 Life", já descrito nesta RI, é liderado por enfermeiro e tem o potencial para ser oferecido por enfermeiros que trabalham em uma variedade de unidades de saúde mental, sejam a nível de internação ou nas configurações da saúde mental comunitária (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

Evidencia-se que a prática de atividade física precisa ser incorporada ao cotidiano do enfermeiro de saúde mental e direcionada a pessoa com transtorno mental, de forma a evitar que sua doença o afaste do convívio social e que sua expectativa de vida continue a diminuir quando comparada com a de pessoa sem o transtorno mental. Tal afirmação é corroborada pela identificação de pesquisas nas quais o papel do enfermeiro é fundamental para a realização de atividades de acompanhamento, avaliação e implementação de ações assistenciais à pessoa com transtorno mental.

Recomenda-se que o enfermeiro deve incentivar a motivação dos pacientes. Ele deve incorporar no seu cotidiano prático os conceitos de reflexão e escuta sensível. Deve expressar empatia e reconhecimento das habilidades prévias das pessoas para as quais direciona o cuidado e ter a capacidade de mudar, em cada sessão, enquanto encoraja a autonomia de seus pacientes e aprende com as potencialidades que se apresentam no desenvolvimento das estratégias terapêuticas que lidera.

Finalizando, Ma, Lane e Laffrey (2008), afirmam que seu estudo pode fornecer a informação empírica para orientar enfermeiros de saúde mental e outros, no desenvolvimento e testes preliminares de um programa físico, modelo que irá incentivar as populações de Taiwan com ansiedade, a

participarem da prática de atividade física. Na verdade, aumentando a abrangência desta afirmação, pode-se afirmar que todas as evidências aqui apontadas e discutidas podem servir de base para a implementação de ações que façam com que todas as pessoas com transtorno mental, em qualquer unidade de saúde mental no mundo, possam praticar atividade física, e que todos os enfermeiros possam se inserir com verdadeiro empenho neste contexto.

Como bem mencionando nos estudos internacionais contidos nesta RI, o enfermeiro pode ocupar a posição de liderança de equipes de assistência em saúde mental, pois o seu cuidado o diferencia das demais categorias profissionais. Os resultados aqui apresentados possibilitam a implantação de medidas adotadas para a reinserção social da pessoa com transtorno mental com a participação efetiva do enfermeiro no desenvolvimento de modalidades terapêuticas que tenham a atividade física como elemento principal e na cooperação para a adoção de hábitos saudáveis de vida em conjunto com os outro benefícios socializadores que a atividade proporciona.

4.3 Categoria III - Sedentarismo e estilo de vida saudável:

Esta categoria temática foi identificada em 5 estudos, dos 8 selecionados para a presente RI. Foi a com maior presença nos artigos. Foi identificada nos estudos de Bergqvist *et al* (2013) com nível de evidência VI, Wardig *et al.* (2013) com nível de evidência VI, Beebe e Harris (2013) com nível de evidência científica II, Usher *et al*. (2012) com nível de evidência II e Park, Usher e Foster (2011) com nível de evidência VI. Ao realizar um tratamento estatístico simples, nota-se que 60% dos estudos apresentam nível de evidência científica VI e 40% nível de evidência II.

O sedentarismo aflige de maneira vertiginosa o mundo moderno. A consequência disso é o adoecimento da população por doenças de ordem física, notadamente as que a afetam o aparelho cardiovascular. As pessoas com sintomas psicóticos têm um risco aumentado de co-morbidades cardiometabólicas, incluindo os desvios metabólicos tais como a obesidade, a resistência à insulina, hipertensão e diabetes (MILLAR, 2010).

A implementação de mudanças no estilo de vida de pessoas com transtorno mental é muito difícil, mas possível. Bergqvist *et al* (2013) apontam que, mesmo que a maioria das pessoas com transtorno mental saibam da importância de viver de forma saudável, há dificuldades, porque estas pessoas não apenas precisam implementar mudanças de estilo de vida, mas também lidar e aceitar os sintomas psicóticos. Os sintomas negativos e alterações cognitivas foram descritos como as maiores barreiras para a implementação de mudanças no estilo de vida para estes pacientes. Concordando com a idéia acima, Wardig *et al* (2013) estudando os pré-requisitos para a prática de atividade física, apontada por participantes com transtorno psicótico, afirma em seu estudo que é difícil priorizar um estilo de vida saudável, se as pessoas estão sem energia ou motivação (WARDIG *et al,* 2013).

O uso de medicamentos antipsicóticos também influenciam a prática de atividade física. Os efeitos colaterais da medicação foram outro fator experimentado como um obstáculo para um estilo de vida saudável entre os participantes do estudo supra-citado. Muitos destes pacientes encontram nas medicações a porta para sua a saúde mental e inserção na sociedade, porém os efeitos secundários são um grande problema e afetam a sua saúde física de forma significativa (WARDIG *et al,* 2013).

Os participantes de um estudo descrevem que é necessário começar a explorar as rotinas diárias dos pacientes, a fim de identificar os fatores de saúde, tais como hábitos de dieta, exercício físico, tabagismo, e consumo de álcool, com o objetivo de ser a colaborar com o paciente e ver o que pode ou precisa ser mudado (Begqvist *et al*, 2013). Wardig *et al* (2013) vai além destes hábitos e atividades diárias. O seu estudo frisa que existem muitas razões para não adotar ou manter bons hábitos de exercício. Algumas delas foram relacionadas ao estigma e aos mesmos se sentirem desconfortáveis ao mostrar-se em trajes de banho ou roupas de ginástica. Se o profissional de saúde mental não observar todas estas questões, a prática de atividade se tornará algo distante de seu cotidiano, e logo estará mais propenso ao sedentarismo e a um estilo de vida não favorável.

A pessoa com transtorno mental, principalmente as com sintomas psicóticos, criam justificativas que claramente são falseadas pelo seu estado mental. Muitas relatam, como bem observado por Wardig *et al* (2013), que não praticar atividade física, era fruto de um medo irreal do exercício prejudicar a sua saúde. Neste mesmo estudo os participantes também disseram que um bom estado mental era importante para a adoção de um estilo de vida saudável. Os autores afirmam que isto está de acordo com o que esperavam de resultados, uma vez que outros estudos relataram que indivíduos com transtorno psicótico se concentram mais nos aspectos psicológicos do que nas suas necessidades fisiológicas e priorizam o bem estar mental do que os riscos de saúde física.

No estudo de Beebe e Harris (2013), os achados confirmam o baixo nível de atividade física praticada por pessoas com transtornos mentais do espectro da esquizofrenia. Adultos saudáveis dão em média, entre 7000 e 13 000 passos no primeiro dia (Tudor-Locke e Myers, 2001), enquanto os participantes do estudo deram em média apenas de 2384 - 4399 passos no primeiro. Este resultado demonstra como o sedentarismo impera no âmbito da saúde mental.

O programa “Passport 4 Life” tem o intuito de auxiliar as pessoas que fazem uso de antipsicóticos a adotarem um estilo de vida saudável e a manterem ou reduzirem o seu peso, além de incluir alimentação saudável e aumento da atividade física, com o objetivo de gerar melhores resultados de saúde. É um exemplo a ser implementado nas unidades de saúde mental, com o intuito de combater o sedentarismo e promover um estilo de vida saudável as pessoas com transtorno mental (PARK, USHER e FOSTER, 2011).

Em um estudo posterior, desenvolvido por Usher *et al* (2012), aplicando o programa acima, em participantes com transtorno psicótico, evidenciou uma pequena perda de peso, embora não significativa estatisticamente. Os autores ressaltam que o fato de ter conduzido o trabalho por um período de 12 semanas não foi o suficiente para alcançar maior perda de peso. Convém salientar que durante esse período de acompanhamento, foi possível adotar diversas medidas que modificavam o estilo de vida do participante e o retirava da condição de sedentarismo. O que reforça a ideia de que estes programas devem ser direcionados à pessoa com transtorno mental de maneira regular e contínua.

As discussões desta categoria possibilitaram uma recomendação que envolve o emergir de diversas questões que impedem a pessoa com transtorno mental de realizar atividade física e a adotar um estilo de vida saudável. Tem que se destacar que esta pessoa não conseguirá adotar medidas que a afastem da condição sedentária e a faça adotar hábitos saudáveis de saúde em seu dia-a-dia. O enfermeiro pode ter como prática assistencial terapêutica o objetivo de fazer com que o tratamento da pessoa com transtorno, além de ajudá-la no aspecto mental, a faça adquirir saúde física através da adoção de atitudes simples, mas muito difíceis de serem implementadas sem o devido preparo deste profissional e seu comprometimento com a pessoa que está sob seus cuidados.

Para se ter ideia da importância de mudar o cenário da saúde mental, Wardig *et al* (2013), apontam que os participantes de seu estudo tinham recebido cuidados psiquiátricos por muitos anos e só recentemente perceberam uma mudança no cuidado a eles dispensado, que é um maior interesse dos profissionais na saúde física, antes dispensado em maior grau para a saúde mental,. É uma observação que valoriza o trabalho desenvolvido nesta RI, mas que infelizmente é o motivo de termos pessoas com transtorno mental com obesidade, síndrome metabólica e outros agravos da saúde física.

Considerando o teor de evidência aqui apontada, espera-se que novos estudos possam ser desenvolvidos em diversos centros de assistência em saúde mental espalhados pelo mundo. As evidências apontam que a adoção de um estilo de vida saudável pode colaborar no combate ao sedentarismo. Como já mencionado nesta RI, é necessário que profissionais de saúde mental, principalmente o enfermeiroesteja alinhado com esta proposta e leve as pessoas com transtorno mental sob seus cuidados, uma assistência que possibilite explorar todas as potencialidades de uma prática baseada em evidências e assim combater o sedentarismo nas pessoas com transtorno mental.

4.4. Categoria IV. Apoio e rede social:

Esta categoria temática foi identificada em 5 dos 8 artigos selecionados. Estava presente nos estudos de Bergqvist *et al* (2013) com nível de evidência científica VI, Wardig *et al* (2013) com nível de evidência científica VI, Park, Usher e Foster (2011) com nível de evidência VI, Carless e Douglas

(2008) com nível de evidência científica VI e Ma, Lane e Laffrey (2008) com evidência científica II. Ao realizar um tratamento estatístico simples, nota-se que 80% dos estudos apresentam nível de evidência científica VI e 20 % nível de evidência II.

O apoio social é provavelmente um pré-requisito para sucesso na iniciação e manutenção de exercícios para a maioria das pessoas. No entanto, atualmente existem poucas pesquisas para fornecer orientação para enfermeiros de saúde mental e demais profissionais sobre como o apoio social pode ser mais efetivamente oferecido para as pessoas com problemas de saúde mental que desejam desenvolver exercícios regularmente (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

Para Carless e Douglas (2008) e Park, Usher e Foster (2011) a inclusão de um enfermeiro na liderança das atividades e do exercício é um componente importante para os participantes. Eles afirmam que o apoio de um membro da equipe em sessões de exercício com os clientes é um motivador para a participação e aumenta a interação social.

Outra questão importante para a adesão a prática de atividade física, através do apoio social, são as ações de sensibilização para o potencial benefício da atividade, uma vez que o apoio informacional ajudou a gerar interesse e motivação dos participantes para começar a trabalhar com um determinado exercício ou atividade esportiva (Carless; Douglas, 2008). A educação em saúde, elemento do apoio informativo, deve ser um elo articulador e potencializador de qualquer ação assistencial. Ela tem poder transformador e é um importante aliado para a prática de atividade física.

A adoção do apoio informativo forneceu aos participantes estratégias práticas que lhes permitiram melhorar a sua capacidade e habilidades e, posteriormente, o aumento da sua confiança e fluidez na atividade (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

É notório que a prática de atividade física favoverece a socialização e troca de experiências entre as pessoas que a praticam. O estudo de Carless e Douglas (2008) percebeu que através do apoio informativo as próprias pessoas com transtorno mental trocaram informações durante o transcorrer da atividade. Foi evidenciado em diversos momentos da investigação que os participantes forneciam apoio informativo uns aos outros através, por exemplo, da conversa sobre questões particulares de ambos os interlocutores ou temporariamente assumindo o papel de "professor" fornecendo apoio técnico para outro membro do grupo. Este tipo de compartilhamento foi observado por um coordenador de cuidados que descreveu como um de seus clientes ganhou apoio informativo sobre questões financeiras, tais como gerenciar seu cartão de crédito, por meio de conversas com outras pessoas que ele conhecia através do jogo de futebol que participava.

Apoio tangível, que diz respeito ao aspecto financeiro do apoio social, teve um efeito simples, mas poderoso sobre o envolvimento em atividades físicas e na realização de esportes. Sua importância foi mais claramente evidenciada sob a forma de assistência financeira e a satisfação de necessidades

básicas, tais como os transportes, que serviram para minimizar as barreiras enfrentadas pelos participantes no acesso às instalações onde iriam ser praticadas as atividades físicas e o esporte (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

O aspecto financeiro é um dos obstáculos apontados pelas pessoas com transtorno mental para a prática de atividade física. Wardig *et al* (2013) em seu estudo, apontou que os participantes relataram que seus recursos financeiros eram limitados aos seus desejos e que o resultado do tratamento medicamentoso destacam a necessidade para o apoio social contínuo para a prática de atividade física. Estes mesmos participantes não podiam pagar para atividades físicas organizadas. Muitas das dificuldades encontradas nos resultados do seu estudo estão relacionadas a um nível socioeconômico baixo, o que por sua vez de relacionado o com pior saúde física. Para os autores o fato de não possuir recursos financeiros não pode ser o motivo da não realização de atividade física, pois andar a pé é gratuito, portanto bem acessível. De qualquer forma o apoio tangível deve ser direcionado a estas pessoas com maior dificuldade financeira.

Park, Usher e Foster (2011) e Ma, Lane e Laffrey (2008) concordam que a prescrição de atividades físicas devem ter uma preocupação com a questão financeira da pessoa com transtorno mental. O "Passport 4 Life" desenvolve sessões de exercícios que incluem uma variedade de atividades de baixo ou nenhum custo, tais como caminhadas, natação e esportes em grupo, como *cricket*[3]. O ambiente onde são desenvolvidas as atividades do programa também são utilizados para a realização de atividades físicas, por exemplo, o parque local tem piscina de natação, que facilita os participantes a incorporarem o exercício em seu estilo de vida diário, sem fazer muitas alterações ou que tenham custos adicionais. O método PAPA apontam que as pessoas de Taiwan podem participar de atividades físicas menos onerosas, como caminhar, ou que os participantes do estudo com rendimentos mais baixos podem realizar trabalhos que requerem níveis mais altos de atividade física do que os participantes com rendimentos mais elevados.

Carless e Douglas (2008) sugerem que o apoio tangível (financeiro) é provavelmente um elemento essencial de forma de apoio social, como resultado dos obstáculos socioeconômicos enfrentados por muitas pessoas com problemas de saúde mental graves e permanentes. É provável também que certas formas de exercício ou esporte exigirá mais na forma de apoio tangível do que outros. O profissional de saúde mental, principalmente o enfermeiro, deverá planejar suas ações assistenciais de forma a não prejudicar a prática de atividade física pela questão financeira.

---

[1] Cricket, em português críquete, é uma modalidade que se pratica com bastão e bola, com equipes de onze jogadores, que é muito popular no Reino Unido e várias de suas colônias (INFOPEDIA, 2016).

O apoio social também tem importante papel no domicílio. Os participantes relataram que este apoio deve ter lugar na própria casa dos pacientes, a fim de alcançar uma mudança mais sólida. Apoio na vida diária também é considerado ser um dos pré-requisitos para a iniciativa de mudança nos estilos de vida. Indivíduos que obtiveram sucesso na mudança de estilo de vida positivo foram descritos com os que haviam recebido apoio ativo em casa. De acordo com os participantes, isto é o que possibilitou a mudança (BEGQVIST *et al*., 2013).

Estar inserido em sua rede de atenção, recebendo apoio social nas diversas esferas de sua vida social, são características importantes dos que prestam apoio social comunitário. Na prática, isto significa que estes trabalhadores comunitários ajudam o indivíduo a exercer, por exemplo, a opção de andar a pé em vez de pegar o ônibus ou que estes trabalhadores possam estar envolvidos em compras de alimentos, para que o indivíduo adquira produtos adequados (BEGQVIST *et al*., 2013; WARDIG *et al*, 2013).

Vários participantes também informaram que aqueles que obtiveram os melhores resultados nas mudanças do estilo de vida foram os que apresentaram um prévio contato e obtiveram boa colaboração com o suporte social de sua base comunitária e atendimento ambulatorial psiquiátrico (BEGQVIST *et al*., 2013).

O apoio social no contexto da saúde mental não é uma "via de mão única"; não é apenas o caso de que as pessoas com problemas de saúde mental se beneficiam do recebimento do apoio social, mas que, por vezes, eles também podem se beneficiar de dar apoio social aos outros por meio do compartilhamento e associação do exercício ou no esporte em grupo. Este processo de partilha pode ser uma maneira valiosa de reconstrução de um senso de comunidade entre as pessoas que estão vivendo e se recuperando de graves problemas de saúde mental (CARLESS; DOUGLAS, 2008).

Com relação a esta categoria é necessário fazer um paralelo com a realidade assistencial no campo da reinserção social. O caminho percorrido para a seleção da amostra final desta RI começa em 2001, ano da Reforma Psiquiátrica brasileira. Como já mencionado na presente pesquisa, o caminho de reinserção social da pessoa com transtorno mental é extremamente tortuoso e cheio de obstáculos. O fim desse caminho distancia-se, uma vez que não são estabelecidas estratégias de superação dos obstáculos. As evidências aqui apontadas, embora em uma realidade diferente da nossa no campo do apoio social, podem auxiliar no estabelecimento dessas estratégias.

Do que foi discutido nesta categoria, pode-se recomendar que, para alcançar a reinserção social da pessoa com transtorno mental, são necessários esforços que envolvam a compreensão de todas as etapas que permeiam o seu retorno ao convívio social. A prática de atividade física mostrou-se uma estratégia importante de socialização e troca de experiências entre os personagens envolvidos.

Porém, é importante como bem mencionado pelos estudos aqui inseridos, que os profissionais não pulem etapas e contemplem tudo que é necessário para o resgate de sua cidadania e autonomia.

Novos estudos precisam ser desenvolvidos no campo da saúde mental, ligando a prática de atividade física e os seus efeitos na reinserção social da pessoa com transtorno mental. As evidências aqui apontadas ainda não são suficientes para levar a uma visão que ofereça uma robustez científica suficiente e preferencialmente um caminho com obstáculos que possam ser superados. O desafio é ir além de nossas limitações e se comprometer profundamente com o alcance das respostas necessárias.

4.5. Categoria V- Incentivo à prática de atividade física:

Esta categoria temática foi identificada em 4 dos 8 artigos selecionados. Estava presente nos estudos de Bergqvist *et al* (2013) com nível de evidência científica VI, Wardig *et al* (2013) com nível de evidência científica VI, Usher *et al* (2012) com nível de evidência II e Wand e Murray (2008) com nível de evidência 6. Ao realizar um tratamento estatístico simples, nota-se que 75% dos estudos apresentam nível de evidência científica VI e 25 % nível de evidência II, prevalecendo o nível de evidência mais fraco.

A prática de atividade física é um fator determinante para a adoção de um estilo de vida saudável. Em conjunto com a adoção de uma alimentação saudável e outras boas práticas de saúde pode ser a grande responsável por uma guinada na vida de quem outrora seguia em caminho oposto ao aqui apresentado.

Iniciar a prática de atividade física não é fácil para a população de uma maneira em geral. Para as pessoas com transtorno mental o desafio é muito maior. Ela traz o peso do adoecimento, o estigma de ter o transtorno mental e principalmente, uma série de eventos adversos, oriundos de uma prática medicamentosa que em muitas das vezes está em primeiro lugar, em detrimento a práticas que incentivam, por exemplo, a realização de atividade física.

Em um estudo com profissionais da saúde, que lidam com pessoas com transtorno psicótico, em que sua grande maioria eram enfermeiros de saúde mental, Bergqvist *et al* (2013), relata que os participantes mencionaram que estas pessoas com transtorno mental deveriam estimuladas a prática de exercício regular ou exercício prescrito, como por exemplo, a praticarem caminhas diárias. Outra fala destes participantes, que cabe perfeitamente nesta categoria, diz respeito ao fato de que se os sintomas psicóticos estivessem sob controle, poderiam continuar com a atividade física, que já tinham o hábito de praticar antes do adoecimento. Aqueles que se exercitavam regularmente antes de receberem o diagnóstico do transtorno psicótico foram recomendados a praticar uma caminhada de 10

minutos todos os dias, que foi citado pelos participantes como sendo melhor do que não fazer nada. De fato um incentivo, que não poderia ser deixado de lado.

No estudo desenvolvido por Wardig *et al* (2013), os participantes revelaram que achavam ser inútil fazer um esforço maior em direção a um estilo de vida saudável, porque o transtorno psicótico poderia, a qualquer momento, agravar os pré-requisitos necessários a adoção desta prática. Os autores apontam é importante que estas pessoas tenham uma estrutura de vida diária organizada, com comportamentos de vida saudável, para que possam se sentir incentivadas a adoção da atividade física.

Outro aspecto observado por Wardig *et al* (2013) era o fato dos participantes de seu estudo ficarem presos a fase de planejamento da prática de atividade física sem conseguirem colocar em prática esta vontade. O fato do transtorno mental afetar a volição (vontade) da pessoa, parece ser um dos motivos que o levam a este tipo de comportamento. Sem incentivo a prática de atividade física, sair desta posição se torna cada vez mais difícil.

Segundo Wand e Murray (2008), pessoas que se exercitam regularmente relatam frequentemente um efeito de bem estar. Corroborando com o exposto, Wardig *et al* (2013) ressalta que a atividade física não é apenas uma opção eficaz para perda de peso, mas também para sintomas tais como os da depressão e em alucinações, e por isso deve ser incentivada. A atividade física auxilia a pessoa a se ver de forma mais positiva, pega-se como exemplo o fato de ao iniciar a prática de atividade física, esta pessoa logo se agradar de sua imagem corporal, enaltecendo a perda de peso e sua força física.

O programa “Passport 4 Life”, inicia as atividades após abordagens motivacionais, que enaltecem os benefícios da prática regular de atividade física e a adoção de um estilo de vida saudável (USHER *et al,* 2012).

Acreditando-se que abordagens motivacionais poderiam beneficiar o programa acima, incentivando os participantes a desempenharem a atividade física com maior incentivo os idealizadores do programa , Usher *et al* (2012), adicionaram uma entrevista motivacional como forma complementar as abordagens do programa. Sabendo-se que a maior parte das intervenções direcionadas à perda de peso que são bem-sucedidas inclui uma combinação de abordagens ao invés de apenas uma isoladamente, a intervenção foi desenvolvida associando práticas educativas, exercícios, mudança no estilo de vida e dieta. Esta abordagem motivacional também foi citada como importante para a prática de atividade física pelos participantes do estudo de Bergqvist *et al* (2013).

Em contrapartida ao que se acreditava, a abordagem motivacional do estudo acima, enaltecendo a prática de atividade física e a adoção de hábitos saudáveis a saúde, parece não ter surtido efeito. Aplicação do programa “Passport 4 Life” não apresentou resultados estatisticamente

significativos. Portanto, este fato possivelmente se deve ao fato de que essa técnica fez pouca diferença no resultado global ou que as técnicas motivacionais precisam ser ofertadas mais do que uma vez na semana (período superior ao ofertado) para que mudanças comportamentais ocorram.

A recomendação para o incentivo a prática de atividade física deve ser incorporada ao cotidiano assistencial dos profissionais da saúde mental. As abordagens motivacionais podem servir de estratégia para que a pessoa com transtorno mental entenda a importância da prática regular de atividade física. Convém lembrar que ela não pode ser uma estratégia isolada, nem pode ser feita uma única vez ou em poucas vezes ao longo de um programa de atividades e nem realizada por um único profissional por iniciativa pessoal. É necessário a oferta regular e institucional de tal prática, para que as pessoas que a recebem não percam a motivação da realização de atividade física e adoção de um estilo de vida saudável.

A pessoa com transtorno mental sofreu e sofre até hoje com as marcas de todo seu processo de adoecimento, das idas e vindas das internações e dos estigmas do transtorno mental. Com isso, o incentivo a prática de atividade física, pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, é essencial para que o mesmo se sinta estimulado a quebrar seu paradigma assistencial, muitas das vezes repletos de atividades de cunho manual, com pouco gasto de energia e escasso de atividades que o levem a perder peso e assim evitar os transtornos decorrentes do sedentarismo e de uma possível síndrome metabólica.

4.6. Categoria VI - Ansiedade e atividade física:

Esta categoria temática foi identificada em 1 dos 8 estudos selecionados para a presente RI. Foi identificada no estudo de Ma, Lane e Laffrey (2008) e possui nível científico de evidência II, ou seja, uma evidência forte, que é o maior nível de evidência alcançado nesta RI. Para a presente RI, mesmo tendo sido uma categoria presente em apenas um dos artigos selecionados, convém valorizar seu papel como instrumento de valorização das ações que visam o incentivo da prática de atividade física para as pessoas com transtorno mental, neste caso a Ansiedade me diferentes níveis.

Apesar do traço de ansiedade não ter uma influência direta sobre atividade física, teve um efeito indireto nas outras variáveis, resultando em menores níveis de atividade física. Os resultados sugerem que para os indivíduos com ansiedade, o traço de ansiedade é um fator crucial que influencia os estados emocionais e os processos cognitivos dos participantes (MA, LANE e LAFFREY, 2008). Portanto, a ansiedade por si só, pode ser um elemento dificultador da prática de atividade física.

Estudos com voluntários sadios têm mostrado o efeito positivo do treinamento aeróbico, persistente, em sintomas de ansiedade, na auto-estima, concentração e tolerância ao estresse. Há poucos estudos controlados examinando o potencial terapêutico dos exercícios em desordens

psiquiátricas. Contudo, há uma boa evidência de que o exercício é efetivo em depressão moderada e nos transtornos ansiosos. Nesses estudos os autores oferecem uma variedade de sugestões de como os exercícios podem ser integrados e avaliados no tratamento de transtornos psiquiátricos (ANDRADE e PEDRÃO, 2005).

Os autores Ma, Lane e Laffrey (2008) apontam que independente da condição financeira da pessoa, a população, de uma maneira geral, pode participar de atividades físicas menos onerosas, como caminhar. Outra alternativa, aos que justificam a falta da prática de atividade física pela questão financeira, é que procurem realizar trabalhos que requerem níveis mais altos de atividade física. Eles afirmam que não tem como os participantes de seu estudo, que são 239 Taiwaneses, justificarem a falta de atividade por ter poucos recursos financeiros.

Os resultados apontados pelos autores indicam que o estresse teve uma forte influência direta no estado de ansiedade para esses indivíduos. Isto sugere que os educadores de saúde devem enfatizar atividade física como uma estratégia benéfica para gerenciamento de estresse em programas de intervenção para Indivíduos de Taiwan com a ansiedade (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

No desenvolvimento do estudo foram observados os benefícios da prática de atividade física. Ela teve uma influência positiva direta, com importância significativa na promoção da saúde física. Os autores sugerem que as terapias para a pessoa com ansiedade devem incluir participação em programas regulares de atividade física e incorporação de pequenos programas de educação em saúde, com foco voltado para a troca de experiências, em grupo, o que irá gerar grande benefício para as pessoas que receberem esta atividade (MA, LANE e LAFFREY, 2008).

O apontamento do autor para a prática de atividade física por pessoas de Taiwan com ansiedade corrobora com o que é apontado por Paluska (2000), que afirma que a atividade física pode desempenhar um papel importante no gerenciamento da doença mental leve para moderada, especialmente da depressão e da ansiedade. Embora as pessoas com depressão tenham tendência a ser fisicamente menos ativas do que indivíduos não depressivos, os autores verificaram em seu estudo que o aumento dos exercícios aeróbicos, ou treinamento de força, reduzem significantemente os sintomas depressivos e, em geral, a ansiedade aguda responde melhor ao exercício do que a crônica.

A atividade física regular traz benefícios para indivíduos com sintomas depressivos e ansiosos (Morgan,1985), fato este posteriormente confirmado no estudo de Leppamaki *et al* (2002), que analisava os efeitos dos exercícios aeróbicos sobre os sintomas de depressão. Além disso, a atividade física melhora a qualidade de vida de pacientes com doenças não-psiquiátricas, tais como doença arterial oclusiva periférica e fibromialgia coopera no alívio de condições tão adversas como abstinência a nicotina (GOWANS *et al*, 2001; GARTENMANN *et al*, 2002).

A ansiedade é um componente presente na sociedade em um contexto geral. Os estresses diários e obstáculos que se apresentam, em diferentes níveis na população, podem desencadear quadros ansiosos de forma a prejudicar o desempenho diário do indivíduo. Mais uma vez, as evidências aqui apresentadas, apontam para os benefícios da prática de atividade física.

Os estudos possibilitam apontar a recomendação de que a prática de atividade física não pode ter barreiras financeiras para sua execução, uma vez que nas rotinas diárias, hábitos como caminhadas, corridas e a prática de alguns esportes podem ser executadas sem nenhum ou com pouco gasto financeiro. Embora a categoria apresente um estudo de evidência forte, ainda são necessários novos estudos sobre a diminuição da ansiedade através da prática de atividade física em diferentes regiões do mundo para que de fato ela possa ter seu valor reconhecido para aplicação nos diferentes contextos de assistência em saúde mental. Mesmo assim, este estudo poderá servir de base de sustentação para o desenvolvimento de programas de atividade física voltados para as pessoas com ansiedade, principalmente no contexto de saúde mental brasileiro, que não teve representação na amostra desta RI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando a motivação inicial para a realização desta dissertação, ou seja, contribuir com subsídios para a prática fundamentada em conhecimento científico, bem como para a formação de futuros enfermeiros, e considerando seu objetivo principal, entende-se que esta revisão integrativa alcançou resultados que atendem a proposta do estudo, uma vez que é possível, através de evidências de diferentes níveis e de seus respectivos desdobramentos, notar as implicações dos resultados encontrados para a prática de enfermagem em saúde mental.

Em que pese à permanência de aspectos que ainda não foram investigados, seja por ainda não terem sido estudados à exaustão, seja pelo nível de evidência obtido pela avaliação do delineamento de pesquisa dos artigos, há perfeita concordância em relação à necessidade da avaliação sistemática das pessoas com transtorno mental e os benefícios da prática de atividade física para melhorar sua condição de saúde e assim facilitar o resgate da cidadania e consequente inclusão social.

O estudo apontou fragilidades no que tange à achados que tratam de atividade física relacionada às pessoas portadoras de transtorno mental, uma vez que encontrou somente 8 artigos, sendo a maioria com baixo nível de evidência e nenhum desenvolvido no Brasil. No entanto, essa escassez de produção científica sobre o tema não inviabilizou sua relevância, ao contrário, permitiu a reflexão sobre a importância de mais estudos que permitam uma discussão mais ampla sobre a prática de atividade física como estratégia terapêutica em Saúde Mental.

Com base nos resultados encontrados pode-se apontar a atividade física como uma das ações importantes para o cuidado de enfermagem frente à pessoa com transtorno mental. Os estudos analisados demonstram uma grande preocupação dos pesquisadores em identificar ações que possam promover a saúde destas pessoas, e a prática de atividade física surge como uma grande aliada dos profissionais de saúde mental para o alcance destes objetivos, uma vez que interfere em diferentes aspectos vivenciados pela pessoa com transtorno mental como: situação biológica, manifestações psíquicas, e ressocialização, exemplificados respectivamente pela prevenção da Síndrome Metabólica, diminuição da ansiedade e interação social.

Pode-se afirmar que a prática de atividade física precisa ser incorporada ao arsenal terapêutico do enfermeiro de saúde mental e direcionada para a pessoa com transtorno mental, de forma a evitar que sua doença o afaste do convívio social e que sua expectativa de vida continue a diminuir quando comparada a pessoa sem o transtorno mental. Tal afirmação é corroborada com a identificação de pesquisas onde o papel do enfermeiro era fundamental para a realização de atividades de acompanhamento, avaliação e implementação de ações assistenciais a pessoa com transtorno mental.

As ações assistenciais apresentada pelos estudos, em alguns casos, são facilmente aplicáveis ao nosso cotidiano. Estabelecer programas de acompanhamento que conjugue a prática regular de atividade física, associada à adoção de bons hábitos alimentares, acompanhada por uma equipe multiprofissional, liderada pelo enfermeiro, pode beneficiar uma grande parcela de pessoas com transtorno mental no Brasil e outros países. O SUS com todos os seus princípios e valores que o sustentam, precisa ter estratégias como essas direcionadas à população.

Os antipsicóticos de segunda geração são reconhecidamente, no âmbito da saúde mental, medicações que podem aumentar o ganho de peso e consequentemente trazer uma série de alterações na saúde física da pessoa com transtorno mental. Portanto, um programa voltado para a promoção da saúde física desta pessoa é um elemento obrigatório da assistência em saúde mental.

A experiência profissional na área de saúde mental estimula pesquisadores a olhar a pessoa com transtorno mental com um olhar diferenciado. Há necessidade de tomar a iniciativa de trazer para as pessoas com transtorno mental um achado novo, que possibilite aos profissionais que o assistem uma maior abrangência do cuidado. Não se pode olhar apenas a saúde mental. Como mencionado pelos autores, não se pode esperar o ganho de peso e o desenvolvimento de síndrome metabólica, para implementar medidas de cuidado nesta área. O enfermeiro tem que ser inovador. Sua arte de cuidado é diferenciada e não pode ser ofuscada.

Deve-se criar iniciativas de incentivo aos profissionais de saúde mental para buscarem formação em áreas que os possibilitem atuar na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares e respiratórias, afinal as pessoas com transtorno mental não estão livres deste processo de adoecimento. É um consenso das pesquisas discutidas nesta revisão integrativa, que os profissionais de saúde mental precisam de formação voltada para a saúde física da pessoa com transtorno mental.

O trabalho é, portanto, necessário para que a prática profissional possa determinar quais os programas e componentes de programas são eficazes, na promoção da saúde da pessoa com transtorno mental e como as iniciativas de saúde física podem ser sustentadas e adaptadas para diversas populações no Brasil e no Mundo. Em se falando de Brasil, esta revisão integrativa demontrou que há uma carência de estudos que envolvam a prática regular de atividade física e os seus benefícios para a saúde mental. Foi evidenciado o enfermeiro de saúde mental atuando na condução de atividades esportivas, na orientação de exercícios leves, no reforço a prática de atividades físicas regulares e na adoção de estratégias de motivação para prática do exercício. Isto demonstra o quanto o trabalho deste profissional é imprescindível.

Este estudo evidenciou uma carência de pesquisas que retratem a fundo os aspectos que envolvem a prática de atividade física como elemento de reinserção social, assim como não foram identificados artigos que retratem a prática de atividade física por pessoas com transtornos mentais,

que não sejam os transtornos psicóticos e a ansiedade, embora esta última descrita em apenas um artigo.

Com relação ao apoio social e sua rede, ela foi apontada como elemento facilitador e promotor da prática de atividade física. É claro que o horizonte demonstra grande dificuldades e enfrentamentos. Esta pessoa adoecida muitas vezes se apresenta com auto-estima diminuída, desmotivada e ainda enfrenta as dificuldades impostas pelo transtorno mental. Compete aos profissionais de saúde mental, principalmente ao enfermeiro, se apropriar das estratégias, utilizando a ótica abrangente do apoio social, mencionada nesta revisão integrativa. Ainda assim são necessários mais estudos que correlacione o prática da atividade física e a reinserção social, principalmente na esfera sa saúde pública brasileira.

A prática de atividade física tem que ser incorporada nas oficinas terapêuticas que são desenvolvidas como forma de reintegração da pessoa com transtorno mental na sociedade. Destaca-se o fato de que sem um bom planejamento, com relação a todos os aspectos que envolvem uma atividade terapêutica e de cunho social, os benefícios da prática de atividade física não poderão ser colhidos. Com o enfermeiro assumindo seu papel e desenvolvendo um trabalho coletivo e apoiado nas evidências científicas aqui apresentadas, sem dúvida alguma suas atividades terão grande sucesso.

O estudo demonstra que os enfermeiros brasileiros não têm produzido pesquisas que associem a prática de atividade física ao cuidado em saúde mental, embora o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira seja extremamente favorável às novas práticas de cuidar, no âmbito da comunidade, onde o tratamento às pessoas com transtornos mentais vem ocorrendo. Como apontado nesta pesquisa, integração de atividades físicas a outras formas de cuidado, pode ser benéfica para a recuperação da saúde.

Existem bom motivos e evidências para incorporar o aconselhamento nutricional, o exercício, as práticas educacionais e o estilo de vida saudável como adjuvante do tratamento. É necessário pensar adiante e retirar do medicamento o seu papel de protagonista único. No campo teatral esse papel de protagonistas, muitas vezes é ofuscado pelos atores coadjuvantes, porque não esperar que isso ocorra no campo da saúde mental, onde as práticas de incentivo a uma alimentação saudável, a relização de exercícios e a adoção de estilos de vida saudáveis passem a ser protagonistas neste imenso campo que é a saúde mental.

Foram expostas aqui diversas evidências com maior ou menor peso, que possuem um valor agregado e precisam ser valorizadas. Os estudos selecionados, ainda apresentam algumas limitações, sejam no campo do tamanho amostral, seja no tempo de investigação, seja em sua origem internacional Muitos destes autores apontaram que são necessárias novas imersões no campo, o que

faz que esta revisão integrativa sirva de incentivo aos profissionais da saúde mental para completarem essas lacunas ainda não totalmente preenchidas.

O mérito das mudanças provocadas na assistência de saúde mental, foi exigido por um repensar de todos os que tem compromisso com essa área, sobre as diferentes formas de prevenção das doenças, de tratamento e cuidado na área da saúde mental. O caminho a ser percorrido pelos enfermeiros ainda é longo, porém acredita-se que é por esse caminho que os enfermeiros que atuam nessa área ocuparão seu espaço, pois não adianta apenas aumentar a quantidade de conhecimento, mas sim preocupar-se com sua qualidade em termos de aplicação à prática e a satisfação dos envolvidos no processo, ou seja, as pessoas com transtorno e os todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar. A busca de conhecimento deve ser alicerçada nas reais necessidades de acompanhamento e a evolução do bem-estar e felicidade dos sujeitos envolvidos no nosso cuidado.

Concluindo a presente revisão integrativa de literatura, na busca das melhores evidências disponíveis para a prática de atividade física de pessoas com transtorno mental e sua reinserção social, foram evidenciados importantes benefícios, individuais e coletivos, na prática de atividade física como forma de recuperação da saúde e como estratégia de integração destas pessoas podendo constituir-se como dispositivo terapêutico da Reforma Psiquiátrica, com paepl destacado para o enfermeiro de saúde mental.

Portanto, esta revisão integrativa abre caminho para maiores interpretações sobre os efeitos da atividade física em pessoas com transtornos mentais. Tais evidências, embora tênues, permitem que as reflexões sejam ampliadas futuramente, de modo que os enfermeiros possam conduzir uma assistência em saúde mental voltada para a melhoria do estilo de vida, que inclua não somente a atividade física, mas práticas educativas sobre alimentação saudável e demais temas fundamentais para a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUHAB, D.; SANTOS, A. B. A. P.; MESSENBERG, C. B.; FONSECA, R. M. G. S. e ARANHA E SILVA, A. L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPSIII: Um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 26(3), 369-380. 2005.

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 243-251, Feb. 2009.

ALMEIDA FILHO, A.J.; MORAES, A.E.C.; PERES, M.A.A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev Rene. 2009**; 10(2):158-65.

ALVAREZ-JIMENEZ M.; GONZALEZ-BLANCH C.; CRESPO-FACORRO B.; HETRICK S.; RODRÍGUEZ-SANCHEZ J.M.; PÉREZ-IGLESIAS R. e VAZQUEZ-BARQUERO, J.L. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first episode psychotic disorders – a systematic critical reappraisal. **CNS Drugs**, 22, 547–562. 2008.

ALVES, D. S.; Guljor, A. **O cuidado em Saúde Mental**. In: PINHEIRO R, MATTOS R.A.(Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj: Abrasco, 2004. p.221-240.

AMARANTE, P. D. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____.. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. Rio de Janeiro: Laps, 2008b,100p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IVTR.** 4th Rev. ed. Washington, DC: Author. 2000.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Some considerations about nurses' use of non traditional therapies in psychiatric nursing care. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 737-742, 2005.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L.J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades Terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2005 setembro-outubro; 13(5):737-42.

ÂNGELO, D. L.; TAVARES, H.; BOTTURA, H.M.L.; ZILBERMAN, M.L. Exercício físico para jogadores patológicos. **Rev. Bras. Psiquiatr**. Mar. São Paulo vol.31 no.1. 2009.

ANTUNES, H. K. M.; STELLA, S. G.; SANTOS, R. F.; BUENO, O, F. A.; MELLO, M. T. Escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida em idosos após um programa de exercícios aeróbios. **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27(4):266-71.

AOYAGI, Y.; PARK, H.; PARK, S.; SHEPHARD, R.J. Habitual physical activity and health-related quality of life in older adults: interactions between the amount and intensity of activity. **Qual Life Res.** 2010;19(3): 333-338.

ARANHA e SILVA, A.L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.

ARAÚJO, S. R.C.; MELLO, M. T.; LEITE, J. R. Transtornos de ansiedade e exercício físico **Rev Bras Psiquiatr**. 2007;29(2):164-71.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. ***Go for 2 Fruit and 5 Veg.*** Canberra: Department of Health and Aging. (2005).

AWAD, A.G. Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 1993; 19, 609–618

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BARDWELL M. & TAYLOR R. **Schizophrenic disorders**. In Psychiatric and Mental Health nursing, 2nd ed (Elder R., Evans) K. & Nizette D., eds, Elsevier, New South Wales, pp. 248–266. 2009.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo .php?script=sci_ arttext&pid=S1677-9702011000100008&lng= pt&nrm=iso>. acessos em 14 jul. 2013.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECKER, W. et al. Nordic Nutrition Recommendations 2004-integrating nutrition and physical activity. **Scandinavian Journal of Nutrition**, v. 48, n. 4, p. 178-187, 2004.

BEESLEY S.;MUTRIE N. Exercise is beneficial adjunctive in depression. [letter]. **BMJ** 1997; 315(6): 1542-3.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n.4, p. 877-880, apr. 1998b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/2012**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Legislação em Saúde Mental: 1990-2002. Portaria/GM n.336 de 19 de fevereiro de 2002: acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n.224/92.** 3ª ed. rev. atual. Brasília (DF); 2002. 166 p. p. 111-20.

_____. Ministério da Saúde (BR**). Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília (DF); 2002. 213 p.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216 de 6 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**, seção 1. 2001.a

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 14/07/2013).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa "De Volta Para Casa".** Brasília, dezembro de 2003.

BROOME , M.E. **Integrative literature reviews in the development of concepts**.In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A.Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: W.B. Saunders Company,1993.p.193-215.

BROWN, W. J.; MOORHEAD, G. E.; MARSHALL, A. L. *Choose Health:* ***Be Active: A Physical Activity Guide for Older Australians*****.** Canberra: Commonwealth of Australia and the Repatriation Commission. 2005.

CABELLO, M. N., AON, M. A.; VELAZQUEZ. Diversity, structure, and evolution of fungal communities in soils under different agricultural management practices. ***Bol. Soc. Argent. Bot****.* 38: 225-232. 2003.

CAMPOS, BRAGA, F. C. **O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** Dissertação UNICAMP, 2000.

CAMPOS, C. M. S. e SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (2): 621-628, 2003.

CARLESS, D. (2007). Phases in physical activity initiation and maintenance among men with serious mental illness. **International Journal of Mental Health Promotion***, 9*(2), 17–27.

CARVALHO, A. S. **Metodologia de entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: AGIR; 1991.

CARVALHO, S. **Manual de Boas Práticas em Reinserção (1º Caderno)** – Enquadramento Teórico. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa. 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **State Indicator Report on Physical Activity**. Atlanta (U.S). Department of Health and Human Services; 2010.

CHEIK, N. C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M. KAREN, H.; MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **R. Bras. Ci. e Mov**. Brasília v. 11 n. 3 p. 45-52 jul./set. 2003.

CLOTET, J.; GOLDIM, J.R.; FRANCISCONI, C.F. Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, 2000, p.57.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L. PESQUISA EM SAÚDE: Metodologia Quantitaiva ou Qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, dez.2006.

COHN, T., GRANT, S. & FAULKNER, G. E. Schizophrenia and obesity: Addressing obesogenic environments in mental health settings. *Schizophrenia Research*, *121* (1–3), 277–278. 2010.

COLTON, C.W. and MANDERSCHEID, R.W. Congruencies in Increased Mortality Rates, Years of Potential Life Lost, and Causes of Death among Public Mental Health Clients in Eight States. **Prevention of chronic Disease**, 3, A42. 2006.

COOPER, H.M. The **Integrative research review**. Beverly Hills: SAGE Publications, 1984.142p.

CORDIOLI, M. S.; BORENSTEIN, M. S.; RIBEIRO, A.A.A. Hospital de custódia: os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. **Esc. Anna Nery R Enferm** 2006 dez; 10 (4): 671 - 7.

CRONE, D., SMITH, A., & GOUGH, B. 'I feel totally at one, totally alive and totally happy': A psycho-social explanation of the physical activity and mental health relationship. **Health Education Research***, 20(5),* 600–611. 2005.

CRUZ, D. A. L. M; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, p. 415-422, June 2005.

CULLUM, N. et al. **Introdução à enfermagem baseada em evidências**. In: CULLUM, N. et al. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 1, p.23-31.

DALEY, A. J. Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention? **Advances in Psychiatric Treatment**, *8*, 262–270. 2002.

DELGADO, J. (org., trad.) **A Loucura na Sala de Jantar**. Santos: Editora Resenha, 1991.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs).**Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DELGADO, P.G.G. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: Venâncio A, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: **Edições Ipub-Cuca**; 2001.

DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D.**Implementação da enfermagem baseada em evidências: algumas interpretações errôneas**. In: CULLUM, N. et al. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 2, p. 32-41.

DIMENSTEIN, M. Odesafio da política de saúde mental: a (re) inserção social de portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n.6, p.69-83, jun. 2006.

DOMENICO, E. B. - **Enfermagem baseada em evidências: a reconstrução da prática clínica**. In Domenico, Edvane B.; IDE, Cilene A. - Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu, 2001. ISBN 9788573793772. p. 165-71.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 1, p. 115-118, Feb. 2003 .

DRUMMOND, J. P., SILVA, E. **Medicina baseada em evidências.** Novo paradigma assistencial e pedagógico. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

EDWARD, K.; RASMUSSEN, B.; MUNRO, I. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. **Archives of psychiatric nursing**, v. 24, n. 1, p. 46-53, 2010.

FLEMMING, K. Perguntas passíveis de resposta. In: CULLUM, N. et al. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução.** Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 3, p.42-48.

FONSECA, L. M. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas:** o caso do Insitituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Juliano Moreira. 2005.100f (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

FOX, K. R. Physical activity and mental health promotion: The natural partnership. **International Journal of Mental Health Promotion**, *2* (1), 4–12. 2000.

FUNK, S.G.; TORNQUIST, E.M.; CHAMPAGNE, M.T. Barriers and facilitators of research utilization. **Nursing Clinics of North America**, v.30 , n. 3, p.395-407, sep. 1995.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm,** v.56, n.1, p.57-60, jan.fev. 2003.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem.**Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p.549 - 556,maio-junho 2004.

GANGULI, R.; STRASSING, M. Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patient with schizophrenia. **Schizophr Res.** 2011;126:103-109.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health ,** v.10, n.1, p.1-11, fev.1987.

GARTENMANN, C.H.; KIRCHBERGER, I.; HERZIG, M.; BAUMGARTNER, I.; SANER, H., MAHLER, F.; MEYER, K. Effects of exercise training program on functional capacity and quality of life in patients with peripheral arterial occlusive disease. Evaluation of a pilot project. **Vasa** 2002;31(1):29-34.

GENTIL, Valentim. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de "Reforma Psiquiátrica". **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 6-23, setembro/novembro 1999.

GERRISH, K; CLAYTON, J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. **J. Nurs. Manag.**, v. 12, n. 2, p. 114-123, March 2004.

GIBSON, M., CAREK, P.J., SULLIVAN, B. **Treatment of co-morbid mental illness in primary care: How to minimize weight gain, diabetes, and metabolic syndrome.** ***International Journal of Psychiatry in Medicine****.* 2011;41:127–142.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. 10 reimpressão. São Paulo. Atlas, 2007.

GOBBI, S.; CORRAZA, D.I; STELLA F.; COSTA J.L.R.; GOBBI L.T.B. **Atividade física e saúde mental no idoso.In: I Encontro Paulista de Neuropsiquiatria e Saúde Mental no Idoso.** São Paulo: Instituto Bairral de Psiquiatria. Itapira; 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectivas, 1992.

GOWANS SE, DEHUECK A, VOSS S, SILAJ A, ABBEY SE, REYNOLDS WJ. Effect of a randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with fibromyalgia. **Arthritis Rheum** 2001;45(6):519-29.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P.; BARBOSA, D. S.; OLIVEIRA, J. A. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte** _ Vol. 7, Nº 6 – Nov/Dez, 2001.
GUISELINI, M. **Aptidão Física, Saúde e Bem Estar**. 2 ed.- São Paulo: Phorte, 2006.

HALLAL, P.C.; ANDERSEN, L.B.; BULL, F.C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U.. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. 2012;380:247-257.

HAPPELL, B.; SCOTT, D.; PLATANIA-PHUNG, C.. Quality of care for cardiovascular disease and diabetes amongst individuals with serious mental illness and those using antipsychotic medications. **Journal for Healthcare Quality**, v. 34, n. 5, p. 15-21, 2012.

HENEGAN, C.; BADENOCH, D. **Evidence-based Medicine**. Tookit. Oxford, UK; Blacwell Publishing Limited, 2006.

INFOPEDIA. Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-01-20 12:31:01]. Disponível na Internet: http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/citação

INSTITUTO DE DESPORTO DE PORTUGAL - IDESPORTO**. Orientações da UE para a promoção da actividade física** – Lisboa. [Internet]. 2009. Disponível em: http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. 2006. Available from URL: http://www.idf.org/

JOHNSTONE, R.; NICOL, K.; DONAGHY, M.; LAWRIE, S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. **Journal of Mental Health**, *18* (6), 523–532. 2009.

KANTORSKI, L. **Saúde mental e integralidade na construção da cidadania**. Monografia, 93f. (Especialização em Saúde Mental Coletiva) Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1992.

KEMP, R.; HAYWARD, P.; APPLEWHAITE, G.; EVERITT, B.; and DAVID, A. Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. **British Medical Journal**, 312:345-349, 1996.

KENNETH, C.J.; CASPERSEN, E.P.; CHRISTENSON, G.M. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related **Research Public Health Reports**.1985;100(2):126-131.

KOHL, H.W., CRAIG, C.L., LAMBERT, E.V., INOUE, S., ALKANDARI, J.R., LEETONGIN, G., KAHLMEIER, S.. Lancet Physical Activity Series Working Group. Lancet. 2012;21;380(9838):294- 305.

LANCETTI, A. **Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental**. Saúde loucura 1. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989, p. 75-90.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palite, 2001.

LEPPAMAKI SJ, PARTONEN TT, HURME J, HAUKKA JK, LONNQVIST JK. Randomized trial of the efficacy of bright-light exposure and aerobic exercise on depressive symptoms and serum lipids. **J Clin Psychiatry** 2002;63(4):316-21.

MATVÉEV, L.P. **Teoría general del entrenamiento deportivo**. Editorial Paidotribo, Barcelona, 2001.

MCDOWELL, N.; MCKENNA, J.; NAYLOR, P.J. Factors that influence practice nurses to promote physical activity. **Br J Sports Med** 1997;31:308-13.

MCEVOY, J.P.; MEYER, J.M.*;* GOFF, D.C *et al.* Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. ***Schizophr Res*** 2005*;***80***:*19–32*.*

MEAD, P. Clinical guidelines: promotional clinical effectiveness or a professional minifield? **J. Adv. Nursing** , v.31, n.1 , p.110-116, jan. 2000.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras, 2001.

MELNYK, B. M.; FINEOULT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & health care: a guide to best practice. **Philadelphia**: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S. **Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação das evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY E. E., ONOCKO R. **Práxis em salud um dasafio para lo público**, Ed. Lugar, Buenos Aires, 1997.

MEYER, J.M. e STAHL, S.M,. What comes first: atypical antipsychotics or the metabolic syndrome? ***Acta Psychiatr Scand*** 2009 *(in press).*

MILLAR, H. L. Development of a Health Screening Clinic. *European Psychiatry*, *25*, 29–33. 2010.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S**. Motivational Interviewing**, 2nd edn. London: The Guildford Press. 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, C.M.L. Enfermagem: essa prática (des) conhecida. **Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva** 1999 novembro; (16):5-6.

MORGAN, W.P. Affective beneficence of vigorous physical activity. **Med Sci Sports Exerc** 1985;17:94-100.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MOTA, L. O. **Envelhecimento e inclusão social:** o projeto Agente Experiente. 2007.110f Dissertação (Mestrado em Serviço Social) PUC, Rio de Janeiro, 2007.

NOBRE, M.R.C.; BERNARDO,W.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. **Rev Assoc Med Bras**, 2003; 49: 445-9.

OLIVEIRA, V.L.; PIMENTEL, D.; VIEIRA, M.J.. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. **Revista Bioetica** 2010; 18(3):705‑ 24.

OLIVEIRA, W. F. de; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. de. **Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental.** Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**,10(3) : 573-583,2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID –10, **tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.** 9 ed. Rev –São Paulo: EDUSP, 2003.

PALIK E., BIRKAS D., FALUDI G., KARADI I., CSEH K. (2005). Correlation of serum ghrelin levels with body mass index and carbohydrate metabolism in patients treated with atypical antipsychotics. **Diabetes Res Clin Pract.** 68 (Suppl1), S60-S64.

PALUSKA, A.S; SCHWENK, T.L. Physical activity and mental health: current concepts. **Sports Med** 2000 Mar; 29 (3):167-80.

PEDROLO, E; DANSKI, MTR; MINGORANCE, P; LAZZARI, LSM; MÉIER, MJ; CROZETA, K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro**. Cogitare Enfermagem,**Paraná, v.14, n.4, p. 760-3, 2009.

PENDER, N.J., MURDAUGH, C.L., & PARSONS, M.A. **Health promotion in nursing practice**. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2006.

PERISSÉ, A.R.S.; GOMES, M. da M.; NOGUEIRA, S.A.Revisões sistemáticas (inclusive metanálises) e diretrizaes clínicas. In:GOMES, M.da M. **Medicina baseada em evidências**: princípios e práticas. Rio de Janeiro:Reichmann & Affonso, 2001.p.131-148.

PIETTE, J.D., HEISLER, M., GANOCZY, D., MCCARTHY, J.F., VALENSTEIN, M. Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. *Psychiatric Services* 2007; 58(2): 207-212.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as prática de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

POULIN, M.J., CHAPUT, J.P., SIMARD, V., V P., BERNIER, J., GAUTHIER, Y., LANCTOT , G., SAINDO, N. J., VINCENT A., GAGNON S. & TREMBLAY, A. Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. Australian and New Zealand. **Journal of Psychiatry**.41, 980–989. 2007.

QUEENSLAND HEALTH. **National Physical Activity Guidelines**. A site for health professionals. 2007.

REES, T., & HARDY, L. An investigation of the social support experiences of high-level sports performers. **The Sports Psychologist***, 14,* 327–347. 2000.

REES, T., SMITH, B., e SPARKES, A. The influence of social support on the lived experiences of spinal cord injured sportsmen. **The Sports Psychologist***, 17,* 135–156. 2003.

REZENDE, L.F.; RABACOW, F.M.; VISCONDI, J.Y.K.; LUIZ, O.C.; MATSUDO, V.K.; LEE, I.M. Effect of Physical Inactivity on Major Non-Communicable Diseases and Life Expectancy in Brazil. **J. Phys. Act. Health**. 2014.

RIBEIRO, C. J. S. **Plano Grupal Transdisciplinar: cartografando uma equipe de saúde mental.** Dissertação, 99f. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ROBSON D. & GRAY R. Serious mental Illness and physical health problems: A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, 44(3), 457–466. 2007.

ROEDER MA. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. **Rev Bras Ativ Fis Saúde** 1999; 4 (2): 62-76.

ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada a enfermagem. **Cogitare Enferm**., v.3, n.2, p.109-112, jul./dez.1998.

ROSA, L. C. dos S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde metal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 71, ano XXIII, Especial. São Paulo: Cortez, 2002, p. 138-161.

ROTELLI, F., et. al. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: NICÁCIO, F. (org.) Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RYCROFT-MALONE, J. et al. What counts as evidence in evidence-based practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 47, n. 1, p. 81-90, 2004.

SACKETT D. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

SANTOS, C.M.C., PIMENTA, C.A.M., NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007 Mai-Jun; 15(3):508-11.

SANTOS, J. A. R. Atividade física de lazer, alimentação e composição corporal. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.18, n.2, p.159-67, abr./jun. 2004.

SASSAKI, R. K. **Inclusão:construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: Ed. WVA, 1997.176p.

SILVA, A. L. O colegiado como dispositivo para a prática gerencial dos serviços de saúde: um estudo de caso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n.69, p.36-42, jan/abr. 2005.

SILVA, E. K. B; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014.

SILVA, P. L. et al. A interface saúde mental e atenção básica. **Boletim da Escola de Saúde Pública**.18 (2): 141-155, SES/RS, 2004.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOUZA, M.C.B.M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003 setembro-outubro; 11(5):678-84.

STETLER, C. B. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4 p. 195-206, 1988.

TAKEDA, O. H.; STEFANELLI, M. C. Atividade física, saúde mental e reabilitação psicossocial. **Rev. Min Enf;** 10 (2): 171-175, Abr./Jun, 2006.

THOREN, P.; FLORAS, J.S.; HOFFMANN, P.; SEALS, D.R. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. **Med Sci Sports Exerc** 1990;22(4):417-28.

TUDOR-LOCKE, C. E.; MYERS, A. M. Methodological considerations for researchers and practitioners using pedometers to measure physical (ambulatory) activity. **Research quarterly for exercise and sport**, v. 72, n. 1, p. 1-12, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínicoqualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes; 2003.

TURNER-BOWKER, D.; BARTLEY, P.; WARE, J. **SF-36O` Health Survey & "SF" bibliography**, 3rd ed, Quality Metric Incorporated, Lincoln. 2002.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. **The Surgeon General's Vision for a Healthy and Fit Nation.** Rockville. DHHS; 2010b. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/library/obesityvision/obesityvision2010.pdf

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services - **Physical activity guidelines for Americans.** Washington (DC). DHHS, 2008b. Disponível em: http://www.health.gov/PAGuidelines/guidelines/default.aspx.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no peioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, jan./fev. 2006.

VASCONCELOS, C. T. M; DAMASCENO, M. M. C.; LIMA, F. E. T. and PINHEIRO, A. K. B. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 2, p. 437-444, Apr. 2011.

VELOSO, L. U. P.; CARLOS, K. P. T. **A nova política de saúde mental no Estado do Piauí: mudanças e perspectivas**. In: ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, L. D. A.; CARVALHO, M. E. B. de (Org.). Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí. Teresina: Ed. da UFPI, 2009, p. 98-111.

VIEIRA, J.L.L.; PORCU, M.; ROCHA, P. G. M.. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. **J. Bras. Psiquiatr**., 56(1): 23-28, 2007.

WARE J.E., KOSINSKI M. & DEWEY J.E**. How to score version 2 of the SF-36 Health survey**. QualityMetric Inc, Lincoln, RI.2002.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO: 2010.

YOUNG, S. Evidence-based management: a literature review. **J Nurs Manage**, v.10, n.3, p.145-51, 2002.

APÊNDICE A – Referências dos artigos da amostra da RI

BEEBE, L. H.; HARRIS, R. F. Description of physical activity in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. **International journal of mental health nursing**, v. 22, n. 5, p. 430-436, 2013.

BERGQVIST, A. et al. Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders—Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden. **Issues in mental health nursing**, v. 34, n. 5, p. 350-358, 2013.

CARLESS, D.; DOUGLAS, K. Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. **Issues in mental health nursing**, v. 29, n. 11, p. 1179-1199, 2008.

MA, W.-F.; LANE, H.-Y.; LAFFREY, S. C. A model testing factors that influence physical activity for Taiwanese adults with anxiety. **Research in nursing & health**, v. 31, n. 5, p. 476-489, 2008.

PARK, T.; USHER, K.; FOSTER, K. Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. **International journal of mental health nursing**, v. 20, n. 6, p. 428-437, 2011.

USHER, K. et al. A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. **Journal of advanced nursing**, v. 69, n. 7, p. 1539-1548, 2013.

WAND, T.; MURRAY, L. Let's get physical. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 17, n. 5, p. 363-369, 2008.

WÄRDIG, R. E. et al. Prerequisites for A Healthy Lifestyle—Experiences of Persons with Psychosis. **Issues in mental health nursing**, v. 34, n. 8, p. 602-610, 2013.

APÊNDICE B - PROTOCOLOS DE LEITURA DOS TEXTOS DA AMOSTRA DA RI

1. PREVENTING THE DEVELOPMENT OF METABOLIC SYNDROME IN PEOPLE WITH PSYCHOTIC DISORDERS - DIFFICULT, BUT POSSIBLE: EXPERIENCES OF STAFF WORKING IN PSYCHOSIS OUTPATIENT CARE IN SWEDEN.

Bergqvist A, Karlsson M, Wardig R, Hultsjo S, Foldemo A.

1.1 Periódico no qual o artigo foi publicado: Issues in Mental Health

Ano: 2013	Volume: 34	Número:5	Páginas: 350-358	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(X) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

Os autores tiveram o intuito de estudar as experiências dos profissionais de saúde mental na assistência a pessoas com transtorno mental na implementação de mudanças no estilo de vida em um esforço de evitar a síndrome metabólica. Conforme a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2011), os critérios para a síndrome metabólica são obesidade abdominal em combinação com pelo menos dois dos quatro seguintes critérios menores: níveis baixos de lipoproteínas de alta densidade, níveis elevados de triglicerídeos, elevação da pressão arterial e aumento da glicose plasmática.

2.2. Identificação de participantes / sujeitos / atores sociais (pesquisa qualitativa):

Foram incluídos no estudo 12 membros da equipe de saúde que prestam atendimento ambulatorial a pessoas com transtorno mental, sendo estes 9 enfermeiros de saúde mental, dois terapeutas ocupacionais e um auxiliar de enfermagem. Todos eram do sexo feminino, com idade entre 38 e 62 anos e experiência profissional de 2 a 14 anos na área.

2.3. Tipo de estudo / metodologia: Qualitativa

2.4 Artigos de pesquisa qualitativa:

(x) outros tipos. Quais? Exploratória

2.5. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.6. Tratamentos empregados para dados da pesquisa qualitativa:

(x) análise de conteúdo temática / categorial

2.7 Resultados referidos no artigo:

Os participantes enfatizaram que incentivar mudanças no estilo de vida em pessoas com transtorno mental é um processo contínuo de motivação que necessita ser repetida e avaliadas regularmente.Este estudo mostra que a implementação de mudanças no estilo de vida de pessoas com transtorno mental é um experimento muito difícil, mas possível. Os participantes comentaram sobre a importância de trabalhar com a promoção da saúde o mais cedo possível, o que pode ser visto como essencial no cuidado de enfermagem, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de síndrome metabólica. É importante que a pessoa com transtorno mental pratique atividade física e mude seus hábitos alimentares, e s profissionais de saúde tem importante papel nestas questões. Mesmo que a maioria das pessoas com transtorno mental saibam da importância de viver de forma saudável, houve dificuldades, porque estas pessoas não apenas precisam implementar mudanças de estilo de vida, mas também lidar e aceitar os sintomas psicóticos. Os sintomas negativos e alterações cognitivas foram descritos como as maiores barreiras para a implementação de mudanças estilo de vida para estes pacientes.

2.8. Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Incentivo a prática de atividade física	( )	Os participantes relataram que os pacientes poderiam ser estimulados ao exercício regular ou exercício prescrito, por exemplo, caminhadas diárias. O exercício deve ser individualizado . Pacientes que já possuíam o hábito de ir ao ginásio antes de se tornarem doentes poderia, assim que os sintomas psicóticos estavissem sob controle, continuar com o seu exercício . Aqueles que se exercitavam regularmente antes de receberem o diagnóstico do transtorno psicótico foram recomendados a praticar uma caminhada de 10 minutos todos os dias, que foi percebido como sendo melhor do que não fazer nada. Os participantes enfatizaram que incentivar mudanças no estilo de vida em pessoas com transtorno mental é um processo contínuo de motivação que necessita ser repetida e avaliadas regularmente.

2) Apoio e rede social	( )	Fazer com que o paciente assuma a responsabilidade por suas próprias ações foi descrito como difícil para muitos participantes. A maioria argumentou que o apoio social desenvolvido na comunidade é importante para alcançar uma melhor alimentação e maior prática de atividade física. Os participantes relataram que este apoio deve ter lugar na própria casa dos pacientes, a fim de alcançar uma mudança mais sólida. Vários participantes também informaram que aqueles que obtiveram os melhores resultados nas mudanças do estilo de vida foram os que apresentaram um prévio contato e obtiveram boa colaboração com o suporte social de sua base comunitária e atendimento ambulatorial psiquiátrico. Apoio na vida diária também é considerado ser um dos pré-requisitos para a iniciativa de mudança nos estilos de vida. Indivíduos que obtiveram sucesso na mudança de estilo de vida positivo foram descritos com os que haviam recebido apoio ativo em casa. De acordo com os participantes, isto é o que possibilitou a mudança. Compromisso de apoiar e uma abordagem motivacional são características importantes dos que prestam apoio social comunitário. Na prática, isto significa que estes trabalhadores comunitários ajudam o indivíduo a exercer, por exemplo, a opção de andar a pé em vez de pegar o ônibus, ou que estes trabalhadores possam estar envolvidos em compras de alimentos, para que o indivíduo adquira produtos adequados.
3) Sedentarismo e estilo de vida saudável	( )	Este estudo mostra que a implementação de mudanças no estilo de vida de pessoas com transtorno mental é um experimento muito difícil, mas possível. Mesmo que a maioria das pessoas com transtorno mental saibam da importância de viver de forma saudável, houve dificuldades, porque estas pessoas não apenas precisam implementar mudanças de estilo de vida, mas também lidar e aceitar os sintomas psicóticos. Os sintomas negativos e alterações

		cognitivas foram descritos como as maiores barreiras para a implementação de mudanças estilo de vida para estes pacientes. Os participantes deste estudo descrevem que é necessário começar a explorar as rotinas diárias dos pacientes, a fim de identificar os fatores de saúde, tais como hábitos de dieta, exercício físico, tabagismo, e consumo de álcool, com o objetivo de ser a colaborar com o paciente e ver o que pode ou precisa ser mudado.
4) Obesidade e Síndrome Metabólica	( )	Os participantes comentaram sobre a importância de trabalhar com a promoção da saúde o mais cedo possível, o que pode ser visto como essencial no cuidado de enfermagem, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de síndrome metabólica. Apesar das questões que envolvem o uso da medicação, os participantes neste estudo sentiram que eles eram responsáveis por justificarem os motivos que levam ao uso da medicação, o que os colocou em um dilema ético. Isto indica a importância de discussões contínuas sobre a prevenção de problemas de saúde física em indivíduos que tomam medicamentos anti-psicóticos. Implementação de mudanças no estilo de vida em indivíduos com transtorno psicótico é considerado difícil, mas possível. Ao trabalhar com essas questões ao longo do tempo, a equipe ganha mais experiência, o que também leva a prevenção de síndrome metabólica.
5) Enfermagem Especializada	( )	Os resultados deste estudo também destacar a importância a de identificar oportunidades e obstáculos para os indivíduos, o que indica ainda mais a necessidade de enfermeiros especializados em ambos os problemas de saúde, sejam físicos ou mentais. Os participantes deste estudos apontam sobre o conhecimento da importância da observação precoce e prevenção de possíveis complicações é essencial para que as

		enfermeiras possam realizar a promoção da saúde. Mudanças no estilo de vida realizadas na vida diária da pessoa com transtorno mental, em estreita colaboração com o indivíduo, na sua rede, e com os atores do cuidado de saúde envolvidos, é uma tarefa de enfermagem extremamente importante.

2.9. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.10. Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Para obter uma imagem complementar do fenômeno, seria importante estudar indivíduos com psicose e suas experiências de implementação mudanças de estilo de vida. Mudanças no estilo de vida realizadas no vida diária da pessoa com transtorno mental, em estreita colaboração com o indivíduo, sua rede, e os atores de cuidados de saúde envolvidos, é uma tarefa de enfermagem extremamente importante.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

Todos os participantes de nosso estudo eram do sexo feminino e é possível que os cuidadores do sexo masculino tenham outras perspectivas sobre a gestão de questões de estilo de vida destes indivíduos, por exemplo, por serem mais orientados para a prática de atividades físicas. A falta de participantes do sexo masculino pode ser explicado pela limitação do número de homens na área da saúde; na Suécia, a maioria das profissionais de saúde são mulheres.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?
(x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?
(x) Sim ( ) Não
O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?
(x) Sim ( ) Não
2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):
( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7

2. PRE REQUISITES FOR A HEALTHY LIFESTYLE-EXPERIENCES OF PERSONS WITH PSYCHOSIS

Wardig R E, Bachrach-Lindstrom M, Foldemo A, Lindstrom T, Hultsjo S.

1.1 Periódico no qual o artigo foi publicado: Issues in Mental Health

Ano: 2013	Volume: 34	Número:8	Páginas: 602-610	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE e SciVerse Scopus

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? Scopus

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

Avaliar os pré-requisitos para a prática de atividade física por pessoas com transtorno psicótico.

2.2. Identificação de participantes / sujeitos / atores sociais (pesquisa qualitativa):

A amostra consistiu em 40 participantes. Eles tinham idades de 27 a 66. Dezenove eram mulheres. O tempo desde que foi diagnosticado com um transtorno psicótico foi entre 1 e 40 anos no momento da inclusão para a intervenção. Treze tinham esquizofrenia, 13 transtorno esquizoafetivo, 8 transtorno bipolar, 3 desordem delirante, e 3 com uma psicose não especificada. Dos 40 informantes, 35 tinham um nível de participação na intervenção de 50% ou mais.

2.3. Tipo de estudo / metodologia:

Qualitativa

2.4 Artigos de pesquisa qualitativa:

(x) outros tipos. Quais? Exploratória

2.5. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.6. Tratamentos empregados para dados da pesquisa qualitativa:

(x) análise de conteúdo temática / categorial

2.7 Resultados referidos no artigo:

O estado mental do indivíduo é a base para motivação e a criação de um estilo de vida saudável e baseia-se no próprio nível do indivíduo do conhecimento. O estado mental da pessoa afeta a sua capacidade para planejar e tomar medidas para alcançar um estilo de vida mais saudável. A maioria dos participantes ficarm presos ao planejamento sem nenhum progresso. Muitos relataram a sensação de estarem presos ao seu estado mental. Uma completa paralisia. Para a prática de exercícios físicos, alguns destes pacientes relacionaram a baixa adesão ao estigma e ao desconforto em mostrar-se em trajes de banho ou roupas de ginástica. Outra razão para não manter hábitos de exercício era um medo irreal de riscos à saúde riscos relacionados ao exercício.

2.8. Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Incentivo a prática de atividade física	( )	O estudo revela que os participantes sentiam que era inútil fazer um maior esforço em direção a um estilo de vida saudável, porque o transtorno psicótico poderia, a qualquer momento, agravar os pré-requisitos. É importante que estas pessoas têm uma vida diária organizada com estrutura para comportamentos de vida saudável, tais como a doção do exercício. Exercício é uma opção não apenas para ser eficaz na redução do peso corporal, mas também sintomas em sintomas tais como depressão e alucinações.
2) Apoio e rede social	( )	As principais categorias do estudo são: pré-requisitos individuais (possibilidades e obstáculos inseridos no indivíduo) e suas subcategorerias (preso ao planejamento, estado mental, motivação, conhecimento e estrutura) e ser uma parte da sociedade e suas subcategorias (Esforçando no sentido de ter uma vida normal e adoção de de estilo de vida saudável; as finanças diárias da vida e apoio social contínuo). Os participantes relataram que era inútil fazer um maior esforço, porque o transtorno psicótico poderia agravar os pré-requisitos a qualquer momento. Além disso, os recursos financeiros limitados ao seus desejos, bem como o resultado do tratamento medicamentoso

		destacam a necessidade para o apoio social contínuo. Em nosso estudo, os participantes demonstraram que eles tiveram conhecimento de uma alimentação saudável e a importância de fazer exercícios, mas tiveram problemas para criar hábitos de vida saudáveis na vida diária. Para criar um estilo de vida saudável, eles disseram que era importante ser capaz de transferir o conhecimento para a vida cotidiana e encontrar uma estrutura funcional. Nossos resultados também indicam que o apoio social contínuo em rede, bem como o sistema de saúde , foi importante a fim de gerir um estilo de vida saudável. Alguns os participantes não podiam pagar para atividades físicas organizadas. Muitas das dificuldades encontradas nos resultados deste estudo estão relacionados a um nível socioeconômico baixo, o que está relacionado com pior saúde física. Convém ressaltar que andar a pé é gratuito, portanto bem acessível.
3) Sedentarismo e estilo de vida saudável	( )	Nossos resultados mostraram muitas razões para não adotar ou manter bons hábitos de exercício. Algumas delas foram relacionadas ao estigma e aos mesmos se sentirem desconfortáveis ao mostrar-se-se em trajes de banho ou roupas de ginástica. Outra razão para não manter hábitos de exercício era um medo irreal do exercício prejudicar a sua saúde. Os participantes do nosso estudo, disseram que um bom estado mental era importante para a adoção de um estilo de vida saudável. Isto está de acordo com os resultados de outros estudos que relatam que indivíduos com psicótico distúrbios se concentrar mais nos aspectos psicológicos do que nas suas necessidades fisiológicas e priorizam o bem estar mental do que os riscos de saúde física. Os resultados do nosso estudo também

		mostraram que aqueles que tinham recebido cuidados psiquiátricos por muitos anos só recentemente perceberam uma mudança no sentido de um maior interesse na saúde física do que somente para a saúde mental, pelos prestadores de cuidados. Os resultados do presente estudo mostram que é difícil priorizar um estilo de vida saudável, se as pessoas estão sem energia ou motivação. Os efeitos colaterais da medicação foram outro fator experimentado como um obstáculo para um estilo de vida saudável entre os participantes deste estudo. A medicação pode preencher uma necessidade para a saúde mental e sua capacidade de fazer parte da sociedade para muitos pacientes, mesmo se os efeitos secundários são o maior problema.
4) Enfermagem Especializada	( )	Assim, os prestadores de cuidados de saúde envolvidos nos cuidados desta clientela, precisam de conhecimento dos potenciais obstáculos à um estilo de vida saudável entre as pessoas com doença mental grave. Isso exige que prestadores de cuidados de saúde também tenham conhecimento da saúde física e dos principais problemas de saúde.

2.9. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.10. Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Os autores recomendam que os enfermeiros de saúde mental e os demais profissionais de saúde mental devem estar engajados no objetivo de ajudar a pessoa com transtorno mental a alcançar um estilo de vida saudável, ajudando-o a romper as barreiras que o impedem de dar esse passo tão importante.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

A análise de conteúdo possui risco para conseguir alcançar as categorias a serem estudas, embora os instrumentos tenham sido validados. Os participantes tiveram intervenção quanto ao estilo de vida saudável antes das entrevistas, o que pode ter de alguma forma influenciado as entrevistas.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7

3. DESCRIPTION OF PHYSICAL ACTIVITY IN OUTPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Beebe LH, Harris RB.

1.1 Periódico no qual o artigo foi publicado: International Journal of Mental Health

Ano: 2013	Volume: 22	Número:5	Páginas: 430-436	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

O objetivo preliminar deste estudo foi descrever a atividade física basal de um grupo de pessoas com doenças do espectro da esquizofrenia em acompanhamento ambulatorial usando pedômetros em uso prolongado com memória de 7 dias. As correlações entre a atividade física medidas, as características sociodemográficas, percentual de gordura corporal e índice de massa corporal também foram examinados.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Os 24 pacientes ambulatoriais que receberam pedômetros foram igualmente divididos por sexo e com idades 23-71 anos. Uma pequena maioria foram de americanos de origem africana (n = 13, 54,2%). O medicamento mais utilizado eram os antipsicóticos (n = 22, 91,7%), seguido por agentes antiparkinsonianos (n = 18, 75%), e medicamentos para várias doenças físicas (n = 16; 66,7%). Quatorze (58,3%) participantes relatam fumar cigarros (média, 1,5 pacotes dia). Metade relatam praticar algum forma de exercício físico (geralmente a pé), uma média de 2,5 dias por semana. O percentual de gordura variaram 15,1-48,6% com uma média de 34,5% (DP = 10,9). Os homens tinham uma média de gordura corporal 15,1% e 33,6% para as mulheres. Mais de metade (n = 7) de todos os homens e das mulheres preencheram os critérios de obesidade do CDC (gordura corporal > 25% em homens e > 32% em mulheres). Todos os participantes mantiveram seus pedômetros por toda semana ao longo do acompanhamento. Os participantes usavam pedômetros uma média de 6 dias (intervalo de 0-7, DP = 1,9).

2.3. Tipo de estudo / metodologia:

Quantitativo

2.3.1 Artigo de pesquisa quantitativa, do tipo não - experimental:

(X) descritivo

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5. Tratamentos empregados para dados de pesquisa quantitativa:

(X) percentual

(X) teste T de Student

(X) teste x^2 (qui - quadrado)

2.6 Resultados referidos no artigo:

Os achados confirmam o baixo nível de atividade física praticada por pessoas com transtornos do espectro da esquizofrenia. A observância de obesidade em mais da metade dos homens e em todos as mulheres é maior

do que as taxas de obesidade de 41% em homens e 50% em mulheres relataram em outros lugares. Foi observado que os homens deram mais passos e percorreram maior distância todos os dias durante a semana de acompanhamento, número maior do que o observado pelas mulheres, valores estes provavelmente relacionados com os índices mais baixos de IMC e o percentual de gordura corporal dos homens em comparação com as mulheres. Os autores apontam que no sexto dia do uso dos aparelhos, foram observados valores maiores de atividade física, com maior número de passos e maior distância percorrida, provavelmente pelo efeito imediato que o exercício causa sobre a motivação.

2.7 Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Sedentarismo e estilo de vida saudável	( )	Os achados confirmam o baixo nível de atividade física praticada por pessoas com transtornos mentais do espectro da esquizofrenia. Adultos saudáveis dão em média, entre 7000 e 13 000 passos dia-1 (TUDOR-LOCKE & MYERS, 2001), enquanto os participantes do estudo deram em média apenas de 2384-4399 passos no primeiro dia. Apenas dois dos participantes (ambos do sexo masculino) andaram mais de 10 000 passos durante o período de acompanhamento: um ultrapassou os 10 000 em 3 de 7 dias, e outro, em 2 de 7 dias.
2) Obesidade e síndrome metabólica		A observância de obesidade em mais da metade dos homens e em todos as mulheres é maior do que as taxas de obesidade de 41% em homens e 50% em mulheres relataram em outros lugares. Foi observado que os homens deram mais passos e percorreram maior distância todos os dias durante a semana de acompanhamento, número maior do que o observado pelas mulheres, valores estes provavelmente relacionados com os índices mais baixos de IMC e o percentual de gordura corporal dos homens em comparação com as mulheres. Os autores apontam que no sexto dia do uso dos aparelhos, foram observados valores maiores de atividade física, com maior número de passos e maior distância percorrida, provavelmente pelo efeito imediato que o exercício causa sobre a motivação.

3) Incentivo a prática de atividade física	( )	Estes resultados preliminares indicam que o uso prolongado uso pedômetro é aceitável e viável nessa grupo. Todos os nossos participantes mantiveram seus pedômetros para semana e a maioria (87,5%) usavam o podómetro durante pelo menos 6 dias. Estes resultados suportam a viabilidade da atividade estima via pedômetro, porque 3-5 dias de dados são necessários para estimar com segurança, o nível de atividade física.

2.8. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.9. Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Ainda existe a necessidade de uma análise mais aprofundada do uso depedômetros por um período maior e a extensão a uma população multicêntrica. Finalmente, futuras investigações incluem avaliações dietéticas, para permitir o exame do interações entre dieta e calorias queimadas, IMC e nível de atividade física.

2.10. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.11. Limitações documentadas no artigo:

Os limites de duração estudo de 1 semana impediram os autores de tirar conclusões sobre o uso a longo prazo. Este estudo foi realizado no sul-leste dos EUA durante o mês de Maio, um mês temperado com temperaturas médias de 65 ° F e precipitação média de aproximadamente 4,5 polegadas. Nos meses extremamente quentes, precauções extras, como o uso de protetor solar e medidas para assegurar uma hidratação adequada são necessárias. Da mesma forma no frio extremo ou a presença de gelo e neve, o uso do pedômetro deveser utilizado dentro de casa para minimizar o risco de queda.

2.12. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.13. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 (x) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 ( ) Nível 6 ( ) Nível 7

4. A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL UNDERTAKEN TO TEST A NURSE - LED WEIGHT MANAGEMENT AND EXERCISE INTERVENTION DESIGNED FOR PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS WHO TAKE SECOND GENERATION ANTIPSYCHOTICS.

Usher K, Park T, Foster K, Buettner P.

1.1.2. Periódico no qual o artigo foi publicado: Journal Advanced Nursing

Ano: 2012	Volume: 69	Número: 7	Páginas: 1539-1548	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

Avaliar o efeito de uma intervenção conduzida por enfermeiro no ganho de peso em pessoas com transtorno mental grave que recebem prescrição e fazem uso de medicação antipsicótica de segunda geração.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Foram 101 participantes selecionados, sendo 51 o grupo controle e 50 o grupo que recebeu a intervenção. Como critérios de inclusão foram estabelecidas as seguintes pré-requisitos: um diagnóstico de doença mental grave , 18 anos de idade ou mais, não estar em quadro psicótico agudo, ter precrito e estar fazendo uso de medicação antipsicótica de segunda geração , vivendo no norte de Queensland , e ser capaz de falar e ler em

Inglês.Todos os participantes mantiveram seus pedômetros por toda semana ao longo do acompanhamento. Os participantes usavam pedômetros uma média de 6 dias (intervalo de 0-7, DP = 1,9). 2.3. Tipo de estudo / metodologia:

2.3 Artigo de pesquisa quantitativa, do tipo experimental:

(x) grupos controle e experimental

( ) sem randomização

(x) com randomização

2.4. Tratamentos empregados para dados de pesquisa quantitativa:

( ) estatística paramétrica:

(x) média

( ) moda

( ) mediana

( ) variância

( ) desvio padrão

( ) percentual

( ) percentil

( ) estatística não - paramétrica:

( ) teste de Spearman

( ) análise fatorial

( ) teste T de Student

( ) teste x^2 (qui - quadrado)

( ) nível de significância

(x) Outro tipo de teste. Qual? SPPS versão 18

2.5. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.6. Tratamentos empregados para dados de pesquisa quantitativa:

( ) estatística paramétrica:

( ) média

( ) moda

( ) mediana

( ) variância

( ) desvio padrão

(X) percentual

( ) percentil

( ) estatística não - paramétrica:

( ) teste de Spearman

( ) análise fatorial

(X) teste T de Student

(X) teste x^2 (qui - quadrado)

( ) nível de significância

2.7 Resultados referidos no artigo:

Os resultados do estudo não foram estatisticamente significativos, no entanto foi observado pequenas alterações positivas para o grupo de intervenção com relação ao ganho de peso. Um estilo de vida saudável, educação e intervenção na perda de peso realizado em combinação com entrevistas motivacionais realizadas por mais de 12 semanas resultaram em perda de peso, porém não como desejado. Tanto o grupo intervenção, quanto o grupo controle receberam uma cartilha educativa que fornecia informações aos participantes acerca hábitos alimentares saudáveis, dicas de planejamento do cardápio e o planejamento semanal do cardápio. Esta informação pode ter influenciado o comportamento do grupo controle e acarretado perda de peso maior. Conteúdo e compreensão de programas de educação é um fator crítico para o sucesso (Park et al., 2011) .

2.8. Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Sedentarismo e estilo de vida saudável	( )	Os achados confirmam o baixo nível de atividade física praticada por pessoas com transtornos mentais do espectro da esquizofrenia. Adultos saudáveis dão em média, entre 7000 e 13 000 passos dia-1 (TUDOR-LOCKE & MYERS, 2001), enquanto os participantes do estudo deram em média apenas de 2384-4399 passos no primeiro dia. Apenas dois dos participantes (ambos do sexo masculino) andaram mais de 10 000 passos durante o período de acompanhamento: um ultrapassou os 10 000 em 3 de 7 dias, e outro,

		em 2 de 7 dias
2) Obesidade e síndrome metabólica		A observância de obesidade em mais da metade dos homens e em todos as mulheres é maior do que as taxas de obesidade de 41% em homens e 50% em mulheres relataram em outros lugares. Foi observado que os homens deram mais passos e percorreram maior distância todos os dias durante a semana de acompanhamento, número maior do que o observado pelas mulheres, valores estes provavelmente relacionados com os índices mais baixos de IMC e o percentual de gordura corporal dos homens em comparação com as mulheres. Os autores apontam que no sexto dia do uso dos aparelhos, foram observados valores maiores de atividade física, com maior número de passos e maior distância percorrida, provavelmente pelo efeito imediato que o exercício causa sobre a motivação.
3) Incentivo a prática de atividade física	( )	Estes resultados preliminares indicam que o uso prolongado uso pedômetro é aceitável e viável nessa grupo. Todos os nossos participantes mantiveram seus pedômetros para semana e a maioria (87,5%) usavam o podómetro durante pelo menos 6 dias. Estes resultados suportam a viabilidade da atividade estima via pedômetro, porque 3-5 dias de dados são necessários para estimar com segurança, o nível de atividade física.

2.9. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.10. Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Uma ação semelhante deve ser realizada por um período de tempo maior, para que os resultados possam ter maior confiança e indicar uma mudança de direção no que foi observado neste estudo para perda de peso. Os enfermeiros de saúde mental devem assumir a liderança na avaliação e gestão de preocupações físicas de saúde para pessoas com doença mental grave. Os componentes individuais do programa poderiam ser

implementados em diferentes configurações, como um componente educativo para o grupo de pessoas com transtorno mental em regime de internação ou em atendimento ambulatorial. Os enfermeiros de saúde mental precisam aumentar os seus conhecimentos de avaliação e gestão dos efeitos da medicação, tais como ganho de peso para as pessoas com transtorno mental grave. A pesquisa futura deve envolver estudos qualitativos para ganhar uma compreensão mais profunda da experiência que envolve a indução do ganho de peso pelo uso da medicação.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

Tanto o pesquisador, quanto os participantes não estava na condição de "cegos" no estudo. A amostra foi captada por chamada em jornais. Pode ter sido induzida a um grupo com transtorno mental grave e não aos outros níveis de transtorno. A capacidade de compreeensão dos participantes não foi formalmente testada.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 (x) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 ( ) Nível 6 ( ) Nível 7

5. DESCRIPTION OF A HEALTHY LIFESTYLE INTERVENTION FOR PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS TAKING SECOND-GENERATION ANTIPSYCHOTICS.

Park T, Usher K, Foster K. (2011).

1.1.1. Periódico no qual o artigo foi publicado: International Journal of Mental Health

Ano: 2011	Volume: 20	Número: 6	Páginas: 428-437	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

Os autores descrevem uma intervenção conduzida por enfermeiro, o “Passport 4 Life”, um programa de estilo de vida saudável para manter o peso e evitar mais ganho de peso para as pessoas com graves doença mental, que fazem uso de antipisicóticos de segunda geração. O trabalho tem como objetivo fornecer informações detalhadas sobre o conteúdo, estrutura e o desenvolvimento desta intervenção .

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Foram 101 participantes selecionados, sendo 51 o grupo controle e 50 o grupo que recebeu a intervenção. Como critérios de inclusão foram estabelecidas as seguintes pré-requisitos: um diagnóstico de doença mental grave , 18 anos de idade ou mais, não estar em quadro psicótico agudo, ter precrito e estar fazendo uso de medicação antipsicótica de segunda geração , vivendo no norte de Queensland , e ser capaz de falar e ler em Inglês.Todos os participantes mantiveram seus pedômetros por toda semana ao longo do acompanhamento. Os participantes usavam pedômetros uma média de 6 dias (intervalo de 0-7, DP = 1,9). 2.3. Tipo de estudo / metodologia:

2.3. Outros tipos de artigos:

( ) reflexão ou ensaio teórico

(x) relato de experiência

( ) revisão bibliográfica

( ) Outro tipo de artigo. Qual? .....

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5 Resultados referidos no artigo:

Um dos principais problemas associados com o uso contínuo de antipsicóticos de segunda geração é o ganho de peso e o risco concomitante de desenvolvimento de síndrome metabólica. O "Passport 4 Life" foi

concebido como uma intervenção conduzida por enfermeiros, com o intuito de auxiliar as pessoas que fazem uso desta classe de medicamenos a adotar um estilo de vida saudável e manter ou reduzir o seu peso. O programa inclui alimentação saudável e aumento da atividade física, o que pode levar a melhores resultados de saúde. A intenção do programa não é a rápida e grande perda de peso a curto prazo, mas sim a adoção de um estilo de vida saudável, o que pode acarretar a atenuação do ganho de peso e manutenção de peso atual, e/ou uma lenta e sustentável mudança que, eventualmente, leva à perda de 1-4 kg ou 10% do peso corpóreo (National Health and Medical Research Council 2003).

2.6. Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Sedentarismo e estilo de vida saudável	( )	Passaporte 4 Life foi concebido como uma intervenção conduzida pelo enfermeiro, com o intuito de auxiliar as pessoas que fazem uso de antipsicóticos a adotarem um estilo de vida saudável e manter ou reduzir o seu peso. O programa inclui saudável alimentação e aumento da atividade física, o que pode levar a melhores resultados de saúde. A intenção do programa não é rápido ou grande perda de peso a curto prazo, mas sim a adoção de um estilo de vida saudável que levam a atenuação do ganho de peso e/ou manutenção de peso atual, e /ou uma lenta e sustentável mudança que, eventualmente, leva à perda de 1-4 kg de peso ou 10% em acordo com o National Health and Medical Research Council.
2) Obesidade e síndrome metabólica		Passaporte 4 Life foi concebido como uma intervenção conduzida pelo enfermeiro, com o intuito de auxiliar as pessoas que fazem uso de antipsicóticos a adotarem um estilo de vida saudável e manter ou reduzir o seu peso. O programa inclui saudável alimentação e aumento da atividade física, o que pode levar a melhores resultados de saúde. O uso de antipsicoticos de segunda geração está associada ao ganho de peso e ao desenvolvimento de síndrome metabólica. O programa foi baseado nas melhores evidências disponíveis para ajudar as pessoas com uma doença mental grave a desenvolverem a

		mudança de estilo de vida saudável, levando a manutenção e a perda de peso.
3) Apoio e rede social		A promoção da saúde na comunidade precisa ser abraçada por todos enfermeiros, incluindo enfermeiros de saúde mental. O Passport 4 Life incluiu todos as pessoas com transtorno mental que fazem uso de antipsicóticos de segunda geração e que podem ter ganho de peso associado ao seu uso. Esta é um grupo de necessidade significativa. Em "4 life passport" as sessões de exercícios incluem uma variedade de atividades de baixo ou sem custo, tais como caminhadas, natação e esportes em grupo, como *cricket*[4]. O ambiente onde são desenvolvidas as atividades do programa também são utilizados para a realização de atividades físicas, por exemplo, o parque local tem piscina de natação, que facilita os participantes a incorporarem o exercício em seu estilo de vida diário, sem fazer muitas alterações ou que tenham custos adicionais. A inclusão de um enfermeiro na liderança das atividades e do exercício é um componente importante para os participantes. A participação da enfermeira é apoiada por Beebe (2008), que afirma que o apoio de um membro da equipe em sessões de exercício com os clientes é um motivador para a participação e aumenta a interação social.
4) Enfermagem especializada	( )	A inclusão de um enfermeiro na liderança das atividades e do exercício é um componente importante para os participantes. A participação da enfermeira é apoiada por Beebe (2008), que afirma que o apoio de um membro da equipe em sessões de exercício com os clientes é um motivador para a participação e aumenta a interação social. O enfermeiro líder do grupo

[1] Cricket, em português críquete, é uma modalidade que se pratica com bastão e bola, com equipes de onze jogadores, que é muito popular no Reino Unido e várias de suas colônias (INFOPEDIA, 2016).

		desenvolve parcerias com cada participante, com a crença subjacente de que cada pessoa tem o direito de escolher para participar das atividades do grupo e associação ao que são oferecidos, apoiando assim a evocação (motivação intrínseca a alteração) e autonomia de cada participante. Ao utilizar os princípios da entrevista motivacional o enfermeiro líder do grupo incorpora os conceitos de reflexão, escuta, expressar empatia, reconhecimento de prévia habilidade e capacidade de mudar, em cada sessão, enquanto encoraja a autonomia. Passaporte 4 Life é um programa liderado por enfermeiro que tem o potencial para ser oferecido por enfermeiros que trabalham em uma variedade de unidades de saúde mental, sejam a nível de internação ou nas configurações da saúde mental comunitária.

2.7. Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.8. Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

O programa foi baseado nas melhores evidências disponíveis para ajudar as pessoas com transtorno mental grave a desenvolverem uma mudança de estilo de vida, levando a manutenção ou perda de peso pela adoção de hábitos saudáveis. O programa "Passport 4 Life" oferece uma oportunidade para os enfermeiros se envolverem na melhora da saúde física e mental de pessoas com transtorno mental grave. Os resultados para as pessoas com transtorno mental inseridas no programa estão sendo pesquisados, e há uma necessidade de uma maior investigação sobre o seu papel na saúde mental e a prática dos enfermeiros na prevenção de saúde física e nas intervenções na saúde mental.

2.9. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.10. Limitações documentadas no artigo:

Não possui

2.11. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.12. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7

6. LET'S GET PHYSICAL.

Wand T, Murray L.

1.1.1. Periódico no qual o artigo foi publicado: International Journal of Mental Health

Ano: 2008	Volume: 17	Número: 5	Páginas: 363-369	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

Este artigo destaca o problema da saúde física nos serviços de saúde mental e apresenta recomendações para resolver esta questão. Os benefícios do exercício sobre a saúde mental também são explorados.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Por tratar-se de um revisão tradicional, não foram apontadas.

2.3. Outros tipos de artigos:

( ) reflexão ou ensaio teórico

( ) relato de experiência

(x) revisão bibliográfica

( ) Outro tipo de artigo. Qual? .....

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5 Resultados referidos no artigo:

Pessoas que se exercitam regularmente relatam frequentemente um efeito de bem estar. Esta relação entre a atividade e indicadores de bem-estar foi confirmada numa série de estudos transversais em vários países. O Exercício auxilia as pessoas a se verem de forma mais positiva, com mudanças na imagem corporal, percepção de fitness, força e habilidade. Além disso, o exercício é um fator chave no efetivo controle de peso. Há um forte apoio para os benefícios individuais e relação custo-benefício global das iniciativas de promoção da saúde em cuidados de saúde mental. No entanto, ainda há uma cultura que coloca grande dependência de medicamentos e a crescente medicalização do sofrimento mental na frente das abordagens mais simples e fundamentais para a promoção da saúde mental. São necessários mais abordagens para a promoção do saúde mental e bem-estar geral, pois elas têm sido negligenciadas por uma cultura que coloca cada vez mais a dependência de medicamentos e à medicalização do sofrimento mental.

As contínuas e consideráveis preocupações associados aos efeitos colaterais induzida por medicação psicotrópica indicam que estes medicamentos devem ser utilizados criteriosamente e mantidos na sua menor dose terapêutica.

2.6. Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Incentivo a prática de atividade física	( )	Pessoas que se exercitam regularmente relatam frequentemente um efeito de bem estar. Esta relação entre a atividade e indicadores de bem-estar foi confirmada numa série de estudos transversais em vários países. O Exercício auxilia as pessoas a se verem de forma mais positiva, com mudanças na imagem corporal, percepção de fitness, força e habilidade.

2) Obesidade e síndrome metabólica		O exercício é um fator chave no efetivo controle de peso. Há um forte apoio para os benefícios individuais e relação custo-benefício global das iniciativas de promoção da saúde em cuidados de saúde mental. As contínuas e consideráveis preocupações associados aos efeitos colaterais induzida por medicação psicotrópica indicam que estes medicamentos devem ser utilizados criteriosamente e mantidos na sua menor dose terapêutica.
3) Enfermagem especializada	( )	Os muitos e variados papéis dos enfermeiros de saúde mental caracterizam-se pelo contato próximo. Eles possuem a base de conhecimento e flexibilidade para fornecer e repetir informações e conselhos que promovam opções de estilos de vida saudáveis, melhora do auto-cuidado e manutenção da saúde a longo prazo. Isso poderia também aparecem como um requisito fundamental que estes enfermeiros continuem a empreender esforços para adquirir uma formação mais especializada em enfermagem em saúde mental a nível de pós-graduação . Além disso, os enfermeiros de saúde mental devem atualizar rotineiramente suas habilidades e conhecimentos em cuidados da saúde física e mental, a fim a prestar cuidados eficazes para as pessoas com transtorno mentais .

2.7 Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? ( ) Sim (x) Não

2.8 Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

As informações sobre saúde e vigilância da saúde deveriam ser entregues em conjunto com o início de qualquer medicamento psicotrópico como parte da prática de rotina. Há sim boas razões para incorporar o

aconselhamento nutricional, do exercício, da educação e do estilo de vida saudável como estratégias comuns do planejamento do tratamento.

2.9. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não
2.10. Limitações documentadas no artigo:
Não possui
2.11. Rigor metodológico:
O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?
(x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?
(x) Sim ( ) Não
O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?
( ) Sim (x) Não
Por tratar-se de uma revisão bibliográfica, não apresentou rigor metodológico compatível ao que é praticado atualmente.

2.12. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7
Título do artigo examinado:

Social Support for and Through exercise and Sport in a Sample of Men with Serious Mental Illness

Carless D, Douglas K.

1.1.1. Periódico no qual o artigo foi publicado: Issues in Mental Health

Ano: 2008	Volume: 29	Número: 11	Páginas: 1179-1199	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

O objetivo deste estudo foi o de explorar, no contexto de exercício e doença mental grave, o modelo multidimensional de apoio social proposto por Rees e Hardy (2000). Para isso, utilizamos uma abordagem interpretativa que incorpora alguns princípios da pesquisa etnográfica. Com estes pontos em mente, buscou-se obter dos participantes como eles experimentaram o apoio social no contexto de seu envolvimento com exercício ou esporte e potencializamos estes dados através da observação participante e entrevistas complementares com profissionais de saúde mental.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Os participantes foram 11 homens com idades entre 24 e 43 anos que tinham sido diagnosticados com uma doença mental grave. Nós inicialmente esperávamos incluir mulheres na investigação, mas dois fatores conspiraram para resultar em uma amostra totalmente masculina. Em primeiro lugar, poucas mulheres estavam envolvidas nos grupos de esportes ou exercícios no centro onde a pesquisa foi conduzida. Por razões socioculturais complexas, a participação de mulheres em esportes e exercícios é geralmente mais baixas entre as mulheres. Neste sentido, não é surpreendente que isso se reflita no contexto da saúde mental.

Em segundo lugar, das poucas mulheres que estavam envolvidas no esporte ou exercício no centro, nenhuma estava preparada para participar desta pesquisa.

2.3 Artigos de pesquisa qualitativa:

( ) etnologia

(x) etnografia

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5 Resultados referidos no artigo:

Os resultados sugerem que o apoio informacional, tangível, estima e emocional foram ambos previstos e confirmados pelos pelos participantes através da prática de exercícios. Conclui-se que as experiências de ambos recebendo e dando diversas formas de apoio são significativos para algumas pessoas que vivem com e que se recuperam de um transtorno mental grave.

2.6 Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Apoio e rede social	( )	O apoio social é provavelmente um pré-requisito para sucesso na iniciação e manutenção de exercícios para a maioria das pessoas. No entanto, atualmente existem poucas pesquisas para fornecer orientação

		para enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica sobre como apoio social pode ser mais efetivamente oferecido para as pessoas com problemas de saúde mental que desejam desenvolver exercícios regularmente. Através de ações de sensibilização para o potencial benefícios da atividade , o apoio informacional ajudou a gerar interesse e motivação dos participantes para começar a trabalhar com um determinado exercício ou atividade esportiva . A prestação de apoio informativo foi pessoalmente relevante e acessível através da entrada de ensino apropriado parece ser importante uma vez que forneceu aos participantes estratégias práticas que lhes permitiram melhorar a sua capacidade e habilidades e, posteriormente, o aumento da sua confiança e fluidez da atividade. Significativamente, verificou-se também como apoio informativo não foi dado somente para os participantes por um profissional de saúde , mas também compartilhada entre participantes . Notamos várias ocorrências onde os participantes forneciam apoio informativo uns aos outros através , por exemplo, falando um problema particular ou temporariamente assumindo o papel de "professor" fornecendo apoio técnico para outro membro do grupo. Este tipo de compartilhamento foi observado por um coordenador de cuidados que descreveu como um de seus clientes ganhou apoio informativo sobre questões financeiras, tais como gerenciar seu cartão de crédito, por meio de conversas

		com outras pessoas que ele conhecia através jogo de futebol. Apoio tangível teve um efeito simples, mas poderoso sobre o envolvimento em atividades de exercício e do esporte. Sua importância foi mais claramente evidenciado sob a forma de assistência financeira e a satisfação de necessidades básicas, tais como os transportes, que serviu para minimizar as barreiras enfrentadas participantes em acesso a instalações de exercício e do esporte. Nós sugerimos que o apoio tangível (financeiro) é provavelmente um elemento essencial forma de apoio social, como resultado dos obstáculos socioeconômicos enfrentados por muitas pessoas com problemas de saúde mental graves e permanentes. É provável também que certas formas de exercício ou esporte exigirá mais na forma de apoio tangível do que outros. A idéia de que alguns esportes precisam de dinheiro para desempenhar, como observado por alguns participantes com relação ao golfe. Apoio tangível teve um efeito simples, mas poderoso sobre o envolvimento em atividades de exercício e do esporte. Sua importância foi mais claramente evidenciado sob a forma de assistência financeira e a satisfação de necessidades básicas, tais como os transportes, que serviu para minimizar as barreiras enfrentadas participantes em acesso a instalações de exercício e do esporte. Nós sugerimos que o apoio tangível (financeiro) é provavelmente um elemento essencial forma de apoio social, como resultado dos obstáculos socioeconômicos enfrentados por muitas pessoas com problemas de saúde mental graves e permanentes. É provável também que certas formas de exercício ou

		esporte exigirá mais na forma de apoio tangível do que outros. A idéia de que alguns esportes precisam de dinheiro para desempenhar, como observado por alguns participantes com relação ao golfe. O apoio social no contexto da saúde mental não é uma "via de mão única"; não é apenas o caso de que as pessoas com problemas de saúde mental, se beneficiam do recebimento do apoio social, mas que, por vezes, eles também podem se beneficiar de dar apoio social aos outros por meio do compartilhamento e associação do exercício ou no esporte em grupo. Este processo de partilha pode ser uma maneira valiosa de reconstrução de um senso de comunidade entre as pessoas que estão vivendo e se recuperando de graves problemas de saúde mental.

2.7 Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.8 Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Sugerimos que pesquisa interpretativa centrando-se sobre as pessoas que são fisicamente inativos tem o potencial de fornecer a compreensão necessária de: (1) como tornar mais atraente e relevante as ofertas de oportunidades de exercício e do esporte; e (2) como a prestação de apoio social pode ser mais efetivamente relevante para aqueles que atualmente estão inativos mas gostariam de se tornar mais ativo. Esperamos que os nossos achados possam ajudar enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental que desejem oferecer ou promover oportunidades de exercício para os seus clientes no planejamento e implementação de suporte social efetivo, com base nos quatro tipos aqui discutidos.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

Claramente, qualquer pesquisa tem limitações inerentes. Ter centrado exclusivamente na experiência do esporte e do exercício dos homens, é o que foi apontado.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):

( ) Nível 1 () Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7

7. SOCIAL SUPPORT FOR AND THROUGH EXERCISE AND SPORT IN A SAMPLE OF MEN WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS

Carless D, Douglas K.

1.1.1. Periódico no qual o artigo foi publicado: Issues in Mental Health

Ano: 2008	Volume: 29	Número: 11	Páginas: 1179-1199

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

O objetivo deste estudo foi o de explorar, no contexto de exercício e doença mental grave, o modelo multidimensional de apoio social proposto por Rees e Hardy (2000). Para isso, utilizamos uma abordagem

interpretativa que incorpora alguns princípios da pesquisa etnográfica. Com estes pontos em mente, buscou-se obter dos participantes como eles experimentaram o apoio social no contexto de seu envolvimento com exercício ou esporte e potencializamos estes dados através da observação participante e entrevistas complementares com profissionais de saúde mental.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Os participantes foram 11 homens com idades entre 24 e 43 anos que tinham sido diagnosticados com uma doença mental grave. Nós inicialmente esperávamos incluir mulheres na investigação, mas dois fatores conspiraram para resultar em uma amostra totalmente masculina. Em primeiro lugar, poucas mulheres estavam envolvidas nos grupos de esportes ou exercícios no centro onde a pesquisa foi conduzida. Por razões socioculturais complexas, a participação de mulheres em esportes e exercícios é geralmente mais baixas entre as mulheres. Neste sentido, não é surpreendente que isso se reflita no contexto da saúde mental.

Em segundo lugar, das poucas mulheres que estavam envolvidas no esporte ou exercício no centro, nenhuma estava preparada para participar desta pesquisa.

2.3 Artigos de pesquisa qualitativa:

( ) etnologia

(x) etnografia

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5 Resultados referidos no artigo:

Os resultados sugerem que o apoio informacional, tangível, estima e emocional foram ambos previstos e confirmados pelos pelos participantes através da prática de exercícios. Conclui-se que as experiências de ambos recebendo e dando diversas formas de apoio são significativos para algumas pessoas que vivem com e que se recuperam de um transtorno mental grave.

2.6 Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Apoio e rede social	( )	O apoio social é provavelmente um pré-requisito para sucesso na iniciação e manutenção de exercícios para a maioria das pessoas. No entanto, atualmente existem poucas pesquisas para fornecer orientação para enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica sobre como apoio social pode ser mais efetivamente oferecido para as pessoas com problemas de saúde mental que desejam desenvolver exercícios regularmente.

		Através de ações de sensibilização para o potencial benefícios da atividade , o apoio informacional ajudou a gerar interesse e motivação dos participantes para começar a trabalhar com um determinado exercício ou atividade esportiva . A prestação de apoio informativo foi pessoalmente relevante e acessível através da entrada de ensino apropriado parece ser importante uma vez que forneceu aos participantes estratégias práticas que lhes permitiram melhorar a sua capacidade e habilidades e, posteriormente, o aumento da sua confiança e fluidez da atividade. Significativamente, verificou-se também como apoio informativo não foi dado somente para os participantes por um profissional de saúde , mas também compartilhada entre participantes . Notamos várias ocorrências onde os participantes forneciam apoio informativo uns aos outros através , por exemplo, falando um problema particular ou temporariamente assumindo o papel de "professor" fornecendo apoio técnico para outro membro do grupo. Este tipo de compartilhamento foi observado por um coordenador de cuidados que descreveu como um de seus clientes ganhou apoio informativo sobre questões financeiras, tais como gerenciar seu cartão de crédito, por meio de conversas com outras pessoas que ele conhecia através jogo de futebol. Apoio tangível teve um efeito simples, mas poderoso sobre o envolvimento em atividades de exercício e do esporte. Sua importância foi mais claramente evidenciado sob a forma de assistência financeira e a satisfação de necessidades básicas, tais como os transportes, que serviu para minimizar as barreiras enfrentadas participantes em acesso a instalações de exercício e do esporte. Nós sugerimos que o apoio tangível (financeiro) é provavelmente um elemento essencial forma de apoio social, como resultado dos obstáculos socioeconômicos enfrentados por muitas pessoas com problemas de saúde mental graves e permanentes. É provável também que certas formas de exercício ou esporte exigirá mais na forma de apoio tangível

		do que outros. A idéia de que alguns esportes precisam de dinheiro para desempenhar, como observado por alguns participantes com relação ao golfe. O apoio social no contexto da saúde mental não é uma "via de mão única"; não é apenas o caso de que as pessoas com problemas de saúde mental, se beneficiam do recebimento do apoio social, mas que, por vezes, eles também podem se beneficiar de dar apoio social aos outros por meio do compartilhamento e associação do exercício ou no esporte em grupo. Este processo de partilha pode ser uma maneira valiosa de reconstrução de um senso de comunidade entre as pessoas que estão vivendo e se recuperando de graves problemas de saúde mental.

2.7 Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.8 Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Sugerimos que pesquisa interpretativa centrando-se sobre as pessoas que são fisicamente inativos tem o potencial de fornecer a compreensão necessária de: (1) como tornar mais atraente e relevante as ofertas de oportunidades de exercício e do esporte; e (2) como a prestação de apoio social pode ser mais efetivamente relevante para aqueles que atualmente estão inativos mas gostariam de se tornar mais ativo.

Esperamos que os nossos achados possam ajudar enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental que desejem oferecer ou promover oportunidades de exercício para os seus clientes no planejamento e implementação de suporte social efetivo, com base nos quatro tipos aqui discutidos.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

Claramente, qualquer pesquisa tem limitações inerentes. Ter centrado exclusivamente na experiência do esporte e do exercício dos homens, é o que foi apontado.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):
( ) Nível 1 () Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 (x) Nível 6 ( ) Nível 7

8. A MODEL TESTING FACTORS THAT INFLUENCE PHYSICAL ACTIVITY FOR TAIWANESE ADULTS WITH ANXIETTY

Ma, Lane e Lafrey, 2008

1.1.1 Periódico no qual o artigo foi publicado: Research in Nursing & Health

Ano: 2008	Volume: 31	Número: 5	Páginas: 476-489	

1.2. Banco de dados no qual o artigo é referenciado:

( ) LILACS / BIREME

( ) BDENF / BIREME

( ) Google Acadêmico

(X) Outro. Qual? MEDLINE

1.3. Localização / resgate do artigo:

( ) SciELO

(x) Biblioteca(s). Qual? BVS

( ) Acervo particular. Qual? .....

2. TEXTO DO ARTIGO:

2.1. Objetivos do artigo:

O objetivo deste estudo foi testar um modelo teórico do facilitadores e barreiras à prática de atividade física para adultos com ansiedade em Taiwan. Um modelo equacional estrutrado foi utilizada para examinar unidirecionalmente as influências diretas e indiretas de 11 fatores pessoais e cognitivo-emocionais sobre a prática de atividade física nesta população.

2.2. Identificação do universo / da população e identificação da amostra (pesquisa quantitativa) do artigo:

Uma amostra de conveniência inicial de 252 adultos Taiwaneses foi usada para testar o modelo. Os critérios de inclusão critérios foram adultos de 20-60 anos de idade, capaz de se comunicar verbalmente, recebendo cuidados para ansiedade em uma das quatro clínicas psiquiátricas e um centro de aconselhamento, que concordaram em participar neste estudo. Os potenciais participantes eram pacientes diagnosticados com transtornos de ansiedade ou de ajustamento como definido pelo Diagnostic and Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSMIV-TR; American Psychiatric Association, 2000), ou pacientes sem diagnóstico indicados, mas que tinham sido tratados por sintomas de ansiedade. A amostra final foi de 239, devido ao eliminação de 13 participantes com base em critérios avaliativos para a prática de atividade física. Em segundo lugar, das poucas mulheres que estavam envolvidas no esporte ou exercício no centro, nenhuma estava preparada para participar desta pesquisa.

2.3. Artigo de pesquisa quantitativa, do tipo não - experimental:

(x) transversal

( ) longitudinal

( ) estudo prospectivo:

( ) do tipo coorte:

( ) com variáveis dependentes

( ) sem variáveis dependentes

( ) do tipo caso controle

2.3.1 – Tratamento estatístico

(x) teste x^2 (qui - quadrado)

2.4. Hipóteses e variáveis estudadas em artigos de pesquisa quantitativa ou questão(ões) de pesquisa em artigos de pesquisa qualitativa:

Não consta no artigo

2.5 Resultados referidos no artigo:

Os resultados indicam que o estresse teve uma forte influência direta no estado de ansiedade para esses indivíduos. Isto sugere que os educadores de saúde devem enfatizar atividade física como uma estratégia benéfica para gerenciamento de estresse em programas de intervenção para Indivíduos de Taiwan com a ansiedade.Os benefícios percebidos da atividade tiveram uma significativa influência positiva direta na atividade física. Esta variável parecia ser uma influência mais importante de percepção de auto-eficácia para a atividade moderada entre benefícios de atividade e participação em atividade. Participantes com rendimento adequado,

mais baixo estado de ansiedade, menor traço de ansiedade, barreiras de atividade mais baixos e maior apoio de amigos tinha aumentado a confiança nas suas habilidades para fazer atividades físicas. Os nossos resultados sugerem que as terapias para a ansiedade que incluem participação de atividade física fora as regulares e incorporando pequenos programas de educação em saúde centrado no grupo podem ser bem sucedidos através da melhora da auto-eficácia para a atividade entre as pessoas com ansiedade.

2.6 Descrição dos aspectos relevantes encontrados no texto dos resultados da pesquisa (artigo ou outro tipo de texto):

Aspectos classificáveis:	Presença:	Transcrição de recortes como encontrados nos artigos da amostra:
1) Ansiedade e atividade física	( )	Os resultados indicam que o estresse teve uma forte influência direta no estado de ansiedade para esses indivíduos. Isto sugere que os educadores de saúde devem enfatizar atividade física como uma estratégia benéfica para gerenciamento de estresse em programas de intervenção para Indivíduos de Taiwan com a ansiedade. Os resultados indicam que o estresse teve uma forte influência direta no estado de ansiedade para esses indivíduos. Isto sugere que os educadores de saúde devem enfatizar atividade física como uma estratégia benéfica para gerenciamento de estresse em programas de intervenção para Indivíduos de Taiwan com a ansiedade. Os resultados indicam que o estresse teve uma forte influência direta no estado de ansiedade para esses indivíduos. Isto sugere que os educadores de saúde devem enfatizar atividade física como uma estratégia benéfica para gerenciamento de estresse em programas de intervenção para indivíduos de Taiwan com a ansiedade. Os benefícios percebidos na atividade tiveram uma influência positiva direta de forma significativa na prática de atividade física. Esta variável parecia ser uma influência mais importante de percepção de auto-eficácia para a atividade moderada entre benefícios de atividade e participação em atividade. Os nossos resultados sugerem que as terapias para a ansiedade que incluem

		participação de atividade física fora as regulares e incorporação de pequenos programas de educação em saúde centrado no grupo, podem ser bem sucedidos, através da melhora da auto-eficácia, para a atividade entre as pessoas com ansiedade. Apesar do traço de ansiedade não ter uma influência direta sobre atividade física, teve um efeito indireto nas outras variáveis, resultando em menores níveis de atividade física. Os resultados sugerem que para os indivíduos com ansiedade, o traço de ansiedade é um fator crucial que influencia os estados emocionais e os processos cognitivos dos participantes.
2) Apoio e rede social	( )	Os autores apontam que as pessoas de Taiwan podem participar de atividades físicas menos onerosas, como caminhar, ou que os participantes do estudo com rendimentos mais baixos podem realizar trabalhos que requerem níveis mais altos de atividade física do que os participantes com rendimentos mais elevados. Esta afirmação está em consonância com os autores dos estudos anteriores desta RI, que apontam que a prática de atividade física não pode ter barreiras financeiras para sua execução, uma vez que nas rotinas diárias, hábitos como caminhadas, corridas e a prática de alguns esportes podem ser executadas sem nenhum ou com pouco gasto financeiro.
4) Enfermagem Especializada	**( )**	Esta pesquisa fornece a informação empírica que pode orientar enfermeiros de saúde mental e outros, no desenvolvimento e testes preliminares de um programa físico de tratamento com base na atividade PAPA, modelo que irá incentivar as populações de Taiwan com ansiedade a participarem da prática de atividade física.

2.7 Análise e interpretação dos resultados:

Os resultados foram apresentados com clareza? (x) Sim ( ) Não
Os resultados estavam baseados nos dados? (x) Sim ( ) Não
Os resultados foram discutidos com base em literatura? (x) Sim ( ) Não
Esta literatura foi atual e pertinente ao assunto abordado? (x) Sim ( ) Não

2.8 Recomendações incluídas no artigo ou em outro tipo de texto:

Esta pesquisa fornece a informação empírica que pode orientar enfermeiros de saúde mental e outros no desenvolvimento e testes preliminares de um programa físico de tratamento com base na atividade PAPA, modelo que irá incentivar as populações de Taiwan com ansiedade a participarem de atividade física.

2.11. Conclusões e implicações do artigo ou em outro tipo de texto:

As conclusões foram justificadas e baseadas nos resultados? (x) Sim ( ) Não
O artigo apresentou recomendações? (x) Sim ( ) Não
O artigo apontou para nova(s) temática(s) para futuros estudos? (x) Sim ( ) Não

2.12. Limitações documentadas no artigo:

Os resultados também não puderam ser extendidos a pessoas com outras condições mentais. Além disso, a baixa confiabilidade do estado de ansiedade medida é uma limitação. Em adição, a baixa confiabilidade de teste-reteste para o estado de ansiedade e auto-eficácia para a atividade sugerem que o uso de um auto-relatório pode ser uma limitação. Além disso, as informações obtidos a partir de questionários e entrevistas podem ser tendenciosas, devido à capacidade de memória, influências pessoais e desejabilidade social.

O modelo incorpora PAPA 12 fatores. Acredita-se que a atividade física possa influenciar a participação da população de Taiwan com a ansiedade. Três fatores, percepção de eventos estressantes, percepção de benefícios da atividade e percepção de auto-eficácia influenciam. Amostras maiores também são necessários para examinar as influências do sexo e adequação da renda.

2.13. Rigor metodológico:

O artigo estava baseado em etapas sucessivas (introdução, desenvolvimento e conclusão)?

(x) Sim ( ) Não

O artigo apresentou as articulações entre suas etapas com clareza?

(x) Sim ( ) Não

O artigo identificou claramente suas etapas metodológicas (método empregado, participantes, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados, e outros aspectos metodológicos)?

(x) Sim ( ) Não

2.14. Nível de evidência científica atribuída ao artigo (POLIT E BECK, 2011):
( ) Nível 1 (x) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) Nível 4 ( ) Nível 5 ( ) Nível 6 ( ) Nível 7